

**Direction de la Stratégie Régionale en Santé**

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

**Département Organisation et Coordination des Soins**

## ACCOMPAGNEMENT AU DEVELOPPEMENT ET AU MAINTIEN DES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS DANS LES ZONES FRAGILES

**DOSSIER DE DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT**

*à transmettre à l’adresse suivante :* [*ars-bretagne-secretariat-daspf@ars.sante.fr*](mailto:ars-bretagne-secretariat-daspf@ars.sante.fr)

**1°- Coordonnées de la structure porteuse**

Nom du gestionnaire : …………………………………………………………………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………………….

Commune :………………………………………………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**2°- Responsable / coordinateur du centre de santé (si connu)**

Nom :…………………………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………….

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**3°- Territoire de projet (cf. annexe)**

Commune d’implantation du centre de santé (ou de l’antenne) :…………………………………

Département : …………………………………………………………………………………………

Zone d’Intervention Prioritaire

Quartier Prioritaire Politique de la Ville

Iles

Zone d’Accompagnement Régional

Zone d’Action Complémentaire

Des actions pour inciter des médecins à s’installer ont-elles déjà été organisées sur votre territoire ?

Oui  Non

Si oui lesquelles ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4°- Nature de la demande**

Choix des modules sur lesquels vous souhaitez être accompagné :

**1. L’élaboration et la mise en place de la coordination pluri-professionnelle**

**Volet 1 : Accompagnement à l’élaboration du projet de santé** Oui  Non

Calendrier envisagé de réalisation : …………………………………………………………………

**Volet 2 : Accompagnement à la mise en place de la coordination pluri-professionnelle (interne et externe)** Oui  Non

Calendrier envisagé de réalisation : ………………………………………………………………….

**2. Mission d’audit** Oui  Non

Calendrier envisagé de réalisation : ……………………………………………………………

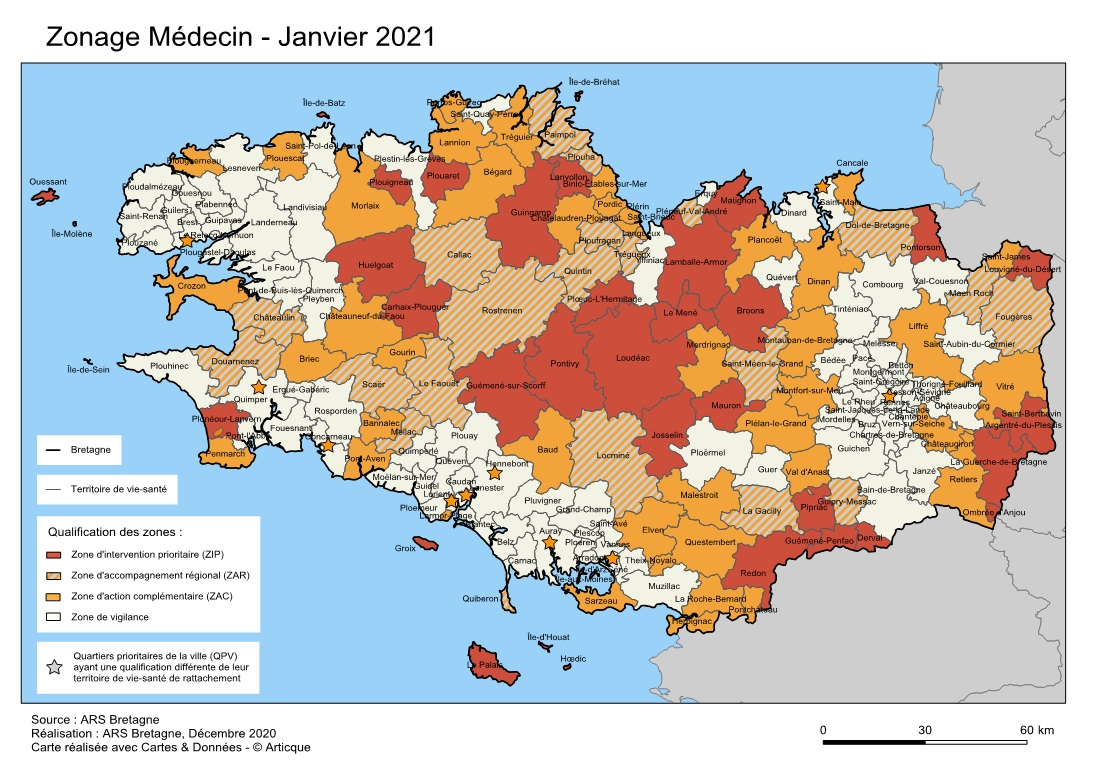
**4°- Liste des professionnels**

Si vous souhaitez être accompagné sur le volet 1 et/ou le volet 2, merci d’indiquer ci-dessous les personnes concernées et/ou à associer lors de ces accompagnements. Il peut s’agir par-exemple de personnels administratifs ou de professionnels de santé, qu’ils soient salariés du centre de santé si le centre existe et/ou installés en libéral sur le territoire d’implantation du centre de santé (existant ou à venir).

| **Nom** | **Prénom** | **Profession** | **Statut (libéral, salarié ou mixte)** | **Adresse** | **Commune** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ANNEXE

https://www.bretagne.paps.sante.fr/ou-minstaller-90?rubrique=8720&parent=8722



<https://sig.ville.gouv.fr/Atlas/QP_r%c3%a9gions/>

