**2023**

**FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Lieu de santé sans tabac**

**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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) : *(spécialités de l’établissement – notamment activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », établissement autorisé en psychiatrie, établissement autorisé en cancérologie - , file active, articulation avec l’existant, 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) |
| Engagement politique et institutionnel |  |
| Objectif spécifique n° 2 | Action(s) |
| Application de la réglementation et aménagement des locaux |  |
| Objectif spécifique n° 3 | Action(s) |
| Formation des personnels à l’abord du fumeur |  |
| Objectif spécifique n° 4 | Action(s) |
| Définition des modalités et des protocoles de prise en charge et d’accompagnement des patients fumeurs |  |
| Objectif spécifique n° 5 | Action(s) |
| Définition des modalités et du protocole de prise en charge et d’accompagnement des personnels fumeurs |  |
| Objectif spécifique n°6 | Action(s) |
| Prévention primaire et sensibilisation en direction du public et des personnels |  |
| Objectif spécifique n° | Action(s) |
|  |  |

**Populations cibles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Caractéristiques des publics ciblés**  **NB : l’objectif final est de bien cibler l’ensemble des professionnels et les patients de l’établissement de santé** | | **Cible quantitative envisagée** |
| **Actions auprès du public** | **Femmes suivies dans le cadre de l'activité femme, mère, nouveau-né, enfant**  **Personnes suivies dans le cadre de l’activité cancérologie**  **Personnes suivies dans le cadre de l’activité de psychiatrie/santé mentale**  **Autres** (précisez) : |  |
| **Services de l’établissement impacté par le projet** (précisez) : |  |
| **Actions auprès des professionnels accompagnant**  **ce public cible** | **Personnels de l’établissement de santé**  Dont Professionnels de santé |  |
| **Etudiants des filières santé** |  |

**Modalités de réalisation du projet**

|  |
| --- |
| **Description détaillée de la gouvernance/pilotage du projet**, incluant les articulations régionales et nationales (maximum ½ page)  Ex : désignation d’un chef de projet, mise en place d’un COPIL, articulation avec les partenaires extérieurs, etc. |
|  |

|  |
| --- |
| **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)  L’objectif du financement du projet par l’AMI 2023 est la mise en place par l’établissement d’une démarche pérenne Lieu de santé sans tabac, au-delà de la durée de la subvention. Cette pérennisation est à envisager dès la conception du projet. | |
| **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)  Voir proposition d’indicateurs : https://srae.kromi.fr/wp-content/uploads/2021/06/D14\_Cadre-evaluatif-LSST\_Oct2020\_vz.pdf |
|  |

**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)  **0.2 à 0.3 ETP de**  **chargé de mission LSST** |  |  |  |  |  |
| 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 |