

Dossier de candidature

Prix FHF / FMA – édition 2023

**« Vers un hôpital Alzheimer Friendly »**

Critères d’éligibilité :

* L‘action doit être menée par une structure hospitalière (CH, CHU/R, hôpitaux de proximité, CHS, SSR, hôpitaux de jour…)
* Les structures d’hébergement pour personnes âgées (EHPAD, UCC...) ne sont pas éligibles.
* Présenter une (ou plusieurs) action(s) destinée(s) à améliorer la prise en soins et l’accueil des personnes ayant des troubles cognitifs liés au vieillissement ;
* L’action doit être mise en place depuis 2021et peut être renouvelée ;
* Avoir un volet d’amélioration et de développement détaillé et chiffré de l’initiative présentée (indicateurs).

Parmi les critères de sélection :

* Qualité de l’action présentée et résultats obtenus ;
* Originalité, faisabilité et adaptation de l’action au public visé ;
* Participation des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer et de leurs proches aux différentes phases de réalisation de l’action présentée (conception même de l’initiative, mise en œuvre, évaluation) ;
* Diversité et complémentarité des professionnels associés dans l’action (équipe médicale, équipe administrative, intervenants sociaux et médico-sociaux, etc.) ;
* Perspectives de pérennisation de l’action présentée ;
* Potentiel de reproductibilité de l’action mise en œuvre.

Titre de l’action : ……………………………………………………………………………………...

Date de démarrage de l’action : ………………………………………………………………….

Nombre de personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer ayant bénéficié de cette action depuis sa mise en place : …………………………………………………………………..

1. **Identité de la structure porteuse de l’action :**

Nom de l’organisme :

Sigle :

Adresse postale :

Type de structure :

**Porteur du projet :**

Civilité :

Nom/prénom :

Fonction :

Mail :

Téléphone :

1. **Description de l’action réalisée** *(2 pages maximum)*

Objectifs, activités, fréquence, moyens humains et matériels, association des personnes malades et de leurs proches aidants, etc.

1. **Premiers résultats et effets observés :**

3 résultats principaux. Exemples : absence de majoration des troubles, diminution de la durée d’hospitalisation, taux de réhospitalisation, taux de guérison, retour au domicile, satisfaction de la personne malade et/ou du proche aidant, etc.

1. **Premiers enseignements :**

Freins, leviers, facteurs de réussite.

1. **Budget de l’action :**

Principaux postes budgétaires et montants.

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

**Comment a été financé le projet ?**

1. **Volet développement et amélioration de l’action :** *(1 page maximum)*

Objectifs de développement, types d’actions, budget prévisionnel.

En cas d’obtention du prix, merci de préciser la manière dont celui-ci sera utilisé pour améliorer et développer l’action existante.



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

**Pièces complémentaires à fournir :**

Indispensables :

* Courrier de soutien du chef de pôle/de service (exemple en annexe).
* Documents attestant que votre action est effective et telle que vous l’avez décrite : comptes-rendus de réunions ou d’instances de l’établissement validant le projet, lettres de partenaires extérieurs, photos, etc.
* 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.

Dossier à renvoyer avant le 16 avril 2023, 23 h 59 UTC+2,

* Par mail à l’adresse : **prixFMA-FHF@med-alz.org**
* Par courrier à l’adresse : 5, rue des Reculettes – 75013 Paris

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

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

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

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

Fait à : Le : …………………………………………

**COURRIER DE SOUTIEN DU CHEF DE SERVICE**

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

chef de service à ………………………………………………………………………………………………..

soutient et certifie que l’action ……………………………………………......................................................................................................

est mise en œuvre dans mon service/ma structure depuis le …………………………………………...

Fait à : Le : …………………………………………