**Appel à projets**

**Simulation en santé - Campagne 2024**

*Soutien à l’innovation dans les formations des professionnels de santé*

Dossier de candidature

**Description du projet**

|  |
| --- |
| **Présentation de l’équipe projet :** Composition de l’équipe projet (nom, prénom, fonction, (certificat, diplôme ou attestation 🡪 en annexe))**Présentation du projet** |
| Intitulé du projet : Contexte du projetObjectif général du projet  |
| **Formations concernées et publics ciblés** *(Représente un pourcentage significatif (> 50 %) des étudiants paramédicaux et/ou médicaux potentiellement concernés)* |
| 1. Formation initiale

Personnel médical (autant de ligne que de formations concernées par ce projet)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cursus de formation | Discipline de formation | Objectifs d’apprentissage | Effectifs ciblés |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Personnel non médical (autant de ligne que de formations concernées par ce projet)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Filière de formation (rééducation, soignant, médico-tech) | Formation concernée (IDE, MK…) | Année de formation | Objectifs d’apprentissage | Effectifs ciblés |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Formation continue

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Professions | Objectifs d’apprentissage | Effectifs ciblés |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Formation des formateurs

Description du plan de formation des formateurs en simulation prévu |
| **Existence d’un partenariat** *(≈15 lignes)* |
| ***Existe-t-il un ou plusieurs partenariats avec d’autres structures :*** *Si oui lesquels :* **Contexte du partenariat :** Quel est le niveau de partenariat établi à ce jour ? (Financier etc.) |
| **La structure porteuse dispose-t-elle d'équipements de simulation en santé** *(présenter succinctement)* |
|  |
| **Objectifs pédagogiques du projet :**  |
| *Actions à mettre en place pour répondre aux objectifs :* 1. *\_\_*
2. *\_\_*
3. *\_\_*
4. *\_\_*
5. *\_\_*
6. *\_\_*

*Indicateurs de moyens pour chaque action :* 1. *\_\_*
2. *\_\_*
3. *\_\_*
4. *\_\_*
5. *\_\_*
6. *\_\_*

*Résultats attendus pour chaque action*1. \_\_
2. \_\_
3. \_\_
4. \_\_
5. \_\_
6. \_\_

*Outils d’évaluation de chaque action* 1. \_\_
2. \_\_
3. \_\_
4. \_\_
5. \_\_
6. \_\_

  |
| **Thématiques du projet** *(création ou renforcement de dispositifs utilisant la simulation en santé, apprentissage des bonnes pratiques, gestion des risques associés aux soins, développement des enseignements pluridisciplinaires…)* |
|  |
| **Potentiel de diffusion** |
| 1. *Déclinaison dans le cadre de la FC :*
2. *Projet de recherche associé :*
	1. *Oui : déclinaison succincte*
	2. *Non*
 |
| **Modalités pratiques de réalisation** |
| ***Scénarii retenus à décrire :***  |
| Présentation attendu du rétro planning |
| Autres renseignements utiles (*modalités pratiques d’organisation, phase d’avancée du projet)*:  |
| Méthodes d’évaluation prévues : |
| **Développement territorial** |
| Positionnement du porteur et des partenaires du projet dans l’environnement territorial au regard des besoins de formation en simulation *(tendre vers une équité territoriale)* |

**Financement du projet**

**La possibilité de financer des charges de structure et des ECOS des études médicales ne pourra pas être prise en compte**

|  |
| --- |
| Coût total du projet :  |
| Montant de la subvention demandée à l’ARS : |
| Cofinancement du projet :  |
| Détail du montant de **la subvention demandée à l’ARS** "devis à joindre impérativement en pièces jointes" : (Exemples : **La TVA doit être comprise et identifiées dans les tarifs*** si achat de formation, préciser les coûts horaires pour combien de formés…
* si achat de matériel, préciser les tarifs unitaires, le nombre d’unités…)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériel et référence** | **Etablissements** | **Prix unitaire** | **Nombre** | **Total TTC** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

 **Engagements**

Le porteur et les partenaires dont le projet sera retenu s'engagent à :

* Développer un projet en conformité avec le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé de la HAS
* Développer un projet en conformité avec la charte simulation en santé fonds FIR/ARS (la possibilité de financer des charges de structure ne sera pas prise en compte)
* Fournir un rapport liminaire pour 31/12/2024, présentant la description et l'échéancier de la réalisation du projet, présentant l'utilisation des crédits et les pièces justificatives permettant le déblocage des fonds par l'ARS.
* Fournir un rapport final pour le 30/06/2025 présentant le bilan des actions menées (le nombre d'étudiants ou d'enseignants formés, satisfaction des équipes pédagogiques et des étudiants, premiers impacts de la mise en place du projet…)

Les représentants de chacune des structures engagées dans ce projet certifient exactes les informations du présent dossier.

Nom(s) et signature(s) des représentants de chaque structure :

|  |  |
| --- | --- |
| **Porteur du projet** | **Partenaires du projet** |
| Signature et tampon de la structure | Signature et tampon de chaque structure partenaire |

Annexe : certificat, diplôme, attestation de l’équipe projet, devis etc