|  |  |
| --- | --- |
| **« Programme ciblé d'octroi de subventions du MSSS en partenariat avec l'Unité de soutien SRAP du Québec et le FRQS : La recherche axée sur le patient en appui aux transformations cliniques et organisationnelles en soins et services de proximité intégrés »** | **FORMULAIRE DE DEMANDE COMPLÈTE**Date limite de dépôt : **18 décembre 2018, 16h30** |

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

|  |
| --- |
| **Nature du projet** |
| Projet soutenant une pratique clinique ou organisationnelle porteuse[ ]  | Projet d’accroissement d’échelle de pratiques démontrées efficaces[ ]  |

|  |
| --- |
| **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 lettre d’intention et au(x) GMF-partenaire(s)** |
| Nom du CISSS ou CIUSSS :        |
| Nom et prénom du ou de la PDG du CISSS ou CIUSSS :       |
| Nom du ou des GMF-partenaire(s) :  GMF-partenaire 1 :       GMF-partenaire 2 :       GMF-partenaire 3 :       |
| Nom et prénom du ou de la médecin-responsable du ou de chaque GMF-partenaire : GMF-partenaire 1 :       GMF-partenaire 2 :       GMF-partenaire 3 :       |
| Direction(s) responsable(s) de programmes-services du CISSS ou CIUSSS impliquées dans le projet :       |
| Votre CISSS ou CIUSSS soumet-il plus d’un projet dans le cadre de ce programme? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, combien?       |
| Le projet proposé implique-t-il d'autres partenaires du Réseau territorial de santé et services sociaux (RTS) que ceux figurant dans les règles du programme? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, lesquels?       |
| Le projet proposé est-il interrégional, c’est-à-dire réalisé dans plus d’une région sociosanitaire à la fois? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, quelles sont les régions concernées?       |
| Le projet proposé implique-t-il un partenariat entre plusieurs CISSS ou CIUSSS? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, quels sont les CISSS ou CIUSSS concernés?       |

|  |
| --- |
| **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 (si applicable)        |
| Adresse :       |
| Ville :        | Code Postal :       |
| Courriel :       | Téléphone :       |

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

|  |
| --- |
| **Identification des coresponsables**  |
| **Médecin de famille ou autre professionnel ou professionnelle de la santé et des services sociaux pratiquant en services de proximité ou responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS** |
| Nom :       | Prénom :       | NIP FRQS :      (si applicable)  |
| 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 :      (si applicable)  |
| Titre / Fonction :       |
| Université |       |
| Département / Faculté |       |
| Adresse |       |
| Ville |       |
| Code Postal |       |
| Téléphone |       |
| Courriel |       |
| **Autre coresponsable (si applicable)** |
| Nom :       | Prénom :       | NIP FRQS :      (si applicable)  |
| Titre / Fonction :       |
| Établissement / Université / Organisation |       |
| Département / Faculté (si applicable) |       |
| 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(si applicable) | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | 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 (si applicable) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Décideurs et décideuses / gestionnaires** |
| Nom, Prénom | Titre d’emploi / Fonction | Université / Organisation | Département / Faculté(si applicable) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Usagers** |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Collaborateurs et/ou collaboratrices (peuvent être de l’extérieur du Québec)** |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

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

|  |
| --- |
| **Résumé scientifique du projet**  |
| Résumez le projet en situant sa pertinence dans une perspective de transformations cliniques et organisationnelles visant les soins et les services de proximité intégrés et permettant d’en améliorer l’accès. Donnez également un aperçu des aspects méthodologiques du projet et soulignez les retombées potentielles de celui-ci. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **Bref résumé du projet destiné au grand public** *(Maximum 1/2 page)* |
| Résumez le projet en des termes aussi peu techniques que possible et en évitant les abréviations. Démontrez les retombées de celui-ci pour les populations concernées. Ce résumé pourra être utilisé pour promouvoir le projet auprès du grand public. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **Projet** (*Maximum 10 pages*) |
| Décrivez le projet en précisant les objectifs, le cadre théorique, la stratégie d’implantation, de recherche et de pérennisation, l’utilisation des données cliniques et administratives, le processus d’évaluation et d’accompagnement ainsi que les retombées et résultats escomptés. Expliquez en quoi et dans quelle mesure le projet permettra de tirer des enseignements pour soutenir l’accroissement d’échelle et s’inscrit dans une perspective d’amélioration continue de la qualité des services dans une vision intégrée ou de la structure organisationnelle qui repose sur une ou des pratiques réflexives. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |
| **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 dans une vision intégrée santé et social. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **Engagement des usagers dans le projet** *(Maximum 2 pages)* |
| Décrivez le rôle des usagers dans la conception du projet et la préparation de la demande, ainsi que dans la gouvernance et la mise en œuvre du projet. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **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 leurs contributions 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 impliqués, notamment avec le ou les GMF ou les établissements ayant une désignation universitaire dans ce domaine d’expertise. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **Pérennisation** *(Maximum 1 page)* |
| Démontrez que le projet permettra, à moyen ou long terme, une implantation durable de pratiques interprofessionnelles intégrées visant les services de proximité à l’intérieur du continuum de soins et de services sociaux et permettant d’en améliorer l’accès. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **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. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coûts totaux estimés du projet** | **Année 1** | **Année 2** | **TOTAL****des 2 années** |
| **Part « Soutien à la transformation des pratiques 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)**  | **$** | **$** | **$**  |

|  |
| --- |
| **DÉPENSES DÉTAILLÉES** |
|  | **Année 1 ($)** | **Année 2 ($)** |
| **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)  |       |       |
| **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. *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple)*      |

|  |
| --- |
| **Bibliographie** *(Maximum 3 pages)* |
| *(Calibri, taille 10 pt, intervalle simple – style bibliographique au choix)*      |

|  |
| --- |
| **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%2Bsur%2Bla%2BCRR_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/10191/539200/%C3%89nonc%C3%A9%20relatif%2B%C3%A0%20la%2Bprotection%2Bdes%2Brenseignements%2Bpersonnels%2Bet%2Bconfidentiels%2Bdes%2Bdossiers%2Bdes%2Bcandidats%2C%20candidates%2Bet%2Btitulaires%2Bd%E2%80%99un%2Boctroi/be80d388-9c13-4ba1-b32f-1ede66498b12) 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 « Médecin de famille ou autre professionnel ou professionnelle de la santé et des services sociaux pratiquant en services de proximité ou 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) |
| **Si applicable 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) |