|  |
| --- |
| **ARS_LOGOS_CMJN mayotte_72dpi2020-06-24_101521**  **APPEL A MANIFESTATION D’INTERET**  **«  Appui au** **développement de l’exercice coordonné des professionnels de santé à travers les Equipes de soins Primaires à Mayotte »**  **FICHE PROJET**  ***Titre du projet***  ***gestionnaire/établissement porteur du projet***  **Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet de décrire les différents éléments essentiels à sa compréhension et à son analyse.** |
| 1. **Description générale du projet** |
| **Promoteur du projet** |
| Nom : …………………………………….  Adresse : …………………………………….  CP - Ville : …………………………………….  N° FINESS juridique : …………………………………….  N° FINESS géographique : …………………………………….  SIRET : …………………………………………………………….  Département : …………………………………….  Type de structure :  □ Gestionnaire médico-social  □ établissement médico-social  Statut de la structure :  □ public  □ privé à but non lucratif  □ privé à but lucratif  *Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |
| **Promoteur associé** |
| Nom : …………………………………….  Adresse : …………………………………….  CP - Ville : …………………………………….  N° FINESS juridique : …………………………………….  N° FINESS géographique : …………………………………….  SIRET : …………………………………………………………….  Département : …………………………………….  Type de structure :  □ Gestionnaire médico-social  □ établissement médico-social  □ établissement de santé  □ centre de santé  □ maison de santé pluri-professionnelle  □ Association  □ autre, précisez : ……………………………………………………………..  Statut de la structure :  □ public  □ privé à but non lucratif  □ privé à but lucratif  *Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |
| **Partenaire(s) identifié(s)** |
| *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au projet.*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Entité juridique et/ou statut ;**  **Adresse** | **Périmètre d’intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…).** | **Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,…)**  **Préciser les coopérations existantes** | | **Partenaire(s) du projet d’expérimentation :**  *Renseignez 1 ligne par partenariat* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   *Préciser l’existence de lettre d’engagement et les produire* |
| **Contexte, constats et besoins identifiés** | |
| *Préciser en quoi votre association ou société, est légitime pour répondre à ce projet.*  *Quel est la connaissance du secteur sanitaire médicosocial et libéral à Mayotte*  *Quel est le regard porté à ce développement.*  *Quel partenariat et pourquoi.* | |
| **Modalités d’organisation du projet** | |
| *Décrire l’organisation territoriale prévue.*  *Quel est le contenu du projet prévu, en répondant, notamment, aux questions suivantes :*  *- Quels sont les moyens matériels et humains pour atteindre les objectifs du projet?*  *- quels sont les modalités de développement pour les équipes de soins primaires de l’Ile ? quelle organisation.*  *- modalités d’accompagnement des ESP, de mise en place d’une coordination*  *- modalité de développement de la formation des acteurs liée à l’amélioration continue du travail en équipe de soins primaire*  *Décrire les impacts :*  *- en termes d’amélioration du service rendu pour les usagers*  *-en termes d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels (requérant) et les établissements (requis)* | |
| **Prérequis au démarrage du projet** |
| *Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer ce projet (ex : formations nécessaires, système d’information, travaux, etc.).* |
| **Modalité d’adhésion au projet et prérequis** | |
| *Décrire comment les équipes de soins primaires adhèreront à ce projet. Quelles sont les modalités d’adhésions et de maintien à ce projet..* | |
| **Modalités techniques développées et Investissements techniques à réaliser** | |
| *Des investissements (matériel, immobilier) sont-ils à prévoir ?* | |
| **Calendrier envisagé** | | |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité* | | |
| **Articulation et collaborations avec les structures sanitaires existantes et à venir** | | |
| *Définir les coopérations nécessaires* | |
| **Gouvernance du projet à Mayotte** | |
| *Comment seront intégrés les équipes de soins primaires* | |
| **Public bénéficiaire** | |
| *Modalités de recrutement des publics cibles* | |
| **Modalité d’évaluation** | |
| *Décliner les Indicateurs de suivi proposé concernant la file active et le nombre de consultations réalisées et par spécialité, mais également, en terme d’adhésion des MGL et des spécialistes, des maladies suivies, les actions réalisées en amont et en aval des consultations de médecins requis.*  *Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet?*  *Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour évaluer la performance du projet qui sera déployé? par exemple :*   * *Indicateurs de résultat et d’impact* * *Indicateurs de satisfaction et «expérience» des usagers (et/ou de leurs aidants) ;* * *Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d’expérimentation ;* * *Indicateurs de moyens (financiers, humains…).* | |

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| * *Préciser les besoins de financement en termes de dépenses de fonctionnement*   + - *Ressources humaines nécessaires à la coordination, l’animation et à la réalisation du projet :*     - *détailler également les en moyens nécessaires, formation*     - *Evaluation* |
| **Financements** |
| *Préciser les modalités de financement sur les 3 prochaines années, des différentes phases du projet et pour les différents acteurs*  *Précisez le cas échéant les moyens mis à disposition (et leur origine)*  *Précisez le cas échéant les co-financements envisagés avec d’autres partenaires* |

1. **Synthèse**

|  |
| --- |
| **Présentation globale et synthétique du projet (1 page recto-verso maximum)** |
|  |