

**Lettre d’intention / cahier des charges
« projet innovant en santé »**

|  |
| --- |
| **Fiche projet** |
| ***Nom du projet*** |  |
| ***Promoteur*** |  |

**Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet de décrire les différents éléments essentiels à la compréhension et à l’analyse du projet proposé.**

*A envoyer à* *ars-grandest-innovation@ars.sante.fr*

# Description générale du projet

| **Promoteur du projet** |
| --- |
| * **Identification de la structure porteur du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale  |  |
| Adresse |  |
| CP - Ville |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |
| N°SIRET |  |

* **Type de structure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Établissement de santé [ ]  Établissement ou service médico-social | N°Finess juridique  |  |
| Finess géographique |  |
| [ ]  Centre de santé |
| [ ]  Maison de santé pluri-professionnelle |
| [ ]  Autre, précisez  |  |

* **Statut de la structure :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Public | [ ]  Privé à but non lucratif | [ ]  Privé à but lucratif |

* **Identification du responsable du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Fonction |  |
| Adresse |  |
| CP - Ville |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

 |

|  |
| --- |
| **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*.

| Partenaire(s) du projet d’expérimentation : | 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 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Renseignez 1 ligne par partenariat*  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

| **Axe et public cible** |
| --- |
| Sélectionner un des axes proposés[ ]  **Axe 1 - Coopérations interprofessionnelles et de formations** *Délégations de tâches selon les protocoles validés par la HAS, formations s’appuyant sur la simulation…*

|  |  |
| --- | --- |
| Public cible |  |
| Activités | [ ]  De soins |
| [ ]  De prévention et d’accompagnement |
| [ ]  Si autres, précisez : |  |
| Champ | [ ]  Sanitaire |
| [ ]  Médico-social |
| [ ]  Ambulatoire |
| [ ]  Social |

[ ]  **Axe 2 - Organisation permettant de pallier une difficulté d’accès aux soins sur un territoire**

|  |  |
| --- | --- |
| Public cible |  |
| Activités | [ ]  De soins |
| [ ]  De prévention et d’accompagnement |
| [ ]  Si autres, précisez : |  |
| Champ | [ ]  Sanitaire |
| [ ]  Médico-social |
| [ ]  Ambulatoire |
| [ ]  Social |

[ ]  **Axe 3 - Implication du patient, de l’usager, de l’aidant**

|  |  |
| --- | --- |
| Public cible |  |
| Activités | [ ]  De soins |
| [ ]  De prévention et d’accompagnement |
| [ ]  Si autres, précisez : |  |
| Champ | [ ]  Sanitaire |
| [ ]  Médico-social |
| [ ]  Ambulatoire |
| [ ]  Social |

[ ]  **E-santé**

|  |  |
| --- | --- |
| Public cible |  |
| Activités | [ ]  De soins |
| [ ]  De prévention et d’accompagnement |
| [ ]  Si autres, précisez : |  |
| Champ | [ ]  Sanitaire |
| [ ]  Médico-social |
| [ ]  Ambulatoire |
| [ ]  Social |

 |

|  |
| --- |
| **Contexte et constats ayant conduit à la formulation du projet** |
| Décrivez le contexte et état des lieux 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 ? |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Objet et finalité du projet** |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **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- En termes de bénéfices économiques identifiés, les coûts évités, les économies potentielles |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Durée du projet envisagée** |
| Quelle est la durée envisagée du projet proposé ? |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Zone géographique ou territoire de réalisation du projet****(commune, canton, département, GHT…)** |
| Préciser le champ d’application territorial |
| A compléter |

# 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, mise en place d’outils nécessaires, etc.) ? |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **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 ?  |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Évolutions des organisations de travail** |
| Des réorganisations, nouvelles organisations devront-elles être menées pour réaliser ce projet? |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Investissements techniques à réaliser** |
| Préciser le type et le montant des matériels et investissements à réaliser ? |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **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 : |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Gouvernance du projet** |
| Décrire les instances de gouvernance prévues pour organiser le pilotage et le suivi du projet  |
| A compléter |

# Évaluation du projet

|  |
| --- |
| **Indicateurs et modalités d’évaluation** |
| **Précisez les indicateurs** de suivi proposés pour évaluer la performance du projet qui sera déployé : - Indicateurs de résultat et d’impact ?- Indicateurs de qualité et de performance ?- Indicateurs de suivi de la mise en œuvre et d’usage ?- Indicateurs de moyens (financiers, humains…) ?**Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet** ? |
| A compléter |

# Éléments budgétaires et financiers

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Décrire le modèle économique mise en œuvre et de fonctionnement de l’expérimentation en termes de :** *Estimation financière du modèle ;*
* *Soutenabilité financière du projet (bénéfices identifiés, économies potentielles,…).*

*Modalités de financement :** *Préciser les besoins de financement pour le plan de montée en charge prévisionnelle du projet et les éventuels besoins d’aide au démarrage ;*
* *Pour toute la durée de l’expérimentation, détailler les besoins nécessaires en termes de : ingénierie et fonction support, besoins en moyens humains, formation, besoins en systèmes d’information, évaluation.*
 |
| A compléter |

|  |
| --- |
| **Financements** |
| *Le cas échéant, quelles sont les autres ressources et financements complémentaires mobilités ou demandées ?**Veuillez renseigner l’Annexe financière* |
| A compléter |

*Il est demandé au candidat hors établissements de santé et établissements ou services médico-sociaux de fournir :*

* *Le budget global de la structure ;*
* *Un RIB.*

*Merci de mettre le cachet de l’établissement avec la signature du responsable pour le RIB des trésoreries.*

# Engagement de la structure porteuse et du responsable de projet

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

|  |
| --- |
| **Engagement et signature du représentant légal de la structure** |
| 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 projets ;
* Autorise les équipes de ma structure à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
* M’engage à participer au rapport final adressé à l’ARS Grand Est

Cachet de la structure Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature : |

|  |
| --- |
| **Engagement et signature du responsable du projet :** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable 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 projets ;
* M’engage à assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans le présent dossier ainsi que la communication du rapport final à l’ARS Grand Est

Cachet de la structure Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature : |