|  |
| --- |
| **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* |