|  |  |
| --- | --- |
| **« Programme d’octroi de subventions du MSSS en partenariat avec la Fondation Graham Boeckh et le FRQS : Projets de démonstration en appui à la mise en œuvre de réseaux de services intégrés aux jeunes (RSIJ) »** | **FORMULAIRE DE DEMANDE COMPLÈTE**  Date limite de dépôt :  **16 avril 2018, 16h30** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** | |
|  | No dossier  *(Espace réservé pour usage interne) :* |

|  |
| --- |
| **Mots clés (Maximum 10)** |
| Inscrire jusqu’à 10 mots clés décrivant le projet. |

|  |
| --- |
| **SECTION A – Renseignements administratifs** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informations relatives au CISSS ou CIUSSS présentant la demande complète** | | |
| Nom du CISSS ou CIUSSS : | | |
| Nom et prénom du ou de la PDG du CISSS ou CIUSSS : | | |
| Direction(s) responsable(s) de programmes-services du CISSS ou CIUSSS impliquées dans le projet : | | |
| Le projet proposé implique-t-il d'autres partenaires (organismes ou établissements) que ceux figurant dans les règles du programme? | Oui | Non |
| Si oui, lesquels ? | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées complètes du directeur ou de la directrice ou d’un représentant ou d’une représentante de la Direction des Finances du CISSS ou CIUSSS où sera administrée la subvention** | | |
| Nom, Prénom : | | |
| CISSS ou CIUSSS : | | |
| Département (s’il y a lieu) | | |
| Adresse : | | |
| Ville : | Code Postal : | |
| Courriel : | | Téléphone : |

|  |
| --- |
| **SECTION B – Identification des coresponsables et des membres de l’équipe de projet** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification des coresponsables** | | |
| **Gestionnaire responsable de programmes-services d’un CISSS ou CIUSSS** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (s’il y a lieu) |
| Titre / Fonction : | | |
| CISSS ou CIUSSS |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (s’il y a lieu) |
| Titre / Fonction : | | |
| Université |  | |
| Département / Faculté |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Autre coresponsable (s’il y a lieu)** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (s’il y a lieu) |
| Titre / Fonction : | | |
| Établissement / Université / Organisation |  | |
| Département / Faculté (s’il y a lieu) |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des membres de l’équipe** *(pour chacune des catégories, vous pouvez ajouter des lignes au besoin)* | | | | | |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire** | | | | | |
| Nom, Prénom | NIP FRQS  (s’il y a lieu) | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (s’il y a lieu) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Professionnels ou professionnelles de la santé et des services sociaux / autres intervenants** | | | | | |
| Nom, Prénom | Titre d’emploi / Fonction | Université / Organisation | Département / Faculté  (s’il y a lieu) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Décideurs et décideuses / gestionnaires** | | | | | |
| Nom, Prénom | Titre d’emploi / Fonction | Université / Organisation | Département / Faculté  (s’il y a lieu) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usagers** | | | | |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (s’il y a lieu) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Collaborateurs et/ou collaboratrices de l’extérieur du Québec** | | | | |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (s’il y a lieu) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SECTION C – Description du projet** |

|  |
| --- |
| **Résumé scientifique du projet** |
| **Alignement des objectifs du projet avec les priorités du concours *(Maximum 1 page)*** |
| Résumez le projet en situant sa pertinence dans la perspective d'amélioration de l’offre de services de santé et de services sociaux destinée aux jeunes de 12 à 25 ans. Donnez également un aperçu des aspects méthodologiques du projet et soulignez les retombées potentielles de celui-ci. |

|  |
| --- |
| **Bref résumé du projet destiné au grand public** *(Maximum 1/2 page)* |
| Résumez le projet de recherche en des termes aussi peu techniques que possible et en évitant les abréviations. Soulignez les retombées du projet pour les populations concernées. Ce résumé pourra être utilisé pour promouvoir le projet auprès du grand public. |

|  |
| --- |
| **Projet** (*Maximum 10 pages*) |
| Décrivez le projet en précisant les objectifs, le cadre théorique, la stratégie d’implantation et de recherche, la démarche formelle d’évaluation et d’accompagnement de l’initiative proposée ainsi que les retombées et résultats escomptés. Expliquez dans quelle mesure le projet permettra de tirer des enseignements pour soutenir l’accroissement d’échelle.  Assurez-vous de faire une description détaillée de l’adaptation proposée de l’offre de soins et services intégrés, en vous référant aux différents items présentés dans les règles de programme (voir Évaluation – Demandes complètes – Attentes spécifiques liées à l'offre de soins et de services). Veuillez également décrire le plan d’aménagement prévu pour le lieu de dispensation des services. |
| **Contribution des membres de l’équipe de projet** (*Maximum 2 pages*) |
| Précisez la contribution spécifique de chacun des membres de l’équipe de projet et interdisciplinaire. Mettez en lumière la complémentarité des expertises. |

|  |
| --- |
| **Engagement des usagers dans la recherche** *(Maximum 2 pages)* |
| Décrivez le rôle des usagers dans la préparation de la demande, ainsi que dans la gouvernance et la mise en œuvre du projet. |

|  |
| --- |
| **Maillage et partenariats** *(Maximum 1 page)* |
| Faites état de la nature des partenariats et de leur importance. Décrivez les modalités assurant un maillage avec les partenaires et avec les membres de la communauté de recherche locale, nationale et/ou internationale ainsi qu’avec les décideurs et/ou les milieux de pratique. |

|  |
| --- |
| **Pérennisation** *(Maximum 1 page)* |
| Démontrez que le projet permettra, à moyen ou long terme, une implantation durable du RSIJ. |

|  |
| --- |
| **Échéancier** *(Maximum 1 page – peut être présenté sous la forme d’un tableau)* |
| Identifiez les étapes clés du projet et l’échéancier prévu pour chacune d’entre elles. |

|  |
| --- |
| **SECTION D – Budget** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coûts totaux estimés du projet** | **Année 1** | **Année 2** | **Année 3** | **TOTAL**  **des 3 années** |
| **Part « Soutien à la transformation et à la mise en œuvre du RSIJ et pérennisation »**  **(au moins 75% du montant global)** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **Part « Recherche »**  **(environ 25% du montant global)** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **BUDGET TOTAL DEMANDÉ PAR L’ÉQUIPE EN LIEN AVEC LE PROJET**  **(MAXIMUM DE 300 000 $ / ANNÉE)** | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frais reliés à l'aménagement, au réaménagement, à la location et à l'entretien de locaux, ainsi qu'aux frais payés par l'établissement d'accueil liés au nouveau lieu de dispensation des soins et services**  **(enveloppe octroyée directement par le MSSS, maximum 300 000 $ par projet).** | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES DÉTAILLÉES** | | | |
|  | **Année 1 ($)** | **Année 2 ($)** | **Année 3 ($)** |
| **RÉMUNÉRATION, SALAIRES ET AVANTAGES SOCIAUX** | | | |
| **Personnel de recherche, rémunération d’étudiants** |  |  |  |
| **Personnel administratif** |  |  |  |
| **Compensation du temps de médecin consacré à des activités professionnelles pour le projet et qui ne sont pas facturables à la RAMQ en vertu des ententes entre le MSSS et les fédérations médicales (FMOQ, FMSQ)** |  |  |  |
| **Autres personnes-ressources essentielles au projet incluant les coûts de libération pour participer aux activités de l’équipe, dans l'optique où la libération nécessite un remplacement** |  |  |  |
| **Compensation des usagers qui seront engagés dans le processus** |  |  |  |
| **FORMATION ET ÉDUCATION CONTINUE** | | | |
| **Coûts de formation et d'éducation continue en lien, notamment, avec la promotion du travail d'équipe interdisciplinaire et des pratiques visant l'autogestion** |  |  |  |
| **MATÉRIEL, FOURNITURES ET ÉQUIPEMENT** | | | |
| **Matériel et fournitures** |  |  |  |
| **Équipement** (achat, location, frais d’utilisation) |  |  |  |
| **FRAIS DE DÉPLACEMENTS, SÉJOUR ET CONFÉRENCES** | | | |
| **Frais de déplacements et de séjour** **des coresponsables et autres membres de l’équipe** |  |  |  |
| **Travail sur le terrain, collaborations/consultations, frais de transport de matériel et d’équipements** |  |  |  |
| **Conférences et autres rencontres, scientifiques ou non** |  |  |  |
| **Frais de diffusion, de reproduction, d’édition, de reprographie et de traduction** (coûts de publication, autres activités) |  |  |  |
| **FOURNITURES INFORMATIQUES, FRAIS DE TÉLÉCOMMUNICATION ET ACHAT DE BANQUES DE DONNÉES** | | | |
| **Fournitures informatiques** (incluant l’achat de banques de données) |  |  |  |
| **SERVICES** | | | |
| **Services** (Sous-traitance lorsque les services et l’expertise ne sont pas disponibles) |  |  |  |
| **LIEU DE DISPENSATION DES SOINS ET SERVICES RSIJ** | | | |
| **Frais de location** |  |  |  |
| **Aménagement d’espace (rénovations, mobilier)** |  |  |  |
| **Entretien et charges d’exploitation** |  |  |  |
| **AUTRES** | | |  |
| **Autres**: Précisez |  |  |  |
| **GRAND TOTAL** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Justification du budget** *(Maximum 1 page)* |
| Justifiez brièvement les divers postes de dépenses de votre budget. Indiquez comment le financement demandé sera utilisé par l'équipe. |

|  |
| --- |
| **ENGAGEMENT** |
| **En transmettant la demande, les personnes impliquées dans le projet s'engagent, entre autres, à :**   1. respecter les obligations décrites aux [Règles générales communes](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/500154/RGC_2018-2019.pdf/7b9eedb2-ebcf-40dd-a7c0-0dcc994e0e81) des trois Fonds, la [Politique du libre accès aux résultats de recherche publiés](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/539200/FRQS_Politique_libre_acces_resultats_recherche.pdf/4d05e017-ecd9-4bca-b37a-55c2b822e160) et l'ensemble des conditions et des exigences décrites dans le formulaire électronique ainsi que dans les règles du programme. 2. se conformer aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie du Québec (section XII, articles 95 à 104) concernant l'octroi des bourses de recherche. En particulier, toute personne doit s'engager à respecter les dispositions de cette loi concernant l'octroi des bourses de recherche (article 96) : « *Nul n'a droit à une bourse de recherche, si, de l'avis du Fonds de recherche du Québec - Santé, institué par la* **Loi sur le ministère du Développement économique, de l'innovation et de l'Exportation (chapitre M 30.01)** :    * il n'est pas domicilié au Québec;    * il n'a pas une connaissance d'usage de la langue officielle du Québec;    * il ne poursuit pas, pour un organisme universitaire ou pour un établissement, des travaux de recherche portant sur une science de la santé » 3. respecter les normes d'éthique et d'intégrité définies dans le document [Standards en éthique de la recherche et d'intégrité scientifique du FRQS](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186005/Standards_FRSQ_%C3%A9thique_recherche_humain_2009.pdf/cbeae223-69f0-4438-b8f2-7c8836564ef7) et dans la [Politique sur la conduite responsable en recherche](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186005/Politique+sur+la+CRR_FRQ_2014.pdf/4e383bf5-95f6-45c2-be65-08879f8788a1) des Fonds de recherche du Québec 4. assumer les responsabilités des chercheurs définies par le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie dans son Plan d'action - [Gestion de la propriété intellectuelle dans les universités et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux où se déroulent des activités de recherche](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186007/Plan_action_gestion_PI_2002.pdf/c145c16f-813e-4aa1-8ec5-821597944901) 5. autoriser le FRQS à conserver et à utiliser tous les renseignements personnels et scientifiques contenus dans son dossier conformément aux modalités décrites dans le document [Énoncé relatif à la protection des renseignements personnels et confidentiels des dossiers des candidats, candidates et titulaires d'un octroi](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/3101652/enonce_confidentialite.pdf/22d2638a-331a-4532-a99c-319d01e1f661) et sous la condition que les personnes ayant accès à des renseignements personnels en respectent le caractère confidentiel |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNATURES** | |
| Je, soussigné, PDG du CISSS ou CIUSSS, déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets, et accepte les modalités d’engagement décrites précédemment. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Gestionnaire responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets, et accepte les modalités d’engagement décrites précédemment. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets, et accepte les modalités d’engagement décrites précédemment. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| **S’il y a lieu seulement** - Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Autre coresponsable », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets, et accepte les modalités d’engagement décrites précédemment. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |