

****

**Appel à candidatures pour le repérage et l’accompagnement des bonnes pratiques visant à réduire les délais d’accès en CMP infanto-juvéniles, en Bretagne**

***DOSSIER DE CANDIDATURE***

Date limite de retour des projets par voie électronique à l’ARS Bretagne **au plus tard le 31/05/2021** à l’adresse suivante**:**

[ars-bretagne-autonomie@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-autonomie@ars.sante.fr)

**TITRE DU PROJET**

|  |
| --- |
|  |

**ETABLISSEMENT PORTEUR**

|  |
| --- |
| *Etablissement :*  *Pôle de pédopsychiatrie ou Inter-secteur :* |

**COORDONNATEUR DU PROJET (contact principal):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, Prénom | Fonction | Lieu d’exercice |
|  |  |  |
| Adresse électronique | Téléphone |  |
|  |  |  |



**I- DESCRIPTION DE LA SITUATION AVANT- PROJET**

* *Descriptif des principales caractéristiques des CMP-IJ concernés, précisant pour chaque CMP-IJ:*
* *Nom et localisation*
* *Population de moins de 16 ans desservie*
* *Jours et heures d’ouverture*
* *Equipe : composition avec ETP*
* *File active, dont nouveaux patients*

*Ces données peuvent être présentées en annexe si nécessaire*

* *Descriptif de la situation d’accès au(x) CMP IJ pour les patients*
* *Délai moyen d’accès au 1er entretien hors urgence*
* *Délai moyen d’accès au 1er entretien médical hors urgence*
* *Nombre de patients sur liste d’attente*
* *Modalités actuelle d’accès à la prise en charge en CMP-IJ*
* *Analyse de la situation menant à la proposition du projet*

**II- DESCRIPTION DU PROJET**

* *Objectifs poursuivis*
* *Description synthétique du projet dans son ensemble*
* *Description plus détaillée des actions visant à diminuer les délais d’accès*

**III- MODALITES DE PILOTAGE ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

* *Modalités de pilotage,*
* *Calendrier associé*
* *Modalités de suivi et d’évaluation*
* *Indicateurs permettant d’évaluer l’impact du projet et d’en réaliser le suivi*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Libellé de l’indicateur** | **Cible et échéance** | **Méthode de calcul** | **Modalités de recueil** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IV- ACCOMPAGNEMENT FINANCIER SOLLICITE**

* *Montant total du projet : préciser €*
* *Dont aide sollicitée* :*préciser*  **€**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etablissement(s) porteur(s) | Ventilation des crédits sollicités : | Montant en € |
|  | CHARGES DE PERSONNEL**:**  *Préciser ETP et catégories de personnels* | **€**  *€*  *€* |
| AUTRES CHARGES :  *Préciser* | **€** |

*Préciser en quoi l’accompagnement financier contribue à la MEO des actions précédemment décrites.*