**Annexe 4**

**Tableau récapitulant l’ensemble des projets retenus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Numéro de département** | **Département** | **Établissement de santé porteur**  | **Intitulé du projet** | **Description rapide du projet, contexte** | **Public cible** | **Montant du projet retenu**  | **Commentaire sur le calendrier de mise en œuvre**  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |