

**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  Non  Si 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 : |