Appel à projets

**« Vers un hôpital Alzheimer *Friendly* »**

**Dossier de candidature**

La crise de l’hôpital, présente dans toutes les têtes, ne doit pas faire oublier les initiatives menées par les équipes sur le terrain. Parce qu’un séjour à l’hôpital peut aggraver la perte d’autonomie et majorer les troubles d’une personne vivant avec la maladie d’Alzheimer, des initiatives se développent pour rendre l’hôpital « Alzheimer *Friendly* », avec des actions favorisant l’accueil et la prise en soin des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer.

La transition démographique mène à l’accueil de plus en plus fréquent de personnes âgées, notamment les plus fragiles d’entre elles vivant avec des troubles cognitifs.

Pour donner aux équipes les moyens de s’emparer ou d’aller plus loin dans cette démarche, la Fondation Médéric Alzheimer, en partenariat avec la Fédération hospitalière de France (FHF) et la FEHAP, renouvèlent l’appel à projets « Vers un hôpital Alzheimer *Friendly* », avec une dotation de 50 000 euros.

**Les projets présentés doivent avoir pour objectif principal d’améliorer l’accueil et la qualité de vie des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer.**

**Date limite de candidature : 15 août 2024, 23h59.**

**Pour soumettre votre candidature, deux possibilités s’offrent à vous :**

* Nous renvoyer le dossier par mail à l’adresse : [alzheimerfriendly@med-alz.org](mailto:alzheimerfriendly@med-alz.org)
* Nous le renvoyer par courrier à l’adresse :

Fondation Médéric Alzheimer – 5, rue des Reculettes – 75013 Paris.

À la réception de votre dossier, vous recevrez un accusé de réception.

Pour toute question, n’hésitez pas à prendre contact avec Viviane Montagne, chargée de mission à la Fondation Médéric Alzheimer : [alzheimerfriendly@med-alz.org](mailto:alzheimerfriendly@med-alz.org).

Critères d’éligibilité

* L’action doit être porté par une **structure sanitaire** (CH, CHU/R, hôpitaux de proximité, CHS, SSR, hôpitaux de jour…) **publique ou privée non lucrative** ou à gestion désintéressée, accueillant des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer :
  + Services d’urgences et hospitalisation (cardiologie, neurologie, orthopédie…)
  + Hôpitaux de jour dans les établissements de court séjour (MCO)
  + Services administratifs
  + Services de soins de suite et de réadaptation
  + Établissements de santé mentale
  + Services de consultations externes
* Présenter une (ou plusieurs) action(s) destinée(s) à améliorer l’accueil et la prise en soins des personnes ayant des troubles cognitifs liés au vieillissement.

Critères d’exclusion

* Les structures d’hébergement et de soins spécialisées dans l’accueil de personnes souffrant de troubles cognitifs

Ces structures peuvent en revanche être bénéficiaires et/ou partenaire de l’action proposée.

* Les structures privées lucratives

Ne sont pas éligibles à cet appel à projets.

Parmi les critères de sélection

* Le projet doit avoir comme objectif principal d’améliorer l’accueil de la personne vivant avec la maladie d’Alzheimer.
* La faisabilité et l’adaptation du projet au public visé.
* La participation des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer et de leurs proches aux différentes phases de réalisation de l’action présentée (conception, mise en œuvre, évaluation).
* Le rôle et la place des aidants
* La diversité et la complémentarité des professionnels associés dans l’action (équipe médicale, équipe administrative, intervenants sociaux et médico-sociaux, équipes mobiles, personnel des urgences...).
* L’impact positif sur le travail des soignants.
* Les perspectives de pérennisation du projet.
* Le potentiel de reproductibilité du projet.

**La structure porteuse du projet**

Nom de l’organisme :

Sigle :

Adresse postale :

Type de structure :

**Porteur du projet :**

Nom/prénom :

Fonction :

Mail :

Téléphone :

**Le projet**

Titre du projet :

Décrivez votre projet, en détaillant notamment les points suivants :

* Le contexte du projet
* La date de démarrage et la durée du projet
* Les objectifs
* La population concernée
* Le cas échéant, les actions déjà réalisées et le nombre de personnes bénéficiaires
* La description des modalités de mise en œuvre : moyens humains et matériel, activités, fréquence…

Quels services de l’hôpital sont concernés par cette action ?

Quels sont les résultats attendus ?

En quoi le projet est-il « Alzheimer *Friendly* » ?

**Évaluation et développement**

Si l’action est déjà mise en place :

Avez-vous des pistes de développement de l’action ?

Quels critères, indicateurs et/ou outils allez-vous mettre en place pour évaluer votre projet et mesurer l’atteinte des objectifs ?

**Budget de l’action**

Principaux postes budgétaires et montants.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DÉPENSES | | RECETTES | | |
| Affectation | Montant | Source et durée du financement | Affectation | Montant |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Total : |  | **Total :** |  |  |

Le projet bénéficie-t-il d’autres sources de financement ?

Si oui, lesquelles ?

Nous vous encourageons à enrichir votre présentation par des exemples, des témoignages, des photos afin d’illustrer votre dossier de candidature, ou tout autre document pertinent.

**Pièces complémentaires à fournir obligatoirement :**

* Attestation d’engagement à se rendre disponible pour la remise du prix (exemple en annexe) et pour toute autre action en lien avec cette distinction.
* Avis du chef de pôle/de service (exemple en annexe).

**ATTESTATION DE DISPONIBILITÉ POUR LA REMISE DU PRIX**

Le lauréat de l’appel à projet sera annoncé officiellement à l’occasion de la Semaine Bleue, soit la première semaine d’octobre 2024. La forme de la remise du prix est encore à définir, mais la Fondation et les partenaires pourraient être amenés à se rendre au sein de votre établissement pour vous remettre le prix.

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………..

représentant ……………………………………………………………………………………………………...

m’engage, le cas échéant, à me rendre disponible pour la remise de mon prix.

Fait à : Le : …………………………………………

**AVIS DU CHEF DE SERVICE**

**Coordonnées du chef de service**

Nom, prénom :

Fonction :

Structure :

**Avis sur la candidature à l’appel à projets « Vers un hôpital Alzheimer *Friendly* »**

Fait à :

Le :

**Signature**