20100406_SICOM_ImageTerritoires_BasseDef.jpg

**Appel à projet recrutement de Patient Partenaire en cancérologie**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Rappel du calendrier :**

Appel à candidature : 22 juillet 2020

Délai pour le dépôt des dossiers : 15 novembre 2020

**Dossier de candidature à transmettre par voie électronique à :**

*🖰 :* [ars-na-dstrat@ars.sante.fr](mailto:ars-na-dstrat@ars.sante.fr)

Des demandes d’informations complémentaires pourront être sollicitées par les candidats par messagerie à l’adresse citée précédemment en mentionnant «Appel à projet recrutement de Patient Partenaire en cancérologie ».

Le dossier, qui sera signé par la direction de l’établissement, le président de CME et l’équipe médicale engagée, doit comporter l’ensemble des éléments nécessaires à l’évaluation de la pertinence et de la qualité du projet. Les candidats peuvent joindre tous les éléments qu’ils estiment nécessaires à la bonne compréhension et à l’expertise de leur projet.

**Description générale du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Porteur du dispositif** | |
| Nom de l’établissement de santé : |  |
| Ville /département |  |
| N° FINESS |  |
| *Identification du représentant légal* | Nom :  Fonction :  Coordonnées (téléphone et Email) : |
| *Référent(s) en charge de la coordination du projet :* | Nom du/des Référent(s) :  Fonction :  Coordonnées (téléphone et Email) : |

|  |
| --- |
| **Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la demande d’intégration d’un patient partenaire dans un service de soins** |
| *- Description du contexte ayant conduit à l’identification du besoin. Listez et détaillez les différents éléments déclencheurs qui ont permis d’aboutir à la construction du projet.* |

**Modalités d’organisation du travail du patient partenaire**

|  |
| --- |
| **Organisation** |
| *Composition de l’équipe de soin ?*  *Temps de travail pour le Patient Partenaire ?*  *Quelles sont les modalités de repérage/adressage des personnes ciblées ? (par les professionnels de soins et/ou par les patients et/ou par le patient partenaire ?)*  *Quels sont les modalité prévues pour respecter l’adhésion ou la non adhésion du patient aidé ?*  *Description des prestations (interventions) proposées par le patient partenaire (individuel, en chambre, à domicile, groupe de parole…)*  *Comment sont assurés le suivi et la coordination des prestations ?* |

**Évaluation 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 l’impact du projet qui sera déployé ?*  *Par exemple :*   * *Indicateurs de réalisation* * *Indicateurs de moyens* * *Indicateurs de satisfaction et «expérience» des usagers (et/ou de leurs aidants) ;* |

**Éléments budgétaires et financiers**

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Préciser la nature, l’objet et le montant des postes de dépenses*  *Indiquer les co-financements envisagés. Le co-financement s’entend en numéraire mais également en nature (locaux, personnel…)* |

|  |
| --- |
| **Calendrier de mise en œuvre** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement la date de début de l’activité, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge* |