



## Modalités

- ◆ Le dossier doit comporter ce formulaire, complété et signé par le médecin responsable du projet et par le directeur, un descriptif complémentaire sur papier libre détaillant les caractéristiques précisées en page 2, le plan des locaux destinés au projet et le calendrier prévisionnel des travaux. **Il doit nous être retourné en un exemplaire avant le 21 janvier 2019. Les dossiers non conformes ne seront pas examinés.**
- ◆ En règle générale, la Fondation accorde une subvention ne dépassant pas 50 % du coût total du projet. Un examen complémentaire pourra être requis.
- ◆ Après examen des dossiers par deux évaluateurs et une éventuelle visite sur le site, la sélection des projets sera faite par le Comité d'Orientation de la Fondation composé de médecins chefs de service, de directeurs d'hôpital et de cadres de santé, selon les critères suivants :
  - 1) l'adéquation du projet à l'activité et aux besoins,
  - 2) la structuration d'une offre alliant des missions d'accueil, de prise en charge médicale, de suivi et de prévention voire d'enseignement et de recherche,
  - 3) la cohérence de la demande avec le projet d'établissement,
  - 4) l'accord de l'A.R.S,
  - 5) les services cliniques et les associations concernés et engagés,
  - 6) l'adéquation du budget et des moyens humains avec l'importance du projet,
  - 7) les délais de réalisation,
  - 8) le cofinancement par l'établissement et éventuellement par d'autres partenaires financiers.
- ◆ La sélection effectuée par le Comité d'Orientation sera validée par le Conseil d'Administration qui se prononce sans appel. Vous serez informé(s) de sa décision en juin 2019.

### Si votre projet est retenu :

1. Une convention référencée sera adressée en deux exemplaires au directeur de votre établissement. L'une d'entre elles, signée, devra nous être retournée dès réception.
2. Le projet devra être réalisé dans le délai indiqué sur la convention. Pour les projets d'envergure, la Fondation intégrera le Comité de Pilotage s'il y a lieu.
3. La subvention versée par la Fondation parviendra à l'hôpital sur présentation :
  - de la fiche financière remplie,
  - des documents comptables pour la totalité de la réalisation,
  - de l'attestation de conformité signée du directeur de l'établissement, certifiant que la réalisation est conforme au dossier accepté par le Comité d'Orientation.

Ces documents devront nous parvenir dès la fin de la réalisation du projet. Exceptionnellement, la subvention pourra être versée à une association sur demande écrite du directeur.

**Tous les projets soutenus par la Fondation sont consultables sur le site [www.fondationhopitaux.fr](http://www.fondationhopitaux.fr).  
Ce document est téléchargeable sur le site [www.fondationhopitaux.fr](http://www.fondationhopitaux.fr).**

### DIRECTION DES PROJETS Programme Adolescents 2019

FONDATION HÔPITAUX DE PARIS-HÔPITAUX DE FRANCE  
13, rue Scipion - 75005 PARIS

*Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :*

*Jean-Luc LEPAN – Responsable des Projets,  
Chargé des Relations avec les Hôpitaux*

*Marie-Pierre DENIS-GUELFI - Chargée de mission à la  
Direction des Projets*

*Christelle MANZANO - Assistante à la Direction des Projets*

*Tél : 01 40 27 45 90 – Fax : 01 40 27 19 23*

*E-mail : [christelle.manzano@fondationhopitaux.fr](mailto:christelle.manzano@fondationhopitaux.fr)*



FONDATION  
Hôpitaux de Paris  
Hôpitaux de France  
Reconnue d'utilité publique



## PROGRAMME ADOLESCENTS 2019

# DEMANDE DE SUBVENTION

DOSSIER À RETOURNER  
À LA FONDATION AVANT  
LE 21 JANVIER 2019

Établissement : .....

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Directeur : M.  Mme  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Médecin responsable du projet :

M.  Mme  Dr  Pr  .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de la direction :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Responsable du projet auprès de l'équipe soignante :

M.  Mme  .....

Fonction : .....

E-mail : ..... Tél : .....

Date, signature et cachet  
du médecin chef de service

Date, signature et cachet  
du directeur d'établissement



## Programme Adolescents

Dès ses débuts, la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France a soutenu des lieux spécifiques d'activités pour les adolescents au sein de l'hôpital, les Espaces Plein Ciel. Puis, en 1998, dans le cadre d'un programme national avec le Ministère de la Santé, elle a encouragé et accompagné **la création ou l'aménagement de structures pour adolescents**, destinées aux jeunes présentant des troubles du comportement : tentatives de suicide, conduites à risques, échec scolaire...

### ◆ Les caractéristiques essentielles de ces structures sont les suivantes :

- Elles offrent une prise en charge globale et pluridisciplinaire ;
- Elles ont des missions d'accueil, de prévention, d'enseignement et de recherche ;
- Elles sont ouvertes sur la ville ;
- Elles s'appuient sur les réseaux des médecins de ville et autres intervenants (services judiciaires, services sociaux, médecine scolaire...).

### ◆ Des antennes mobiles peuvent également être créées. Elles constituent alors un outil alternatif ou complémentaire facilitant les orientations vers des structures d'aide et de soins adaptés :

- Elles dépendent d'une Maison des Adolescents ;
- Elles sont constituées d'équipes d'écoute et de soutien ;
- Elles interviennent soit dans un espace dédié neutre (local de la Maison du département, de la Mairie...) soit dans un véhicule de type monospace aménagé, afin de garantir la discrétion.

### ◆ Exemples de réalisations :

- La Maison des Adolescents du Havre, la première du Programme Adolescents de la Fondation,
- La Maison de Solenn AP-HP, projet-phare,
- La Casita à Bobigny,
- L'antenne mobile de Tulle, Brive et Ussel.



## Résumé du projet médical

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Pour l'évaluation, merci de préciser le nombre de lits de l'établissement de rattachement.*



## Financement

**Coût global du projet :** ..... Euros

**Participation financière de l'établissement :** ..... Euros

**Participation financière de l'A.R.S :** ..... Euros

**Montant de la subvention demandée à la Fondation :** ..... Euros

Autres cofinancements	Montants
.....	..... Euros
.....	..... Euros
.....	..... Euros
.....	..... Euros