



FORMULAIRE PROJET ESP PHASE 2

Annexe 1

Introduction

L'ESP est un mode d'organisation coordonnée, conçu pour les professionnels de santé de ville. Elle fédère plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. Le projet de ces professionnels s'organise autour de leur patientèle commune grâce aux choix de thématiques par les membres de l'ESP et la mise en place d'actions.

La Phase 2 permet aux équipes de soins primaires d'approfondir la coordination pluri professionnelle par la mise en place d'action(s) renforcée(s). Cette phase 2 consiste en l'élaboration et ou la mise en place d'action(s) sur le territoire afin de répondre aux problématiques identifiées et d'améliorer la prise en charge de la patientèle commune.

Informations sur l'équipe de soins primaires (ESP)

Nom de l'ESP		Localisation de l'ESP	
Nom du référent et fonction au sein de l'ESP		Date de création	
Numéro de téléphone du référent		Numéro SIRET	
Adresse e-mail		Statuts de l'Association	A fournir

Modalité de communication et de coordination de l'ESP

Disposez-vous d'un moyen de communication sécurisé santé ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Annexe 2

Fiche action *(Attention : il y aura autant de fiche action que d'action proposée)*

Préciser l'axe choisit par l'ESP :

- Favoriser le déploiement des IPA au sein des ESP
- Améliorer les parcours de soins ou les protocoles de soins
- Accompagner l'évolution d'ESP souhaitant s'orienter vers des projets de MSP ou CPTS
- Inciter les ESP à devenir terrain de stage

Intitulé exact de l'action

Thématique(s) médicale(s) concernée(s) par l'action

Diagnostic

(En quelques lignes, expliquer les constats et besoins identifiés parmi la patientèle de l'ESP justifiant l'action proposée)

Objectifs (veuillez préciser le but de votre action à travers des objectifs clairement formulés)

Objectif général :

Objectif(s) spécifique(s) : (Description des axes de travail pour atteindre l'objectif général)

Objectif(s) opérationnel(s) : (Présentation précise des actions à mettre en place pour atteindre les objectifs spécifiques)

Référents(es) / responsable(s) de l'action

Description de l'action (veuillez préciser en quoi consiste votre action)

Lieu(x) de mise en œuvre de l'action

Acteurs mobilisés pour l'action (membres de l'ESP et partenaire(s))

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

Est-ce que l'ESP est en lien avec d'autres structures sur le territoire ?

CTPS <input type="checkbox"/>	MSP <input type="checkbox"/>	Réseaux /DAC <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, dans quelle mesure ?				

La plus-value de votre action (veuillez expliquer en quoi votre action apporte une plus-value par rapport aux dispositifs existants sur votre territoire)

--

Population(s) cible(s) (veuillez indiquer le nombre prévisionnel de patients qui seront concernés par cette action)

Enfants 0-17 ans	
Jeunes adultes 18-25 ans	
Adultes 25-55 ans	
Adultes 55-70 ans	
Plus de 70 ans	
Tout public	

Budget prévisionnel de votre action

Indemnisation des professionnels de l'ESP	
Achat de matériel (équipement, consommables...)	
Location de matériel, de salle etc.	
Intervenant(s) et prestataire(s) externe(s) à l'ESP	
Communication (ex : devis flyer, affiche, site etc.)	
Autres (préciser)	

Modalité d'évaluation (veuillez lister les indicateurs que vous envisagez de prendre pour évaluer votre action)

Indicateur de moyens	Exemples : -Questionnaire de satisfaction -Nombre de support distribués etc...
Indicateurs de résultats	Exemples : -Taux de satisfaction de l'action à préciser - Nombre de bénéficiaires de l'action etc. ...
Autres	

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

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'exploitation ²	
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 bénéficiaires (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

Nous, professionnels de santé et membres de l'ESP de _____, attestons sur l'honneur être constitués en association. Nous attestons également avoir renseigné les informations exactes sur ce formulaire.

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

Fait à _____

Le __/__/____

Signature du président et du trésorier de l'association

Signature du référent