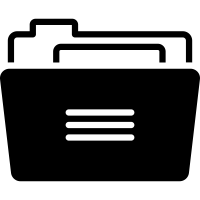
****

**ANNEXE 1 : DOSSIER DE CANDIDATURE**

**LIEU DE SANTE SANS TABAC**

**DOSSIER DE CANDIDATURE 2021**

**Appel à projets régional**

 **PARTIE 1 - FICHE IDENTITE DU PROJET**

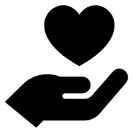
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre du projet [[1]](#footnote-1):** |  | |
| **Structure(s) porteuse(s) du projet** |  | |
| **Structure bénéficiaire de la subvention** (dans le cas où le projet est co-porté par plusieurs structures) |  | |
| **Coordinateur du projet** | NOM Prénom : ……………………………………………………………….  Fonction : ………………………………………………………………………  Adresse Mail : ……………………………………………………………….  Téléphone : ……………………………………………………………… | |
| **Montant de la subvention** | **Montant total** **de la subvention en 2021 demandée pour la totalité du projet** (même s’il se déroule sur plusieurs années) :  …………………………………………………………………………………… | |
| * **Montant année 1** (novembre 2021- novembre 2022) : ………………………………………………………………………….. * **Montant année 2** (novembre 2022- novembre 2023) : ………………………………………………………………………….. * **Montant année 3** (novembre 2023 - novembre 2024) :   …………………………………………………………………………. | |
| **Spécialité de l’établissement porteur le cas échéant (cocher)** | Activité « femme, mère, nouveau-né, enfant » | 🞏 |
| Traitement des patients atteints d’un cancer | 🞏 |
| Lieu de formation des étudiants en filière santé | 🞏 |
| Soins psychiatriques | 🞏 |
| Autre (préciser) : ………………………………………………………………………………… | |
| **Typologie de l’action (cocher)** | Nouvelle action | 🞏 |
| Amplification d’une mise en place de LSST engagée par l’établissement sans financements | 🞏 |
| Poursuite d’une action LSST financée par l’ARS depuis 2018, 2019 ou 2020 | 🞏 |
| **Durée prévue du projet (cocher)** | **Un an** (de novembre 2021 à novembre 2022) | 🞏 |
| **Deux ans** (de novembre 2021 à novembre 2023) | 🞏 |
| **Trois ans** (de novembre 2021 à novembre 2024) | 🞏 |

**PARTENAIRE(S) IMPLIQUE(S) DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisme** | **Nom du partenaire** | **Téléphone / Email** | **Fonction** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RESUME DU PROJET :**

|  |
| --- |
| **Résumé du projet** : besoins de santé identifiés au sein de l’établissement, actions déjà mises en œuvre, très brève présentation du projet et de ses objectifs résultats attendus, etc. …  (Maximum 2500 caractères espaces compris) |
|  |

 **PARTIE 2 – DESCRIPTION DU PROJET**

**JUSTIFICATION DU PROJET :**

|  |
| --- |
| **Décrire le contexte général**  (Besoins de santé identifiés au sein de l’établissement et auprès des patients, actions déjà mises en œuvre pour lutter contre le tabac, etc.)  (Maximum ½ page) |
|  |

**PERIMETRE DE DEPLOIEMENT DU LIEU DE SANTE SANS TABAC :**

|  |
| --- |
| **Public(s) bénéficiaire(s)**  Présentation des différents services concernés le cas échéant, et le public (personnel de l’établissement et/ou d’autres établissements, visiteurs, population externe à l’établissement, prestataires intervenant dans l’établissement, patients…)  (Maximum 2000 caractères espaces compris) |
|  |

**MODALITES DE REALISATION DU PROJET :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** | **Si action à déployer en cours de projet, mettre une croix (X) dans la case correspondant à la (ou les) période(s) de mise en œuvre de l’action** |
| **Assurer un portage par les instances de gouvernance du lieu de santé** | **Inscription de la lutte contre le tabagisme dans le projet d’établissement** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Adhésion au RESPADD** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Mise en place d’un comité de prévention du tabagisme,** ou autre groupe de travail institutionnel intégrant notamment des représentants des usagers, de la direction et des professionnels | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Élaboration d’une stratégie de communication sur LSST** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Autres actions envisagées** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Dénormaliser le tabac dans l’enceinte du lieu de santé** | **Application l’interdiction totale de fumer dans l’établissement** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Aménagement des locaux pour limiter le tabagisme actif et passif** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Amélioration de la signalétique, notamment à l’aide des outils mis à disposition par le RESPADD** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Intégrer les professionnels dans la dynamique** | **Proposition d’une formation initiale et continue adaptée du personnel** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement :  : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Déploiement d’actions de promotion de la santé et de sensibilisation en direction du personnel** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **S’inscrire dans une logique de prévention et d’aide à l’arrêt des patients et des professionnels** | **Création de protocoles de prise en charge des professionnels et des patients fumeurs** | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Mise en place d’un repérage, diagnostic et soutien au sevrage tabagique auprès des patients :** repérage, accompagnement individuel et/ou collectif, suivi… | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Mise en place d’un repérage, diagnostic et soutien au sevrage tabagique auprès des professionnels :** repérage, accompagnement individuel et/ou collectif, suivi… | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Réalisation d’actions de prévention primaire et sensibilisation en direction du public** (Mois Sans Tabac, autres, actions propres à la structure et autres) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |
| **Autres actions** |  | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Précisez succinctement : | **Année 1** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 2** – Semestre 1  Semestre 2 :  **Année 3** – Semestre 1  Semestre 2 : |

|  |
| --- |
| **Description détaillée de la gouvernance / pilotage du** projet (identification d’un chef de projet/référent, mise en place d’un COPIL, articulation avec les partenaires, etc.)  (Maximum ½ page) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description des moyens humains nécessaires**  (Maximum ½ page) | | |
| **Intitulé du poste** (médecin, IDE, tabacologue…)  *Vous pouvez rajouter des lignes si besoin* | **Nombre d’ETP alloués au projet** | **Fonction au sein du projet** (animation d’ateliers, coordination du projet, évaluation du projet, consultations individuelles…) |
| IDE |  |  |
| Médecins du travail |  |  |
| Kinésithérapeutes |  |  |
| Sage-femme |  |  |
| Autres : ……………………………. |  |  |
| Autres : ……………………………. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des moyens matériels nécessaires pour le projet (vous pouvez rajouter des lignes)**  (Maximum ½ page) | |
| **Type de dépense** | **Utilisation dans le cadre du projet** |
| Co-testeur et consommables |  |
| Substituts nicotiniques : ne seront pris en charge que substituts nicotiniques non remboursables en raison du contexte |  |
| Outils de communication (affiches, flyers) : frais d’impression des outils du RESPADD |  |
| Abris fumeurs |  |
| Autres : …………………………………………………….. |  |
| Autres : …………………………………………………….. |  |

|  |
| --- |
| **Valorisation et perspectives du projet**  - Quelle communication (public, médias, etc.) sur le projet pour le valoriser ?  - Après les années de mise en œuvre de Lieu de Santé Sans Tabac accompagnées par l’ARS, quelle pérennisation / quelles perspectives pour le projet ?  (Maximum 1 page) |
|  |

**EVALUATION DU PROJET**

Les indicateurs qui seront présentés ci-dessous auront pour vocation **à mesurer l’atteinte des objectifs ou à mesurer la mise en œuvre des actions identifiées** par vos soins dans la partie « Modalités de réalisation du projet ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dénomination de l’indicateur** | **Cible visée** (en nombre, en % … ) | **Outil(s) de collecte** (questionnaire de satisfaction, traçabilité sur le logiciel métier…) |
| **Indicateur obligatoire**  Somme des « nouveaux prescripteurs [[2]](#footnote-2)» de substituts nicotiniques formés en tabacologie / Nombre total d’infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, médecins du travail exerçant dans la structure (établissement) porteuse du projet | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur obligatoire**  Nombre de professionnels fumeurs de l’établissement (soignants et non soignants) ayant débuté un sevrage tabac | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur obligatoire**  Nombre de patients fumeurs pris en charge dans l’établissement ayant débuté un sevrage tabac. | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |
| **Indicateur proposé par l’établissement** | Cible année 1 :  Cible année 2 :  Cible année 3 (le cas échéant) : |  |

**BUDGET PREVISIONNEL ET FINANCEMENT**

a) Budget demandé

Présentation du budget du projet dans **le CERFA de demande de subvention n°12156\*05** **en annexe 3 à compléter** **impérativement en complément de ce dossier.**

La construction et la présentation du budget du projet répond aux mêmes règles que pour le budget prévisionnel de l’association. Pour les projets pluriannuels, il convient de présenter un budget global puis un budget pour chaque année ou exercice.

Ainsi, si vous sollicitez une subvention pour un projet dont la durée est de 3 ans, 4 budgets seront à présenter (le budget global, et la répartition de ce budget pour chaque année).

b) Cofinancement(s) du projet

**PRECISER LES MONTANTS ET LES NOMS DES ORGANISMES FINANCEURS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisme** | **Statut (demandé, obtenu, prévu…)** | **Montant demandé** | **Montant obtenu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ENGAGEMENTS ET SIGNATURES**

Nom de l’organisme bénéficiaire de la subvention : …………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**Je, soussigné(e),**

☐ 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 régionales dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions, certifie que l’organisme ………………………………………………………………….......……………………. n’a aucun lien avec l’industrie du tabac et/ou les opérateurs d’offre d’alcool ou de cannabis.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Cachet de l’organisme ET Signature** |
|  |  |

1. Le titre du projet doit être identique au libellé renseigné dans le formulaire de demande de subvention(s) (page 5 du Cerfa n°12156\*05) [↑](#footnote-ref-1)
2. Les nouveaux prescripteurs sont les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, et les médecins du travail [↑](#footnote-ref-2)