**2023**

**FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Partie I** **2**

Fiche d’identité du projet 2

Partenaires impliqués 3

**Partie II** **4**

Description du projet 4

Objectifs 5

Populations cibles 6

Modalités de réalisation du projet 7

Calendrier et étapes clés du projet 10

Evaluation du projet 11

Budget prévisionnel et financement 12

**Engagements et signature** **13**

**Fiche d’identité du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé du projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure porteuse de l’action et bénéficiaire de l’action** | |
| Nom de la structure |  |
| Adresse postale |  |
| N° SIRET |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinateur du projet** | |
| Nom, prénom |  |
| N° de téléphone |  |
| Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant de la subvention demandée** | |
| 1ère année |  |
| Sur la totalité du projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Axes du cahier des charges** (plusieurs choix possibles) | |
|  | Protéger les jeunes et prévenir l’entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance |
|  | Aider les fumeurs à s’arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance |
|  | Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’action** | |
|  | Nouvelle action ou programme d’actions |
|  | Amplification d’un programme d’actions ou d’une action existante |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durée prévue du projet** | | |
| 1 an | 2 ans | 3 ans |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’action** | |
|  | Tabac |
|  | Alcool |
|  | Cannabis |
|  | Cocaïne |
|  | Opioïdes |
|  | Jeux de hasard et d’argent |
|  | Jeux vidéo |
|  | Ecrans |
|  | Tous produits (ou projet ne ciblant pas un produit en particulier) |
|  | Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s) impliqués dans la mise en œuvre du projet** | | | | | |
|  | **Nom et prénom**  **du partenaire** | **Tél.** | **Courriel** | **Nom de l’organisme** | **Fonction** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

**Description du projet**

|  |
| --- |
| **Analyse des besoins** (maximum ½ page) : ancrage territorial *(contribution à l’amélioration du maillage territorial)*, diagnostic local *(données, besoins de la communauté, etc.)* |
|  |

|  |
| --- |
| Décrire les études ou les dispositifs qui concluent à l’efficacité de ce type d’action (maximum ½ page) : études publiées, littérature grise, etc. |
|  |

**Objectifs**

|  |
| --- |
| **Objectif général du projet** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs spécifiques** : pour chaque objectif, décrire la ou les actions (= objectif opérationnel) pour y arriver | |
| Objectif spécifique n° 1 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 2 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 3 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 4 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 5 | Action(s) |
|  |  |

**Populations cibles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Caractéristiques sociales, nom, âge, sexe** | | **Cible quantitative envisagée** |
| **Actions auprès du public** | **Jeunes**  Si oui, précisez la tranche d’âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Si pertinent, précisez le niveau scolaire :  Primaire  Collège  Lycée général ou technologique  Lycée professionnel  CFA  Enseignement supérieur  Jeunes relevant de l’ASE  Jeunes relevant de la PJJ |  |
| **Femmes** |  |
| **Femmes enceintes** |  |
| **Personnes en situation de handicap**  Précisez : |  |
| **Personnes atteintes de maladies chroniques**  dont pathologie psychiatrique |  |
| **Publics socialement défavorisés**  Si oui, précisez  Personnes en recherche d’emploi  Personnes bénéficiaires au RSA/CMU-c/ACS  Personnes sans domicile fixe  Autre, détaillez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |
| **Actions auprès des professionnels accompagnant**  **ce public cible** | **Professionnels de santé** |  |
| **Professionnels de la petite enfance et de l’éducation** |  |
| **Etudiants des filières santé** |  |
| **Professionnels du champ social** |  |

**Modalités de réalisation du projet**

|  |
| --- |
| **Description détaillée de la gouvernance/pilotage du projet**, incluant les articulations régionales et nationales (maximum ½ page) |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens humains et/ou des structures sur lesquels s’appuie le projet**  (maximum ½ page) |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens matériels nécessaires pour le projet** (maximum ½ page) |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus et impact visé** (maximum 1 page) |
|  |

|  |
| --- |
| **Modalités de suivi de la réalisation du projet :** points d’information, rapports intermédiaires, bilans annuels, etc. (maximum ½ page) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valorisation et perspectives du projet** (maximum 1 page) | |
| **Après sa réalisation : quelle pérennisation, quelles perspectives pour le projet ?** |  |
| **En terme de communication**  (public, médias, etc.) |  |

**Calendrier et étapes clés du projet**

**Adéquation du calendrier proposé au regard des objectifs du projet**

Le projet est à construire **sur maximum 3 ans**.

Néanmoins il peut courir sur quatre années *(ex. : d’octobre 2023 à mars 2026)*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Début de l’action |  |  |
|  | ***mois*** | ***année*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes** | **Description** détaillée de la stratégie d’intervention (maximum 1 page) |
| 2023 |  |
| 2024 |  |
| 2025 |  |
| 2026 |  |

**Evaluation de l’action**

**Les modalités et moyens d’évaluation des projets doivent être décrits**

|  |
| --- |
| **Méthodes d’évaluation** : préciser les indicateurs de processus et de résultats, décrire la/les méthode(s) et les critères d’évaluation (maximum 1 page) |
|  |

**Livrables et outillage des professionnels**

|  |
| --- |
| **Est-il prévu dans ce projet de développer des livrables et des outils de soutien aux pratiques professionnelles ? Si oui, pouvez-vous SVP indiquer le(s) type(s) d’outil et le(s) présenter brièvement** |
|  |

**Budget prévisionnel et financement**

Précisez le budget demandé (maximum 1 page)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Répartition et détail du budget demandé**  **sur le Fonds de lutte contre les addictions pour la mise en œuvre du projet** | **Montant 2023** (précisez la période) | **Montant 2024** | **Montant 2025** | **Montant 2026**  (précisez la période) | **Montant total** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Moyens humains** (détaillez, nombre d’ETP, nombre de professionnels) |  |  |  |  |  |
| Prestataire externe (SVP, joindre le devis) |  |  |  |  |  |
| **Moyens matériels** (détaillez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Communication** (détaillez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Evaluation** (détaillez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total du budget demandé sur le Fonds** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Co-financements du projet**   * Autres financements (demandés, obtenus, prévus) * Préciser les montants et les noms des organismes financeurs * Pour les projets d’amplification d’une action existante, ou d’extension territoriale d’une expérimentation, préciser les financements actuels | | |
| **Nom de l’organisme** | **Montant demandé** | **Montant obtenu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Nom de l’organisme bénéficiaire de la subvention** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Référence bancaire** *(joindre un RIB)* | | | | | | | |
| Titulaire du compte |  | | | | | | |
| Banque |  | | | | | | |
| Domiciliation |  | | | | | | |
| N° IBAN |  |  |  |  |  |  |  |
| BIC |  | | | | | | |

Je soussigné(e), **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**

**Représentant légal**

**Personne dûment habilitée**

*(Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme, soit toute autre personne dûment habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal.*

*En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation)*

Conformément aux critères d’éligibilité du cahier des charges permettant le financement d’actions nationales portées par des acteurs de la société civile dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions, certifie que l’organisme **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** n’a aucun lien avec l’industrie du tabac et/ou les opérateurs d’offre d’alcool ou de cannabis.

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
|  |
| Signature ET cachet de l’organisme |