

**Appel à projet régional Grand Est**

**Soutien au déploiement des projets de Médicobus**

**2023**

**Dossier de candidature**

**Nom de la Direction ou du Département**

**Année**

**Annexe 1**

**FORMULAIRE PROJET MEDICOBUS**

**Introduction**

Le 15 juin dernier, la Première Ministre a annoncé le Plan France Ruralité pour renforcer l’accès aux soins dans les territoires ruraux, dont l’un des objectifs est de déployer 100 Médicobus sur le territoire national à l’horizon fin 2024.

|  |
| --- |
| ***Qu’est-ce qu’un Médicobus ?***  Le Médicobus est un véhicule adapté qui effectue ses tournées 5 jours par semaine selon un planning hebdomadaire défini et un itinéraire hebdomadaire fixe (le calendrier peut être ajusté). Il circule par demi-journée ou journée complète, sur des territoires identifiés comme les plus déficitaires en offre de soins.  Le Médicobus organise **une offre de soins** (et non pas seulement de prévention) prioritairement axée sur des soins généralistes et vient en soutien de l’offre existante. Il apporte notamment une réponse au suivi / à la prise en charge de patients sans médecin traitant ou en cas d’indisponibilité de celui-ci. A noter que le « Médicobus » n’est pas une réponse mobile **dédiée** aux besoins de soins non programmés (besoin de soins avec une réponse dans les 48h) même si une articulation avec le SAS est possible.  **Quels territoires ?** Prioritairement les zones rurales au sens de l’INSEE, situées en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC) et caractérisées par des problématiques d’éloignement géographique de la population, une part de patients sans médecin traitant particulièrement marquée, et plus particulièrement les personnes en ALD et les personnes âgées, des délais d’obtention de rendez-vous chez un médecin généraliste importants. |

**Informations sur la structure porteuse**

**Nom de la structure porteuse :**

**N° Finess le cas échéant :**

**Numéro de SIRET :**

**Nom du référent et fonction au sein de la structure :**

**Numéro de téléphone du référent :**

**Adresse e-mail :**

**Adresse de la structure :**

**Date de création :**

**Annexe 2**

**Descriptif du projet**

**Diagnostic (En quelques lignes, expliquer les constats et besoins identifiés, justifiant le dispositif)**

**Description du projet : équipe projet, organisation et fonctionnement prévus, …**

**Articulation prévue avec les autres dispositifs du territoire**

**Lieu(x) envisagés de mise en œuvre de l’action**

**Acteurs mobilisés pour l’action (membre de la structure, professionnels de santé, partenaires)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Profession | Diplôme supplémentaire à la formation initiale en lien avec l’action (DU, certificat etc.) | Rôle précis du professionnel de santé ou du partenaire dans l’action |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Budget prévisionnel de votre action**

|  |  |
| --- | --- |
| Achat de matériel (équipement, consommables…) |  |
| Location de matériel, de salle etc. |  |
| Communication (ex : devis flyer, affiche, site etc.) |  |
| Fonctionnement du dispositif |  |
|  |
|  |
|  |
| Autres (préciser) |  |
|  |

**Cofinancements prévus**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Financeurs | Montant | Objet du financement |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Observations et/ou pièces complémentaires utiles pour l’instruction du dossier**

**Modalité d’évaluation (veuillez lister les indicateurs que vous envisagez de suivre pour évaluer votre action)**

|  |  |
| --- | --- |
| Indicateurs d’évaluation | Moyens |
| Indicateur de moyens |  |
| Indicateurs de résultats |  |

**Calendrier prévisionnel de la mise en place de l’action**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début de mise en œuvre |  | Date de fin |  |
| Autres dates prévisionnelles |  | | |
|  | | |
|  | | |

**Annexe 3**

**Budget prévisionnel total**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** | **PRODUITS** | **MONTANT** |
| CHARGES DIRECTES | | RESSOURCES DIRECTES | |
| 60 – Achats |  | 70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services |  |
| Prestations de services |  | 74- Subventions d’exploitation2 |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS |  |
| 61 - Services extérieurs |  | * Préfecture |  |
| Locations |  | * Cohésion sociale/Jeunesse & Sport |  |
| Entretien et réparation |  | * DRAAF |  |
| Assurance |  |  |  |
| Documentation |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| 62 - Autres services extérieurs |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, publication |  | Communes, communautés de communes ou d’agglomérations : |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| 63 - Impôts et taxes |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| 64 - Charges de personnel |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | L'agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| 65 - Autres charges de gestion courante |  | 75 - Autres produits de gestion courante |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| 66 - Charges financières |  | 76 - Produits financiers |  |
| 67 - Charges exceptionnelles |  | 77 - Produits exceptionnels |  |
| 68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées |  | 78- Reprises sur amortissements et provisions |  |
| 69- Impôts sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés |  | 79- Transfert de charges |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

*1 Ne pas indiquer les centimes d'euros.*

*2 L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs.*

*3 Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n° 99-01, prévoit à minima une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité, mais « au pied » du compte de résultat ; voir notice*

**Annexe 4**

**Attestation sur l’honneur**

Je soussigné, , représentant légal de la structure, atteste avoir renseigné les informations exactes sur ce formulaire.

Nous nous engageons à avertir dans les plus brefs délais l’Agence Régional de Santé de toutes modifications apportées. Nous nous engageons à transmettre à l’ARS les bilans d’exécution (bilan d’activité et financier, finaux et intermédiaires) dûment complétés, tel que le précisera la convention.

Fait à

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du représentant légal Signature du référent

**Annexe 5**

**Modalités de dépôt et d’instruction**

Le dossier est à adresser à l’ARS Grand Est au plus tard le 12 janvier 2024, 23 h 59 délai de rigueur,

Uniquement par messagerie à l’adresse électronique suivante :

[ARS-GRANDEST-SOINS-DE-PROXIMITE@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-SOINS-DE-PROXIMITE@ars.sante.fr)

La notification de la décision sera adressée au plus tard le 12 février 2024

