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](mailto:ARS-GRANDEST-DQPI-QUALITE@ars.sante.fr)