|  |  |
| --- | --- |
| **Innovation en santé**  **Appel à candidature 2018 « innovation et organisation »**  **FICHE PROJET (hors article 51)**  ***Titre du projet***  ***Acteur/établissement porteur du projet***  **Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet (hors article 51) de décrire les différents éléments essentiels à sa compréhension et à son analyse.** | |
| 1. **Description générale du projet** | |
| **Promoteur du projet** | |
| Nom : …………………………………….  Adresse : …………………………………….  CP - Ville : …………………………………….  N° FINESS juridique : …………………………………….  N° FINESS géographique : …………………………………….  SIRET : …………………………………………………………….  Territoire de santé : …………………………………….  Type de structure :  □ établissement de santé  □ établissement médico-social  □ centre de santé  □ maison de santé pluri-professionnelle  □ autre, précisez : ……………………………………………………………..  Statut de la structure :  □ public  □ privé à but non lucratif  □ privé à but lucratif  *Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* | |
| **Partenaire(s) identifié(s)** | |
| *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au projet.*  *Il est souhaitable que les partenaires soient signataires d’une lettre d’engagement annexée à cette fiche projet.*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Entité juridique et/ou statut ;**  **Adresse** | **Périmètre d’intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…).** | **Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,…)**  **Préciser les coopérations existantes** | | **Partenaire(s) du projet d’expérimentation :**  *Renseignez 1 ligne par partenariat* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| **Contexte et constats ayant conduit à la formulation du projet** | |
| *Pourquoi ce projet ?*  *Décrivez le contexte ayant conduit à l’expression du besoin. Listez et détaillez les différents éléments déclencheurs qui ont permis d’aboutir à la construction du projet.*  *- Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet.*  *- Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre le projet ?*  *- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?*  *- Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?* | |
| **Objet et finalité du projet** | |
| *Décrire l’enjeu et le contenu du projet en répondant aux questions suivantes :*   * *Décrire le projet.* * *Quels sont les objectifs du projet? (décrire le caractère innovant du projet, les objectifs stratégiques/opérationnels). Les objectifs doivent être définis le plus précisément et explicitement possible.* | |
| **Impacts attendus à court et moyen terme du projet** | |
| *Décrire les impacts :*  *- en termes d’amélioration du service rendu pour les usagers ?*  *- en termes d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?*  *- en termes d’efficience pour les dépenses de santé ?*  *- bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles….* | |
| **Public bénéficiaire et thématique visée** | |
| *Quels sont les typologies de patients ciblées par ce projet ?*  *Pour quelle(s) thématique(s) ?*  *Précisez le secteur de l’expérimentation: activités de soins, de prévention et d’accompagnement au sein des secteurs sanitaire, médicosocial ou social ?* | |
| **Durée du projet envisagée** | |
| *Quelle est la durée envisagée du projet proposé ?* | |
| **Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action**  **(commune, canton, département…)** | |
| *Préciser le champ d’application territorial.* | |

|  |
| --- |
| 1. **Mise en œuvre du projet** |
| **Prérequis au démarrage du projet** |
| *Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer cette activité (ex : formations médicales/paramédicales nécessaires, informatisation d’une unité, travaux, etc.)* |
| **Collaborations existantes et collaborations à développer** |
| *Toutes les structures concernées par le projet ont-elles été associées ? Reste-t-il des collaborations à mettre en place ? Les professionnels concernés sont-ils associés* à ce projet ? |
| **Evolutions des organisations de travail** |
| *Des réorganisations, nouvelles organisations devront-elles être menées pour réaliser ce projet?* |
| **Investissements techniques à réaliser** |
| *Les matériels et investissements à réaliser ?* |
| **Calendrier envisagé** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité* |
| **Gouvernance du projet** |
| *Décrire les instances de gouvernance prévues pour organiser le pilotage et le suivi du projet* |

1. **Evaluation du projet**

|  |
| --- |
| **Indicateurs et modalités d’évaluation** |
| *Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour évaluer la performance du projet qui sera déployé? par exemple :*   * *Indicateurs de résultat et d’impact* * *Indicateurs de satisfaction et «expérience» des patients (et/ou de leurs aidants) ;* * *Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d’expérimentation ;* * *Indicateurs de moyens (financiers, humains…).*   *Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet?* |

1. **Eléments budgétaires et financiers**

*Il est demandé au candidat de fournir un RIB à l’ARS (pour les structures hors hôpital). Merci de mettre le cachet de l’établissement avec la signature du responsable pour le RIB des trésoreries.*

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| * *Préciser les besoins de financement en termes de dépenses d’investissement, les dépenses de fonctionnement:*   + - *Ressources humaines nécessaires à la coordination, l’animation et à la réalisation du projet : détailler également les besoins en moyens humains, formation*     - *Investissements matériels nécessaires*     - *Evaluation*     - *Autre, précisez* |
| **Financements** |
| *Modalités de financement de la phase projet*  *Modalités de financement de l’activité*  *Préciser le montant demandé à l’ARS*  *Précisez au cas échéant les co-financements envisagés avec d’autres partenaires* |