



Demande de soutien financier pour un projet d'art-thérapie

Nom du programme**Département impliqué****Medecin/chef-fe de filière responsable**

Nom, prénom

Email

Téléphone

Art-thérapeute :

Nom, prénom

Email

Téléphone

Pourcentage de travail

Autres personnes de contact :

Nom, prénom

Email

Téléphone

Personne de contact principal :**1. Qui sont les bénéficiaires du programme (âge, pathologies, parcours médical) – ½ page à 1 page****2. Estimation du nombre de patient·e·s par année et temps de séjour moyen****3. Décrivez le constat de base/la problématique – Pourquoi l'art- thérapie est pertinente dans ce département/pour ces pathologies/ pour cette tranche d'âge... env 300 mots****4. Description du programme (déroulement des séances, thématiques abordées, séances en groupe ou en individuelle, démarche thérapeutique env 300 mots**



5. Quel est l'impact de l'art-thérapie pour le traitement de ces pathologies (étayer avec de la littérature scientifique si possible) env 300

6. Perspective du programme sur le long terme et scalabilité (voyez-vous par exemple la possibilité d'étendre le/les programmes à d'autres départements, ou d'augmenter le pourcentage d'emploi)

7. Indiquez les éventuels autres programmes soutenus par la fondation dans cet hôpital ainsi que le coût total

Budget du projet:

THÉRAPEUTES	
Taux de travail en %	
Catégorie de salaire/classe barème	
Salaire annuel brut, charges incl. (coût effectif pour l'hôpital)	
MATÉRIEL/AUTRES DÉPENSES	
Matériel utilisé	
Coût annuel pour le matériel (estimation)	
Autres dépenses (coût annuel, estimation)	
COÛTS/FINANCEMENT	
Contribution demandé à la Fondation ART-THERAPIE	
Autres revenus/donateurs (privés ou institutionnels)	
Participation de l'hôpital aux frais de salaires et matériaux	
Prestations propres de l'hôpital (estimation)	
Frais généraux/indirects: utilisation de l'infrastructure, des locaux, gestion du personnel (estimation en % des salaires ou en CHF)	

Fondation ART-THERAPIE 2025