# FICHE PROJET TYPE

|  |
| --- |
| **APPEL A MANIFESTATION D’INTERET 2018** **« Transformation de l’offre médico-sociale** **en faveur de personnes en situation de handicap »****FICHE PROJET** ***Titre du projet*** ***gestionnaire/établissement porteur du projet******Thématique principale du projet******□ Favoriser l’offre inclusive******□ Prévenir les ruptures des parcours et les fluidifier******□ Accompagner les aidants******□Accompagner et prévenir les effets liés au vieillissement des PH******□ Autres :*****Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet 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 : …………………………………………………………….Département : …………………………………….Type de structure : □ Gestionnaire médico-social□ établissement médico-socialStatut 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) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |
| **Promoteur associé** |
| Nom : …………………………………….Adresse : …………………………………….CP - Ville : …………………………………….N° FINESS juridique : …………………………………….N° FINESS géographique : …………………………………….SIRET : …………………………………………………………….Département : …………………………………….Type de structure : □ Gestionnaire médico-social□ établissement médico-social□ établissement de santé□ centre de santé□ maison de santé pluri-professionnelle□ Association □ 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.*

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

*Préciser l’existence de lettre d’engagement* |
| **Contexte, constats et besoins identifiés 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, constats et besoins identifiés et documentés 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 :**- Quels sont les objectifs du projet? (décrire le caractère innovant du projet, les objectifs stratégiques/opérationnels, les enjeux en termes de transformation de l’offre médico-social). Les objectifs doivent être définis le plus précisément et explicitement que possible.**- En quoi consiste le projet ? (actions mises en œuvre notamment)* |
| **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….* |
| **Impact sur les autorisations existantes** |
| *Etat des lieux des autorisations (type, capacité, agrément, titulaire)**Schéma cible des autorisations après transformations (type, capacité, agrément, titulaire)* |
| **Public bénéficiaire** |
| *Quels sont les typologies des personnes 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, médico-social ou social ?**Précisez le nombre de personnes concernées, la file active prévisionnelle* |
| **Durée du projet envisagée** |
| *Quelle est la durée envisagée du projet proposé ?* |
| **Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action** **(commune, EPCI, 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 ce projet (ex : formations médicales/paramédicales nécessaires, système d’information, travaux, etc.)* |
| **Collaborations existantes et collaborations à développer** |
| *Toutes les structures concernées par le projet sont-elles été associées ? Reste-t-il des collaborations à mettre en place ? Les usagers et/ou leurs représentants sont-ils associés au projet ? Les professionnels concernés sont-ils associés* à ce projet ?  |
| **Articulation avec les structures de droit commun et les coordinations territoriales existantes** |
| *Quelle articulation avec le droit commun dans une logique de subsidiarité ?**Les articulations avec les services de l’ASE (le cas échéant)**Quelle inscription avec les instances de coordination (PTA, PCPE, MAIA…)* |
| **Evolutions des organisations de travail** |
| *Des réorganisations, nouvelles organisations devront-elles être menées pour réaliser ce projet?* |
| **Investissements techniques à réaliser** |
| *Des investissements (matériel, immobilier) sont-ils à prévoir ?* |
| **Les moyens à mettre en œuvre** |
| *Quels sont les moyens à mettre en œuvre (ressources humaines, mutualisation, mises à disposition…)* |
| **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** |
| *Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet?**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 usagers (et/ou de leurs aidants) ;*
* *Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d’expérimentation ;*
* *Indicateurs de moyens (financiers, humains…).*
 |

1. **Eléments budgétaires et financiers**

|  |
| --- |
| **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* *Précisez le montant des moyens redéployés* *Précisez le cas échéant les moyens mis à disposition (et leur origine)* *Préciser le cas échéant le montant des moyens nouveaux demandés à l’ARS**Précisez le cas échéant les co-financements envisagés avec d’autres partenaires**Précisez l’auto financement le cas échéant* |

1. **Synthèse**

|  |
| --- |
| **Présentation globale et synthétique du projet (1 page recto-verso maximum)** |
|  |