**Appel à projet régional - 2023**

|  |
| --- |
| **Amélioration de la pertinence**  **des prescriptions d’imagerie diagnostique en ville et en établissement** |

**DATE LIMITE DE DEPOT DES CANDIDATURES :** 30/06/2023

**Autorité responsable de l’avis d’appel à projet :**

**Administration :**

La Directrice Générale de l’Agence Régionale de Santé Bretagne

6, place des colombes

CS 14253

35042 RENNES Cedex

**Contact :**

Fabienne L’HOUR

Chargée de mission santé

02.22.06.73.18

🡪Les dossiers de candidatures doivent être déposés sous forme électronique à l’adresse suivante :

**ars-bretagne-qualite@ars.sante.fr**

Contact : fabienne.lhour@ars.sante.fr

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure porteuse du projet** | = Structure recevant les financements |
| Raison sociale |  |
| Adresse |  |
| CP - Ville |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |
| **N° FINESS juridique**  *(le cas échéant)* |  |
| **N° FINESS géographique**  *(le cas échéant)* |  |
| **N°SIRET** *(le cas échéant)* |  |
| **Présentation de la structure** | |
|  | |
| **Référent en charge de la coordination du projet** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Fonction |  |
| Coordonnées Mail |  |
| Coordonnées téléphone |  |

|  |
| --- |
| **PARTENAIRE(S) DANS LE PROJET** |
| * **Portez-vous le projet à plusieurs structures/établissements/cabinets :**   **Oui Non**  **Si oui,** structures/établissements/cabinets associés :   * Raison sociale / adresse * Raison sociale / adresse * **Composition de l’équipe projet (nom/prénom/fonction/structure (service si besoin) :** * …. * …. * …. * …. * **L’équipe a-t-elle mené une réflexion autour de l’intégration des usagers / représentants des usagers/patients partenaires dans la conception du projet :**   **Oui**  **Non** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRESENTATION DU PROJET** | | |
| Nous attendons que l’équipe explique ce qui les a amenés à proposer un projet :   * En partant du constat d’une problématique rencontrée en lien avec les objectifs de l’AAP (cf cahier des charges) ; * En se basant sur un référentiel de bonnes pratiques ; * Jusqu’à la proposition d’un plan d’action(s) répondant aux problématiques posées. * **Eléments de diagnostics / état des lieux / cas clinique concret :**   (Constat de sur ou de sous-recours, délai d’accès pour certains examens ou pour la communication du compte-rendu, amélioration du parcours de soins, pertinence des indications dans le contexte du territoire, etc.)   * **Référentiels utilisés :** * **Analyse :** * **Plan d’action(s) :**   Il s’agit de décrire de façon opérationnelle les actions envisagées, les objectifs visés et les résultats attendus en matière de pertinence des soins  Pour favoriser la lisibilité de votre plan d’actions, nous vous invitons à le décliner via la trame du tableau ci-dessous :   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Objectifs | Actions | Responsable de l’action | Dates de mise en œuvre | Etat (Non débuté/En cours/finalisé) | Indicateur (qui vous permet d’objectiver que l’action est finalisé ou l’objectif atteint) | commentaires | | Améliorer… | Nommer un référent avec du temps dédié | Directeur de la structure | Février 2023 | Finalisé | Fiche de mission signée |  | | … |  |  |  |  |  |  | | | |
| **BUDGET PREVISIONNEL** | | |
|  | **Budget total** | **Budget sollicité à l’ARS** |
| **INVESTISSEMENT\*** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Formation\*\**** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Temps de réunion ou de coordination entre professionnels*** |  |  |
| ***Autres***  *(préciser la nature des dépenses envisagées et fournir les documents associés)* |  |  |
| ***TOTAL*** |  |  |
| \*Pour les dépenses déjà engagées, merci de fournir les devis/factures  \*\*Communiquer les fiches pédagogiques et les attestations de formations si ces dernières ont déjà été réalisées | | |
| **EVALUATION DU PROJET** | | |
| *Méthodes d’évaluation, indicateurs choisis et périodicité au regard des objectifs ci-dessus :* | | |
| *Modalités de suivi du projet avec les partenaires :* | | |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES** | | |
|  | | |

**Pièces complémentaires :**

* Un RIB récent portant l’adresse postale de la structure et identique à celle figurant sur la fiche INSEE ;
* Des pièces annexes à la libre décision des porteurs du projet ;
* Lettre d’engagement co-signée du porteur du projet et des partenaires principaux

Un courrier de la direction et de la Commission/Conférence Médicale d’Etablissement (CME/CfME) le cas échéant.

Pour les établissements ayant déjà été retenus dans le cadre d’AAP ou AAC antérieurs lancés par l’ARS Bretagne, le respect des obligations de transmission des éléments justificatifs (envoi des factures, transmission du bilan de déploiement de la formation) et des termes financiers (utilisation de la subvention versée, récupération d’un indu le cas échéant) est une condition nécessaire à l’étude de leur dossier de candidature.

Signature, signature et cachet du responsable de la structure porteuse

Date et signature du porteur du projet

**Lettre d’engagement co-signée des partenaires principaux**

**Dans le cadre de l’appel à projet**

« Amélioration de la pertinence des prescriptions d’imagerie diagnostique

en ville et en établissement »

**ARS Bretagne 2023**

Les candidats s’engagent à élaborer, mettre en œuvre et évaluer annuellement les projets soumis dans les délais indiqués

|  |
| --- |
| **Engagement et signature du représentant légal de la structure porteur du projet** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indiquer la fonction)   * Déclare avoir pris connaissance du projet « *titre du projet à ajouter* » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier ; * Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projet ; * Autorise les équipes de ma structure à s’investir dans le projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;   Cachet de la structure et signature Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Engagement et signature du co-porteur de projet (engagement à dupliquer selon le nombre de partenaire) :** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, co-porteur du projet   * Déclare avoir pris connaissance du projet «*titre du projet à ajouter* » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier ; * Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projet ; * Autorise les équipes de ma structure à s’investir dans le projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;   Cachet de la structure et signature Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |