Mac:Users:xavier.hasendahl:Desktop:ELEMENTS TEMPLATES SIG:LOGOS:REPUBLIQUE_FRANCAISE:eps:Republique_Francaise_CMJN.eps

DOSSIER DE CANDIDATURE EMG avec activité extra hospitalière et/ou en

structure d’urgences obligatoire

***Dossier de candidature à compléter* et à renvoyer avant le 24 Septembre 2021 (Le dossier renseigné ne doit pas dépasser 18 pages, les annexes ne doivent pas dépasser 20 pages si possible)**

* **à l’adresse mail suivante : ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr**

**Mentionner en objet du message : « AAC – EMGExtraSU-N°de département»**

DOSSIER DE CANDIDATURE

|  |
| --- |
| **Nature de la structure porteuse** |
| * Raison sociale : * Statut juridique : * Adresse : * Mail de direction : * Téléphone : * Numéro FINESS juridique : * Numéro FINESS géographique : * Référent de direction pour l’équipe projet EMG |

|  |
| --- |
| **Coordonnateur de l’équipe projet EMG** |
| * Nom et Prénom : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Service porteur du projet * Signature : |
|  |
| **Personne(s) désignée(s) pour participer aux travaux du projet EMG** |
| * Nom et Prénom : * Profession et fonction: * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Nom et Prénom : * Profession et fonction: * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Nom et Prénom : * Profession et fonction: * Numéro de téléphone : * Adresse mail |

|  |
| --- |
| 1. **Eléments de contexte territorial utiles au projet dans le territoire d’intervention**   **envisagé** |

**Les huit territoires d’intervention proposés sont :**

|  |  |
| --- | --- |
| Département concerné | Territoires à couvrir via la création d'une EMG extra hospitalière (référence : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=-127803,5682349,758509,524884&c=indicator&i=filosofi.taux_pauv_p75&s=2017&view=map37>; EPCI 2020) |
| 11 | Communauté de commune Castelnaudary Lauragais Audois; Une partie de la communauté de commune Piège Lauragais Malepère; Une partie de la communauté de commune du Limouxin; Une partie de la communauté de commune des Pyrénées audoises. |
| 32 | Communauté de commune de la Ténarèze; Communauté de commune du grand Armagnac; Communauté de commune du bas Armagnac ;  Une partie de la communauté de commune de la Lomagne gersoise. |
| 30 & 34 | Communauté de communes du pays Viganais; Communauté de commune des Cévennes gangeoises et suménoises; Une partie de la communauté de communes du piémont Cévenol. |
| 34 | Communauté de communes Lodévois et Larzac; Une partie de la communauté de communes Larzac et vallées. |
| 34 | Communauté de communes du grand Orb. |
| 46 | Communauté de communes du grand Figeac; Une partie de la communauté de commune du plateau de Montbazens. |
| 66 | Communauté de commune Conflent Canigò; Une partie de la communauté de communes Roussillon Conflent; Une partie de la communauté de communes Pyrénées catalanes. |
| 82 | Communauté de commune Terre des confluences; Communauté de commune des deux rives; Communauté de communes de la Lomagne Tarn et garonnaise. |

**Préciser les éléments utiles selon le territoire d’intervention envisagé à prendre en compte dans l’interface ville hôpital (établissements de santé, structures d’urgence, structures regroupées de soins primaires, dispositifs d’appui à la coordination, population, …**

|  |
| --- |
| **1.1Coordonnées des partenaires identifiés** |
| Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : |

|  |
| --- |
| **1.2 Description du positionnement de la structure, ses activités et ses projets dans le cadre de la création d’une équipe mobile extra hospitalière et intervenant en structure d’urgence, dans le territoire d’intervention envisagé (en outre d’une activité intra)** *(points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d’amélioration possibles) :* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Le projet d’EMG** |
|  |

|  |
| --- |
| **2.1 Description du territoire d’intervention choisi et de l’environnement partenarial intra et extra territorial utile au projet d’EMG et le lien avec la structure d’urgence** *(lister notamment les communes d’intervention et les liens avec les EMG de territoire adjacent, joindre la convention type et les conventions signées en annexe)* |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Description du modèle d’EMG envisagé (projet médico-soignant d’EMG, RH, organisation et fonctionnement, modalités d’accès au territoire envisagé)** |
| * Projet médico-soignant d’EMG (décrire les grandes lignes du projet dont l’intervention en structure d’urgences, à domicile et en Ehpad, les critères des patients pris en charge, la nature des interventions,…) * Ressources humaines :  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Profession | Fonction | Nombre | ETP dédié à EMG | Coût total lié à EMG | | Médecin |  |  |  |  | | IDE |  |  |  |  | | Ergothérapeute |  |  |  |  | | Secrétaire |  |  |  |  | | … |  |  |  |  | | Autres |  |  |  |  |   Citer le nom du responsable envisagé de l’EMG :   * Organisation et fonctionnement   (joindre les fiches de postes de chaque professionnel en annexe, décrire les activités en télémédecine accessibles et à venir,…)   * Les outils envisagés (fiche de demande d’intervention, compte rendu type, fiches de suivi…) |

|  |
| --- |
| **2.3 Calendrier de mise en œuvre de l’EMG** (la mise en œuvre doit intervenir au plus tard au premier semestre 2022) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Proposition concernant le budget prévisionnel de l’EMG en année pleine** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Propositions d’indicateurs (processus et résultats) pour le suivi de l’activité, le service rendu sur le territoire d’intervention et la qualité de vie des professionnels de l’EMG** (le rapport Anap type simplifié constitue le suivi de l’activité sur le territoire régional, il est à renseigner au plus tard pour le 31 mars de l’année N+1 pour l’activité de l’année N) : |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Attentes de l’équipe projet envers cette création d’une EMG extra hospitalière** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Engagement du porteur de projet** |
| Date :  Signature : |

|  |
| --- |
| **Commentaires libres** |
|  |