# FICHE PROJET TYPE

|  |  |
| --- | --- |
| **APPEL A MANIFESTATION D’INTERET 2019**  **« 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 l’emploi des PH en milieu ordinaire***  ***□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-social  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) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* | |
| **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)** |
|  |