

## **Dossier soumission**

### **Appel à projets 2024**

#### **« Appel à projet pour la promotion de projets d'Éducation Thérapeutique dans les maladies neurodégénératives »**

**Soumission des projets :  
Au plus tard le 2 août 2024**

Le dépôt des demandes se fera en un seul temps par courriel à

[contact@fondationclementfayat.com](mailto:contact@fondationclementfayat.com)

[julie.erraud@chu-bordeaux.fr](mailto:julie.erraud@chu-bordeaux.fr)

Il est recommandé aux candidat·e·s de lire attentivement le présent document avant de soumettre leur projet.

## 1. IDENTIFICATION DU PROJET

**Titre du projet :**

**Acronyme :**

**Mots-clés (5 maxi) :**

**Budget demandé :**

**Durée (mois) :**

**Etablissement promoteur/gestionnaire envisagé :**

<b>2. DESCRIPTION ADMINISTRATIVE</b>
--------------------------------------

**ÉQUIPE N°1 : PORTEUR DU PROJET**

**2.1 Porteur du projet**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Grade / Statut \* :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

*\*(ex : PU, PU-PH, PH, MCU-PH, Infirmière, Neuropsychologue, Technicien, Ingénieur, ...)*

**Joindre un CV (1 Page)**

**2.2. Etablissement ...**

**Intitulé de l'établissement :**

**Intitulé du service (le cas échéant) :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**NOM, prénom du responsable de service :**

**2.3. Bref CV du porteur de projet (1 page)**

## ÉQUIPE N°2 : ÉQUIPE PARTENAIRE DU PROJET (LE CAS ÉCHÉANT)

### 2.1 Responsable scientifique

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Grade / Statut \* :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

*\*(ex : PU, PU-PH, PH, MCU-PH, Professions paramédicales, Neuropsychologue, Technicien, Ingénieur, ...)*

### 2.2. Département, Laboratoire, Etablissement ...

**Intitulé de l'établissement :**

**Intitulé du service (le cas échéant) :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**NOM, prénom du responsable de service :**

### 3. RÉSUMÉ

#### 3.1. Résumé (maximum 350 mots)

## 4. DOSSIER SCIENTIFIQUE

### 4.1. Description du projet (5 pages max)

- a) **Présentation de la maladie - Contexte et Rationnel**
- b) **Description des objectifs du projet et des objectifs pédagogiques**
- c) **Public cible (identification du public, critère d'inclusion, stade de la pathologie...)**
- d) **Présentation de.s équipe.s conceptrice.s et dispensatrice.s (composition, qualification, ...)**
- e) **Plan de formation des professionnels à l'ETP**
- f) **Méthodologie et Plan de travail**
- g) **Faisabilité (modalités de réalisation, qualité de l'implication des différents professionnel, pertinence des ressources mobilisées, file active de patients sur l'année, calendrier prévisionnel, adéquation des compétences de l'équipe et des intervenants, ...)**
- h) **Les processus, modalités, outils, critères et les indicateurs d'évaluation du projet**
- i) **La description des modalités d'information des médecins et professionnels du territoire de vie des patients, sur les ressources d'ETP mises en place**
- j) **Originalité et caractère innovant (méthode, outils, territoire, thématique...)**
- k) **Planning prévisionnel**
- l) **Bénéfices pour le patient et son entourage**
- m) **Références bibliographiques (max 10)**

### 4.2. Stratégie de valorisation et mode de protection et d'exploitation des résultats (250 mots)

## 5. FORMULAIRE BUDGET DEMANDÉ

**5.1. Durée du projet en mois** (24 mois maxi) :

**5.2. Répartition du budget :**

Précision	Budget	Objet du financement
Salaires (personnel non permanent seulement) (détailler les postes)	--	--
Equipement (préciser)	--	--
Fonctionnement (préciser)	--	--
Frais de mission	--	--
---	--	--
---	--	--
Autre (préciser)	--	--
Budget Total	0 €	

**5.3. Autres financements demandés ou obtenus pour ce projet : OUI / NON**

Si oui, préciser l'origine et le montant.

Origine	Montant TTC	demandé ou obtenu ?

## 6. ENGAGEMENTS

### **Je m'engage :**

- 1) A respecter le cahier des charges du présent appel à projets,
- 2) A avoir obtenu l'autorisation du responsable de la structure d'accueil du projet (directeur de laboratoire, chef de service, président d'association, ...),
- 3) A mentionner le soutien de la Fondation Clément Fayat dans les publications afférentes au projet,
- 4) A remettre un rapport sur le travail effectué au plus tard 90 jours après la fin du projet,
- 5) A remettre un rapport financier détaillé des dépenses justifiant l'utilisation du financement dans les 90 jours après la fin du projet.

**Signature du porteur de projet :**

**Signature du responsable de la structure  
d'accueil :**

(Directeur d'établissement, Chef de service,  
président de l'association, ...)

**Date :**

**Nom, Prénom :**

**Date :**

**Nom, Prénom :**