1. **Identification de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| Finess juridique (ou SIRET, ou RPPS, si applicable) |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement ou de la structure |  |
| Secteur (Sanitaire / MS / ambulatoire)  |  |
| Commune  |  |
| Département  |  |
| Nom et prénom du correspondant  |  |
| Téléphone  |  |
| Adresse mail  |  |

1. **Projet**

*Les projets déployés* ***au-delà de la Semaine officielle (15-19 septembre 2025)*** *pourront être présentés, à condition d’avoir été* ***mis en œuvre et évalués.***

**Thème 2025 : « *Des soins sûrs, avec et pour chaque enfant, dans toutes les dimensions de leur vie* »**

|  |  |
| --- | --- |
| Thématique sur laquelle porte le projet* **Sanitaires** (pédiatrie, maladies chroniques, soins psychiatriques, réanimation, etc.)
* **Médico-sociales** (accompagnement du handicap : IME, FAM, MAS, etc.)
* **Ville** (relationnelle et sociale, lien entre enfants et personnes âgées, place des familles et des proches, coordination avec les CPTS pour une prise en charge ambulatoire, soutien à la vie quotidienne en milieu ordinaire).

*Les exemples mentionnés pour chacun des secteurs sont purement illustratifs et ne constituent pas une liste exhaustive. Certaines thématiques, peuvent relever de plusieurs secteurs à la fois.* |  |

Les projets répondront au moins à deux des critères suivants *(cocher la ou les cases correspondantes)*:

[ ]  Action innovante et structurante

[ ]  Action associant les patients et favorisant l’instauration d’une culture de sécurité

[ ]  Action conduite au plus près des patients et des professionnels prenant en compte les enjeux actuels des parcours de soins

[ ]  Action visant à fédérer les professionnels de santé des différents secteurs de soins autour de priorités partagées

|  |  |
| --- | --- |
| Format du support  |  |
| Intitulé de l’action |  |
| Responsable de l’action |  |
| Objectif de l’action |  |
| Descriptif |  |
| Public ciblé  |  |
| Acteurs concernés pour élaborer le projet |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise l’ARS Grand Est à relayer sur son site internet le support produit  | Oui | Non |
|  |[ ] [ ]

Le présent formulaire complété par vos soins est à nous transmettre au plus tard le :

**28 novembre 2025**

Le support présentant le projet devra dans la mesure du possible être annexé au dossier.

Il est recommandé de cibler et d’annexer ensuite tout document utile à la compréhension du projet.

L’ensemble doit être transmis en **format électronique uniquement** à l’adresse suivante :

ARS-GRANDEST-DQPI-QUALITE@ars.sante.fr