

FICHE DE SYNTHÈSE DU PROJET

Merci de bien remplir toutes les rubriques.

Projet d'approche non médicamenteuse

DATE D'ENVOI :

DATE DE RECEPTION :

(réservé au Fonds pour les soins palliatifs)

TITRE DU PROJET :

1) PORTEUR DU PROJET

- Nom de la structure
- Type de structure
- Date de création
- Adresse, téléphone
- Nom / Prénom / Fonctions / Coordonnées du responsable du projet

2) DESCRIPTION DU PROJET

- Objectifs du projet
- Cibles concernées
- Durée du projet

3) ACCOMPAGNEMENT DU FONDS POUR LES SOINS PALLIATIFS

- Quel accompagnement du Fonds pour les soins palliatifs attendez-vous autre que financier ?

4) BUDGET GLOBAL

- Budget global
- Budget demandé
- Autres structures sollicitées et pour quel montant
- Financement déjà acquis

5) CALENDRIER

- Le calendrier précisera toutes les étapes du projet
- Le calendrier mettra en perspective les besoins de financement selon le cadencement

DOSSIER DE CANDIDATURE

Merci de bien remplir toutes les rubriques.

Projet d'approche non médicamenteuse

DATE D'ENVOI :

DATE DE RECEPTION :

(réservé au Fonds pour les soins palliatifs)

TITRE DU PROJET :

LOCALISATION DU PROJET :

RESPONSABLE ET COORDINATEUR DU PROJET

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Site internet :

CHEF DE PROJET

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

PRESENTATION DE LA STRUCTURE (PORTEUSE DU PROJET)

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de création :

Forme juridique :

Objet de la structure :

Nombre de salariés :

Nombre de bénévoles :

Budget annuel :

Président :

Trésorier :

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE (SI ETABLISSEMENT OU SERVICE SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL)

Particularités (culturelle, sanitaire, sociale, géographique, économique) :

Nombre de lits, places :

Principales activités :

I. RESUME DU PROJET (1 PAGE MAXIMUM)

II. PRESENTATION DU PROJET

- 1. Le contexte général, l'historique, la problématique, le territoire ciblé**
- 2. Les étapes préalables (analyse des besoins, constitution d'une équipe projet, phase d'expérimentation, résultats obtenus justifiant la poursuite du projet)**
- 3. Le caractère innovant du projet (en quoi votre projet se démarque-t-il des autres ? Quels sont vos atouts et arguments ?)**
- 4. Avez-vous connaissance d'autres projets de ce type ?**
- 5. Quelles sont les approches non médicamenteuses proposées par l'établissement ? Font-elles l'objet d'un financement ?**
- 6. Les partenaires engagés dans le projet (nom, fonction, rôle, niveau d'engagement)**
- 7. L'équipe projet : nom et fonction de chaque membre**
- 8. Le comité de pilotage : nom et fonction de chaque membre, fréquence de réunion**
- 9. Quelle est l'intégration de votre projet dans le projet global de la structure (projet d'établissement, associatif, médical, de soin) ? Type d'implication de la direction ?**
- 10. L'impact du projet (local, départemental, régional, national)**
- 11. Les objectifs visés : objectif général et objectifs spécifiques (par type de cible : personnes malades, soignants, proches, accompagnants bénévoles, grand public)**
- 12. Les lieux d'intervention**
- 13. Les publics concernés (préciser profil et nombre, attentes particulières, implication)**
- 14. Les résultats attendus**
- 15. Evaluation des facteurs de risque et de succès**

III. REALISATION DU PROJET

1. Les intervenants : nombre, nom, formation, expérience, nombre de journées (ou demi-journées) d'intervention mensuelle

2. Lieu d'intervention (services, chambres, espaces communs, etc.)

3. Nombre de lits concernés

4. Sous quelle forme ? (atelier, séance individuelle ou collective, etc.),

5. Durée moyenne d'une intervention

6. Intervention auprès des soignants

7. Intervention auprès des familles

8. Moyens matériels nécessaires à la réalisation du projet

9. Description des étapes du projet

10. Calendrier du projet

- **date de lancement :**
- **date de fin :**
- **durée du projet :**
- **état d'avancement du projet à la date de la demande de soutien (a-t-il démarré ? Depuis combien de temps ?)**

11. Communication envisagée autour du projet, outils et mode de diffusion, couverture géographique

12. Déclinaison

a) Comment voyez-vous son évolution dans le temps ? (projet limité dans le temps, projet à pérenniser)

b) Dans quelle mesure ce projet peut-il se décliner dans d'autres structures ? Comment ?

IV. EVALUATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DU PROJET

1. Merci de compléter le tableau ci-dessous :

OBJECTIFS	ACTIONS	PUBLIC CIBLE	RESULTATS ATTENDUS	OUTILS*	INDICATEURS

* Exemples d'outils de recueil de données : questionnaires, entretiens, échelles, réunions, comptes rendus, rapports, tableaux de bord, etc.

2 Qui sera en charge de l'évaluation ?

V. L'ACCOMPAGNEMENT DE VOTRE PROJET PAR LE FONDS POUR LES SOINS PALLIATIFS DANS UNE DEMARCHE GLOBALE

Quel(s) type(s) d'accompagnement attendez-vous du Fonds pour les soins palliatifs autre que financier ?

VI. FINANCEMENT DU PROJET

1. Budget global du projet

2. Part d'autofinancement

3. Autres partenaires financiers sollicités, pour quels montants ?

4. Financements déjà acquis (préciser les financeurs et les montants)

5. Budget demandé au Fonds pour les soins palliatifs ?

6. Pour quel type d'investissements ?

7. Présentation du budget détaillé

CHARTRE D'ENGAGEMENT

En signant cette chartre d'engagement, je certifie que toutes les informations que j'ai données sont exactes.

Je soussigné(e),, agissant en qualité de responsable du projet fais acte de candidature, en toute connaissance de la procédure et de la démarche, auprès du Fonds pour les soins palliatifs.

Si le projet présenté est sélectionné par le Fonds pour les soins palliatifs, je m'engage à :

- signer une convention de partenariat avec le Fonds pour les soins palliatifs
- dédier les fonds reçus exclusivement à la réalisation du projet objet de ce dossier
- transmettre les informations concernant l'évolution du projet (rapports d'étape)
- remettre au Fonds pour les soins palliatifs un bilan final une fois le projet réalisé
- accepter le processus d'accompagnement du projet par le Fonds pour les soins palliatifs
- autoriser le Fonds pour les soins palliatifs à utiliser le nom de la structure que je représente afin de faire connaître les actions réciproques des parties, les besoins et les résultats obtenus
- signifier le soutien du Fonds pour les soins palliatifs si les médias me sollicitent suite à des communiqués de presse envoyés par le Fonds ou par ma structure
- mettre en valeur le logo et quelques lignes d'information sur l'activité du Fonds pour les soins palliatifs sur les outils de communication (dont le site internet) de la structure que je représente.

Je prends acte de ce que le Fonds pour les soins palliatifs ne pourra s'engager à soutenir mon projet qu'une fois les financements trouvés et la convention de partenariat signée.

Date

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé »