****

**Direction de la Stratégie Régionale en Santé**

**Direction adjointe Soins de Proximité et Formations en Santé**

**Département Organisation et Coordination des Soins**

**Demande d’accompagnement à l’élaboration d’un projet**

**de Maison de Santé Pluri-professionnelle**

*à transmettre à l’adresse suivante :* *ars-bretagne-secretariat-daspf@ars.sante.fr*

**Référent du projet**

Nom :

Profession :

Téléphone :

Mail :

**Coordonnées de la structure**

Nom :

Adresse :

Président :

Profession :

Téléphone :

Mail :

Nature de la structure juridique (association loi 1901, SISA, autre) :

N° SIRET :

**Liste des professionnels impliqués**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Profession** | **Commune d’exercice** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Territoire de réalisation du projet**

Echelle géographique du territoire du territoire (quartier, commune, canton, communauté de communes, bassin de vie, etc.) :

Nombre d’habitants :

Zonages (à compléter par l’ARS) :

A votre connaissance, existe-t-il sur votre territoire des dynamiques professionnelles (portées par des professionnels de santé libéraux, voire en lien avec un établissement de santé ou un établissement médico-social (ex : EHPAD) :

* Non [ ]
* Oui [ ]

Si oui, précisez les dynamiques existantes :

* Maison de santé [ ]
* CPTS [ ]
* Télémédecine [ ]
* Autres :

**Présentation de l’organisation entre les professionnels impliqués**

*(Horaires d’ouverture, continuité des soins, soins non programmés, missions de santé publique, actions d’Education Thérapeutique du Patient, participation à la permanence des soins, accueil de stagiaires,…)*

**Présentation des modalités de travail entre les professionnels impliqués**

*(Temps d’échanges réguliers, protocoles de prise en charge, réunions de concertation pluri-professionnel, formation pluri-professionnelle,…)*

**Présentation des modalités de partage d’informations utilisées**

Cochez le ou les outil(s) utilisé(s) :

* des temps d’échange informels [ ]
* des temps d’échange formalisés [ ]
* le téléphone [ ]
* la messagerie sécurisée [ ]
* un système d’information partagé [ ]

Si un système d’information partagé est mis en place entre professions médicales et paramédicales, indiquez le nom du logiciel utilisé :

**Les thématiques envisagées**

Sur quelles thématiques, par rapport à votre patientèle, souhaitez-vous développer un exercice coordonné (mise en place d’actions de prévention, AVK, relation ville/hôpital, prise en charge de la douleur, organisation de l’accès aux soins, organisation des soins non programmés, structuration d’un système d’information partagé...) ?

Par thématique, précisez les enjeux/ difficultés constaté(s) et les objectifs visés pour la population cible et les professionnels impliqués

Thématique 1 : …………………..……………………………………………………………………………………………………

* Enjeux/ difficultés constaté(e)s
* Objectif(s) pour la population du territoire concerné : *(améliorer l’accès aux soins, éviter les ruptures de prise en charge, améliorer le suivi,…)*
* Objectif(s) pour les professionnels impliqués : *(améliorer la communication, favoriser l’organisation pluri-professionnelle,…*)

Thématique 2 : …………………..……………………………………………………………………………………………………

* Enjeux/ difficultés constaté(e)s
* Objectif(s) pour la population du territoire concerné : *(améliorer l’accès aux soins, éviter les ruptures de prise en charge, améliorer le suivi,…)*
* Objectif(s) pour les professionnels impliqués : *(améliorer la communication, favoriser l’organisation pluri-professionnelle,…*)

**Le calendrier prévisionnel de réalisation du projet**

Période de construction :

Dépôt du projet de santé :

Début de mise en œuvre :

**Atouts et freins éventuels à souligner**

Atouts :

Freins/difficultés repérés :

Date :

Signature des professionnels impliqués