

**PROJET SIMULATION EN SANTE EN INSTITUT**

**Dossier de candidature**

|  |
| --- |
| **Présentation de l’INSTITUT DE FORMATION** |
| Nom de la structure :…………………………………………………………………………………………Adresse:………………………………………………………………………………………………………Nom du directeur:…………………………………………………………………………………………… |
| Statut juridique : Numéro FINESS :……………………………….[ ]  public (merci de préciser) ……………….. ………………………………………………………………...[ ]  privé à but non lucratif (merci de préciser) ………………………………………………………………[ ]  privé à but lucratif (merci de préciser) ……………………………………………………………… |
|  |
| **I - ETAT DES LIEUX**  |
| **Activités de l’institut au 31 décembre 2017** |
| Population d’étudiants/ élèves accueillis par type de formation : Nombre d’élèves ou étudiants (quota - places) et nombre de formateurs permanents

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de formation et nombre d’étudiant au total (quota)**  | **Nombre de Formateurs** |
|   **Personnes** | **ETP** |
| **IFSI** |  |  |
| **IFAS** |  |  |
| **IFMK** |  |  |
| **IFE** |  |  |
| **Autres** |  |  |
|  |  |  |

 |
| **Ressources humaines formées à la simulation en santé au 31 décembre 2017** |
| Nombre de formateurs (par type de formation IDE, AS …), qui sont formés à la simulation et diplôme (s) obtenu (s) dans ce cadre, préciser l'intitulé de la formation (DU, Master etc…) : |

|  |
| --- |
| **Ressources matérielles dédiées à la simulation en santé au 31 décembre 2017** |
| **1. Etat des lieux de l’équipement des salles** Avez-vous des locaux dédiés à la simulation ? [ ]  Oui, combien :………………. Quel type de locaux : ………….[ ]  non, le site est partagé, précisez la localisation des locaux[ ]  non, pas de site dédié à la simulation Quel est le type d’équipement de la salle ? [ ]  équipement vidéo  [ ]  équipement informatique -  logiciel dédié à la simulation [ ]  glace sans tain[ ]  autres lesquels : ………………. **2. Etat des lieux de l’équipement en matériel pour la simulation**

|  |
| --- |
| Types, caractéristiques et nombre de matériel de simulation |
| *Type* | *Nombre* | *Acheté (année)*  | *En prêt* | *Autre* |
| Matériel procédural (bras, tête) |  |  |  |  |
| Mannequin adulte H/F |  |  |  |  |
| Mannequin enfant H/F |  |  |  |  |
| Mannequin nouveau-né |  |  |  |  |
| Mannequin haute-fidélité  |  |  |  |  |
| Réalité virtuelle |  |  |  |  |
| Autre :…… |  |  |  |  |

- Autres équipements/matériels dédiés à la simulation :**3- Salle de débriefing :** Avez-vous des salles de débriefing ? [ ] Oui, combien :……………….Sont-elles partagées avec d’autres activités (préciser lesquelles) [ ] Oui, avec quelles autres activités : …………… |

|  |
| --- |
| **Projets de formation et simulation** |
| **4- Projet pédagogique** * 1. Quels sont les principaux objectifs de votre projet pédagogique concernant la simulation ?

4.2. Existe-t-il un partenariat concernant « la simulation en santé» avec un ou plusieurs instituts de formation paramédicaux et/ou université **?** [ ]  Oui [ ]  Non* Si oui précisez succinctement les partenaires et actions menées (joindre la convention de partenariat)
 |
| **5-** **Formation initiale** * Public concerné

 [ ] Etudiant IDE 1ère année  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S1 : soit en heures :  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S2 : soit en heures :  [ ] Etudiant IDE 2ème année  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S3 : soit en heures :  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S4 : soit en heures :  [ ] Etudiant IDE 3ème année  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S5 : soit en heures :  Nombre de sessions de formation sur la simulation au S6 : soit en heures :  * Autres étudiants concernés par les actions de simulation

 [ ] Etudiant MK [ ]  Etudiant ergo [ ] Etudiant psychomot. [ ]  Etudiant MERM [ ] Elève IFAS [ ] Elève IFAP [ ]  Elève IFA [ ] Elève IBODE [ ] Etudiant IADE [ ] Elève Puéricultrice [ ]  Elève IFCS[ ] Autres stagiaires (merci de préciser) [ ]  Etudiant maïeutique [ ]  Etudiant médecine L’activité en heure de formation sur la simulation par formation :  |
| **Formation en simulation en santé** |
| * 1. **A ce jour quelles sont vos techniques de simulation en santé**

[ ]  patient standardisé [ ]  Jeux de rôles [ ]  simulateurs patients [ ]  simulateurs procéduraux [ ]  simulation hybride [ ]  réalité virtuelle et ou réalité augmentée[ ]  serious games[ ]  environnement 3 D[ ]  Autres (précisez)  |
| **Séances de simulation** |
|

|  |
| --- |
| * 1. **Utilisation actuelle des équipements en place pour la simulation en santé?**

[ ]  Oui [ ]  NonSi oui **:** [ ]  Réalisation des gestes techniques [ ]  Mise en œuvre de procédures collectives [ ]  Mise en œuvre de procédures individuelles[ ]  Mise en œuvre de procédures pluridisciplinaires gestion des comportements en équipe [ ]  Mise en situation professionnelle[ ]  Travail en équipe [ ]  Communication - relation[ ]  Raisonnement clinique – diagnostique - thérapeutique[ ]  Gestion des risques [ ]  Reproduction d'évènements indésirables [ ]  Gestion de situations exceptionnelles[ ]  Autres (précisez)  |

 |
| * 1. **Disposez-vous d’une banque de scénarios ?** [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui merci de préciser  en annexe pour chaque scénario : la population d’apprenants ciblée ; les objectifs pédagogiques, les équipements et matériels nécessaires, les moyens humains, le déroulement de la séance (durée, ratio formateur/apprenant) les points majeurs du débriefing, les modalités d’évaluation des apprenants.  |
| **6-** **Formation continue, qui est concerné ?*** Public concerné :

[ ] IDE [ ] IADE [ ]  IBODE [ ]  AS [ ]  AP [ ] Puéricultrice [ ] Sage-femme [ ]  Médecin [ ]  autres, précisez :* L’activité en heure de formation sur la simulation selon le type d’apprenants :

|  |
| --- |
| **Financement de la simulation en santé avant 2018** |
| Comment avez-vous financé la simulation en santé avant 2018 ? Quelles étaient les sources de financement ?Quel partenariat ?  |

 |

|  |
| --- |
| **II DESCRIPTIF DU PROJET**  |
| **Personne référente du projet**  |
| **Nom et prénom :** **Fonction :****Courriel :**  |
|

|  |
| --- |
| **Présentation du projet** |

**La ou les missions sont explicitées (formation, analyse et amélioration des pratiques, recherche)** **Les objectifs du projet :** **Type de structure :** **Type de simulation :** **Type d’apprenants et nombre de sessions de simulation par année :** **Territoire concerné par le projet :** **Validation du projet par les membres du CP le :**

|  |
| --- |
| **Locaux / équipements**  |

L’utilisation des locaux - Les équipements  |
|

|  |
| --- |
| **Ressources humaines**  |
| Besoins en formation – intervenants

|  |
| --- |
| **Partenariat envisagé**  |

Si partenariat coordonnées de la personne co-responsable  Nom et prénom et fonction  |

 |
|

|  |
| --- |
| **Calendrier de réalisation (Fin du projet à prévoir pour décembre 2019)**  |

|  |
| --- |
| **Evaluation du projet**  |

Méthode d’évaluation prévue – indicateurs de résultats

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires éventuelles**  |

|  |
| --- |
| **Liste des Annexes et numérotation**  |

Pour exemple : liste des équipements, liste des scénarios, formation des formateurs, devis financier  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION de la DEMANDE de FINANCEMENT** **(joindre les devis si possible)**  |

**Pour exemple de dépenses :** Achats (prévoir l’amortissement) ; Locaux ;Charges de personnel ; Cout de la formation des formateurs  |

**PLAN DE FINANCEMENT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Action**  | **Cout total estimé** | **Part de Financement établissement** (maximum que l’établissement peut engager) | **Part de Financement demandé à l’ARS****50% maximum**  | **Autres financeurs**  |
| Intitulé du projet  |  |  |  |  |
|  |  |  |

**MISE EN ŒUVRE et EVALUATION DU PROJET**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Action**   | **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet** |  **Modalités de mise en œuvre** (délai jusqu’à décembre 2019) | **Indicateurs de mise en place du projet**  | **Indicateurs de résultats** (à court, moyen et long terme) |
| Intitulé du projet  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ENGAGEMENTS |
| Les candidats 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-Transmettre les pièces justificatives précisées dans la convention de financement au titre du fonds d’intervention régional (FIR) avec le bilan intermédiaire à 6 mois (à la date du versement de la subvention) et le bilan final avant le 30 décembre 2019. Date : Coordonnées du directeur de l’établissement : Signature :  |