



**CAHIER DES CHARGES &  
 DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à projets Fonds Addictions 2024 : déploiement de la démarche « Lieu de santé sans tabac »**

**REGION GRAND EST**

****

|  |
| --- |
| ***Pour répondre à l’appel à projets, merci de compléter les éléments demandés ci-dessous.***  ***Votre réponse peut être concise, mais doit être suffisamment claire et précise pour que le contenu du projet soit bien compris.***  *Tout dossier incomplet ne pourra pas être retenu.* |
| **CONTACTS :**   * **Pour toute question sur remplissage de ce dossier ou l’AAP** (date limite, réception du dossier…etc.) :   + [ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr) |
| ***DATE LIMITE DE SOUMISSION : lundi 3 juin 2024 à midi (12:00)*** |

# Partie I : Fiche d’identité du projet

## Fiche de renseignements

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet :** | |
| **Etablissement porteur du projet et bénéficiaire de la subvention** |  |
| Nom |  |
| Numéro Siret |  |
| Adresse |  |
| Budget de la structure (exercice précédent-tableau A) |  |
| **Spécialité de l’établissement porteur** |  |
| Activité « femme, mère, nouveau-né, enfant » | OUI  NON |
| Traitement des patients atteints d’un cancer | OUI  NON |
| Lieu de formation des étudiants en filière santé | OUI  NON |
| Soins psychiatriques | OUI  NON |
| Autre spécialité, préciser : |  |
| **Représentant légal** *(personne désignée par les statuts)* |  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| **Coordinateur du projet** |  |
| Nom, prénom |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| Compétences et expériences |  |
| **Montant de la subvention demandée en 2024** |  |
| * **Montant total sur l’ensemble de la durée du projet** |  |
| * **Montant total année 1** |  |
| * **Montant total année 2** |  |
| * **Montant total année 3** |  |
| Attention : financement sur 3 années maximum, en fonction de la date de notification d’acceptation du projet. |  |
| **Type d’action** | Nouvelle action ou programme d’actions  Amplification d’un programme d’action ou d’une action existante |
| **Durée prévue du projet** | 1 an  2 ans  3 ans |
| **Zone géographique - Territoire(s) concerné(s)**  *Merci de cocher les cases correspondantes et de préciser en texte libre la zone géographique ou le territoire précis de réalisation de l’action (quartier, commune, canton, département, zone géographique, etc.)* | 08  54  68  10  55  88  51  57  52  67  Détail du territoire concerné : |

## 

## Partenaire (s) impliqué (s) dans la mise en œuvre du projet le cas échéant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du partenaire** | **Téléphone**  **E-mail** | **Nom de l’organisme** | **Fonction** |
| **Partenaire 1**  **Nom prénom :** |  |  |  |
| **Partenaire 2**  **Nom prénom :** |  |  |  |
| **Partenaire 3**  **Nom prénom :** |  |  |  |
| ….. |  |  |  |

# 

# 

# Partie II : Description du projet

## Contexte de l’établissement

|  |
| --- |
| **Décrire succinctement le contexte général de l’établissement :** niveau d’implication actuel de la structure dans la lutte contre le tabagisme (instances en place, participation à des campagnes nationales, etc.), articulation avec l’existant…  *NB : le contexte et les enjeux relatifs au tabac dans la région ne sont pas attendus* |
|  |

## Description du projet

|  |
| --- |
| **Décrivez-la ou les problématique(s) identifiée(s) et les actions envisagées**  Vous pouvez indiquer les problématiques et besoins identifiés (ex : tabagisme chez les professionnels de santé, etc.) et les actions que vous souhaitez mettre en place dans le cadre de votre projet.  La liste des actions n’est pas exhaustive, n’hésitez pas à en ajouter si besoin pour décrire au mieux votre projet. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avertissement avec un remplissage uniLes actions indiquées en VERT sont OBLIGATOIRES pour mettre en place une stratégie LSST, les autres sont facultatives et constituent des bonnes pratiques** | | |
| **Axe de travail** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** |
| **ACTIONS PRELIMINAIRES :**  **GOUVERNANCE & COMMUNICATION** | Inscription de la lutte contre le tabagisme dans le projet d’établissement   *NB : si aucune révision du projet d’établissement n’est prévue pendant la période de déploiement du projet LSST, la structure s’engage à l’inscrire dans le prochain projet d’établissement* | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Mise en place d’un comité de prévention du tabagisme, ou autre groupe de travail institutionnel, incluant à minima (à cocher) :  Le chef de projet  Un membre de la direction  Un professionnel soignant  Un représentant des usagers  La médecine du travail  *NB : d’autres personnes peuvent faire partie de ces instances* | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Promotion et/ou participation à des campagnes de lutte contre le tabagisme (ex. Mois Sans Tabac) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Stratégie de communication globale pour sensibiliser et appliquer la politique anti-tabac et pour promouvoir le projet | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Autres actions envisagées (ex. réaliser un audit du tabagisme parmi les professionnels, établir des partenariats locaux, etc.) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| **Axe de travail** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** |
| **AXE 1 :**  **AMELIORER LA SANTE DU PATIENT FUMEUR** | Sensibilisation des professionnels de la structure aux méfaits du tabac et aux enjeux du projet LSST | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Formation des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur en interne (relevé du statut tabagique, premiers conseils, prescription de TSN, etc.) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Formation diplômante des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur (à cocher) :  Professionnel(s) formé(s)  Volonté de former un ou des professionnel(s)  Partenariat *(obligatoire seulement si aucun professionnel n’est formé ou ne va être formé à la tabacologie au sein de l’établissement)* | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez vos ressources en tabacologie et/ou les formations envisagées : |
| Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur (traçage de l’information, offre de consultations en tabacologie en interne ou en externe | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Offre complémentaire d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur (nutrition, sophrologie, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Autres actions envisagées | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| **Axe de travail** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** |
| **AXE 2 :**  **AIDER TOUS LES PERSONNELS FUMEURS** | Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination des professionnels fumeurs (information, offre de consultations en tabacologie en interne ou via un partenaire – ex. médecine du travail) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Offre complémentaire d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur (nutrition, sophrologie, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.) | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Accès gratuit aux substituts nicotiniques via la pharmacie de l’hôpital | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Autres actions envisagées | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| **Axe de travail** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** |
| **AXE 3 :**  **ORGANISER LES ESPACES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE** | Installation et actualisation régulière de la signalétique obligatoire et non-obligatoire sur le tabac dans l’enceinte de l’établissement | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Aménagement des locaux et/ou des espaces extérieurs (au-delà de la règlementation en vigueur) : proposer un lieu fumeur délimité à distance des lieux de passage | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Proposer des espaces de repos/détente non-fumeurs pour le personnel en intérieur ou en extérieur | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| Autres actions envisagées | Action déjà réalisée  Action à déployer au cours du projet  Action non-visée par le projet  Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
| **Axe de travail** | **Actions** | **Déploiement de la démarche** |
| **AUTRES ACTIONS VISANT A LA REDUCATION DU TABAGISME** | *Vous pouvez indiquer dans les lignes ci-dessous si votre projet vise d’autres actions non citées :* | Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
|  | Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |
|  | Décrivez les modalités de mise en œuvre appliquées/envisagées : |

## 

## Population cible

|  |
| --- |
| **Préciser les caractéristiques du ou des publics ciblés par le projet et les volumes visés (en nombre ou en pourcentage)**  ***Types de publics à cibler :***   * *Personnel de santé / autre personnel* * *Patients (d’un service en particulier ou de tout l’établissement, etc.), visiteurs, population externe à l’établissement (CSAPA, milieu pénitencier), etc.*   ***Exemples :***  *70% des professionnels de santé fumeurs, 450 femmes enceintes se déclarant fumeuses, etc.* |
|  |

## Modalités de réalisation du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Décrire les modalités de pilotage du projet** | | |
| **Instances** | | |
| **Instance(s)** | **Composition** | **Fréquence** |
|  |  |  |
| **Chef de projet et équipe projet** | | |
| **Prénom** | **Nom** | **ETP dédié** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Partenaires extérieurs** | | |
| **Nom(s)** | **Modalités de participation** | **Contact déjà pris ou à prendre** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Décrire les moyens humains pour la réalisation du projet**  *Moyens humains au sein de l’établissement, et le cas échéant de structures ou d’acteurs partenaires.*  *Indiquez les fonctions des personnes mobilisées et le temps qui leur sera alloué au projet.* | | | |
| **Intitulé du poste** | | **Nombre d’ETP alloué au projet** | **Fonction au sein du projet** |
| ***EXEMPLES*** | **Chargé de projet** | *0,2 ETP* | Coordination et évaluation du projet. |
| **IDE tabacologue** | *0,1 ETP* | Coordination du projet, recrutement des patients et consultations individuelles en tabacologie. |
| **Diététicienne** | *0,05 ETP* | Organisation et animation d’ateliers collectifs à destination des patients en cours de sevrage. |
| **Secrétaire** | *0,1 ETP* | Permanence téléphonique, prise de rendez-vous et diffusion des comptes rendus du COPIL. |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Décrire les moyens matériels nécessaires pour le projet** | |
| **Type de dépense** | **Indications sur la mobilisation pendant le projet** |
| Aménagement d’espaces fumeurs |  |
| CO - testeur et consommable |  |
| Substituts nicotiniques  *NB :*   * *Le financement des TSN dans le cadre du projet ne peut se faire* ***que sur l’année* 1, et lorsque la prescription n’est pas possible.** * *L’objectif est de favoriser l’accès de ces produits auprès de certains publics (ex : précaires)* |  |
| Outils de communication (affiches, flyers) en lien avec le projet |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 

## Calendrier et étapes clés du projet

*Mettre une croix (X) dans la case correspondant à la (ou les) période(s) de mise en œuvre de l’action. Vous pouvez adapter le calendrier si nécessaire.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Axes** | ***Calendrier à compléter***  **Actions** | **Année 1** | | **Année 2** | | **Année 3** | |
| **S1** | **S2** | **S1** | **S2** | **S1** | **S2** |
| **Actions préliminaires** | Inscription de la lutte contre le tabagisme dans le projet d’établissement |  |  |  |  |  |  |
| Mise en place d’un comité de prévention du tabagisme, ou autre groupe de travail institutionnel |  |  |  |  |  |  |
| Promotion et/ou participation à des campagnes de lutte contre le tabagisme (Mois Sans Tabac et autres) |  |  |  |  |  |  |
| Stratégie de communication globale pour sensibiliser et appliquer la politique anti-tabac et pour promouvoir le projet |  |  |  |  |  |  |
| Autre action, préciser :  *(ligne duplicable)* |  |  |  |  |  |  |
| **Axe 1** | Formation diplômante des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur : recours obligatoire à un partenariat si aucun professionnel n’est formé |  |  |  |  |  |  |
| Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur (traçage de l’information, offre de consultations en tabacologie, nutrition, sophrologie, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.) |  |  |  |  |  |  |
| **Axe 2** | Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du professionnel fumeur (information, offre de consultations en tabacologie, nutrition, sophrologie, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.) |  |  |  |  |  |  |
| Autre action, préciser :  *(ligne duplicable)* |  |  |  |  |  |  |
| **Axe 3** | Aménagement des locaux et/ou des espaces extérieurs (au-delà de la règlementation en vigueur) : proposer un lieu fumeur délimité à l’abri de la vue de tous |  |  |  |  |  |  |
| Autre action, préciser :  *(ligne duplicable)* |  |  |  |  |  |  |
| **Autres actions** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Evaluation du projet

***L’évaluation du projet est une étape OBLIGATOIRE*** *afin d’identifier ses points forts, points faibles, axes d’amélioration pour la suite et afin de rendre compte de l’utilisation de la subvention. La méthodologie doit être prévue dès le début du projet (indicateurs, objectifs chiffrés, etc.).*

*NB : le RESPADD réalise un audit des Lieux de santé sans tabac et met à disposition sur son site internet des outils pour faciliter la réalisation d’états des lieux du tabagisme. Néanmoins, l’établissement peut réaliser par lui-même ce recensement via ses propres outils (ex : recensement du tabagisme chez les professionnels via un échantillonnage, etc.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs LSST**  *Le porteur de projet doit s’engager à suivre des indicateurs permettant l’évaluation de ses actions. La liste ci-dessous peut être ajustée / adaptée selon le projet. Les actions et indicateurs indiqués en VERT sont OBLIGATOIRES pour évaluer une stratégie LSST* | | |
| **ACTIONS PRELIMINAIRES :GOUVERNANCE & COMMUNICATION** | | |
| **Indicateurs** | **Objectif chiffré**  (Nombre visé, temporalité) | **Méthode d’évaluation**  *(\*pré remplissage avec des propositions pouvant être modifiées)* |
| **Modalités de pilotage :** | | |
| * Nombre de réunions réalisées par le COPIL/groupe de travail/comité |  | *Recueil du nombre de réunions organisées / comptes-rendus* |
| * Nombre de réunions réalisées avec les partenaires |  | *Recueil du nombre de réunions organisées / comptes-rendus* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Promotion et/ou participation à des campagnes de lutte contre le tabagisme (ex. Mois Sans Tabac) :** | | |
| * Nombre d’évènements organisés |  | *Recueil du nombre d’événements organisés* |
| * Nombre de personnes touchées |  | *Recueil du nombre de visiteurs / d’inscriptions* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Stratégie de communication globale pour sensibiliser et appliquer la politique anti-tabac et pour promouvoir le projet :** | | |
| * Nombre de réunion d’information organisées |  | *Recueil du nombre de réunions organisées* |
| * Nombre de personnes participantes |  | *Recueil des feuilles d’émargement* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Autres actions envisagées :** | |  |
| * Nombre de professionnels touchés par l’état des lieux/ recensement du tabagisme   *NB : l’état des lieux peut prendre plusieurs formes comme un recensement global, un échantillonnage, ciblage d’un service, etc.* |  | *Réalisation d’un questionnaire d’état des lieux à destination des professionnels*  *Recueil du statut tabagique via la médecine du travail* |
| * Nombre de partenariats formalisés |  | *Recueil du nombre de conventions signées* |
| * Autre(s) |  |  |
| **AXE 1 : AMELIORER LA SANTE DU PATIENT FUMEUR** | | |
| **Indicateurs** | **Objectif chiffré**  (Nombre visé, temporalité) | **Méthode d’évaluation** |
| **Sensibilisation des professionnels de la structure aux mesures d’accompagnement du patient fumeur aux méfaits du tabac et aux enjeux du projet LSST :** | | |
| * Nombre de sessions réalisées |  | *Recueil du nombre sessions réalisées* |
| * Nombre de professionnels touchés |  | *Feuille d’émargement / liste d’inscrits* |
| * Profil des professionnels touchés |  | *Feuille d’émargement / liste d’inscrits* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Formation des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur en interne :** | | |
| * Nombre de formations réalisées |  | *Recueil nombre de formations réalisées* |
| * Nombre de professionnels formés à l’accompagnement du patient fumeur |  | *Feuille d’émargement* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Formation diplômante des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur :** | | |
| * Nombre de professionnels diplômés |  | *Recueil certificat de formation / diplôme* |
| * Profil des professionnels diplômés |  | *Identification dans dossier demande de formation* |
| * Nombre de professionnels formés |  | *Recueil certificat de formation / diplôme* |
| * Nombre de partenariats formalisés (*obligatoire si aucun professionnel formé)* |  | *Recueil nombre de conventions signées* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur :** | | |
| * Nombre de consultations ouvertes |  | *Rapport d’activité* |
| * Nombre de patients reçus en consultation |  | *Extraction mensuelle/semestrielle/ annuelle données du logiciel de dossier patient* |
| * Proportion des patients pour lesquels le statut tabagique est inscrit dans le DPI |  | *Extraction mensuelle/semestrielle/ annuelle de données du logiciel de dossier patient* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Offre complémentaire d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur :** | | |
| * Nombre ateliers nutrition/sophrologie/ collectifs/thématiques organisés |  | *Recueil du nombre d’ateliers organisés* |
| * Nombre de patients ayant participé |  | *Recueil des feuilles d’émargement* |
| * Autre(s) |  |  |
| **AXE 2 :**  **AIDER TOUS LES PERSONNELS FUMEURS** | | |
| **Indicateurs** | **Objectif chiffré**  (Nombre visé, temporalité) | **Méthode d’évaluation** |
| **Offre d’accompagnement au sevrage tabagique à destination des professionnels fumeurs :** | | |
| * Nombre de consultations ouvertes |  | *Rapport d’activité* |
| * Nombre de professionnels reçus en consultation |  | *Rapport d’activité* |
| * Nombre d’ateliers de nutrition/sophrologie/collectifs/thématiques organisés |  | *Recueil du nombre d’ateliers* |
| * Nombre de professionnels ayant participé |  | *Feuille d’émargement* |
| * Autre(s) |  |  |
| **Accès gratuit aux substituts nicotiniques via la pharmacie de l’hôpital :** | | |
| * Nombre de prescriptions enregistrées par la pharmacie |  | *Extraction mensuelle/semestrielle/ annuelle de données du logiciel de dossier patient* |
| * Nombre de délivrances enregistrées par la pharmacie |  | *Extraction mensuelle/semestrielle/ annuelle de données du logiciel de dossier patient* |
| * Autre(s) |  |  |
| **AXE 3 : ORGANISER LES ESPACES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE** | | |
| **Indicateurs** | **Objectif chiffré**  (Nombre visé, temporalité) | **Méthode d’évaluation** |
| * Nombre de panneaux de signalétique LSST installés dans l’établissement |  | *Recensement nombre panneaux LSST* |
| * Nombre d’espaces fumeurs définis |  | *Recensement nombre espaces fumeurs* |
| * Autre(s) |  |  |
| **AUTRES ACTIONS** | | |
| **Indicateurs** | **Objectif chiffré**  (Nombre visé, temporalité) | **Méthode d’évaluation** |
|  |  |  |
| **ASPECTS QUALITATIFS DU PROJET A EVALUER** | | |
| **Point à évaluer** | | **Méthode d’évaluation** |
| * Satisfaction des patients reçus en consultation de sevrage | | *Réalisation questionnaire satisfaction* |
| * Satisfaction des patients reçus en atelier | | *Réalisation questionnaire satisfaction* |
| * Satisfaction des professionnels reçus en consultation de sevrage | | *Réalisation questionnaire satisfaction* |
| * Autres | |  |

## 

## Pérennisation du projet

*L’objectif du financement du projet par l’AAP 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.*

|  |
| --- |
| *Décrire les perspectives de poursuite des actions engagées, le budget prévu pour ces actions, ainsi que les moyens humains et matériels prévus pour permettre la pérennisation du projet*  *Exemple : financement pérenne d’un 0,5 ETP d’IDE tabacologue par l’établissement, création d’un partenariat pérenne pour la formation des professionnels, etc.* |
|  |

## Budget prévisionnel et financement

*Vous trouverez ci-dessous un* ***tableau indicatif*** *du montant de la subvention que vous pourrez obtenir en fonction de votre projet dans les établissements sanitaires.* ***Ce tableau permet uniquement d’orienter la préparation de votre projet mais ne vous garantit pas une subvention.*** *Le montant alloué à votre projet sera décidé par l’ARS lors de l’étude de votre dossier de candidature au Fonds Addictions 2023.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Taille de l'établissement sanitaire** | | |
|  |  | **Moins de 200 lits** | **Entre 200 et 999 lits** | **Plus de 1000 lits** |
| **Durée du projet** | **1 an** | 20 000 – 25 000 € | 25 000 – 30 000 € | 30 000 – 35 000 € |
| Projet simple  Mise en place de plusieurs actions socles (ex : mise en place d’un COPIL, communication, ouverture de consultations de tabacologie aux patients, évaluation du projet) |
| **2 ans** | 25 000 - 35 000 € pour les 2 ans | 35 000 - 45 000 € pour les 2 ans | 45 000 - 55 000 € pour les 2 ans |
| Projet intermédiaire  Mise en place de toutes les actions socles (prise en charge des patients fumeurs, prise en charge des salariés fumeurs, aménagement des espaces, création d'un COPIL tabac, évaluation du projet) |
| **3 ans** | Entre de 35 000 €  et moins de 45 000€ pour les 3 ans | Entre de 45 000 € et moins de 70 000€ pour les 3 ans | Entre de 55 000 € et moins de 100 000€ pour les 3 ans |
| Projet complexe  Mise en place d'une démarche LSST complète avec proposition d'actions complémentaires (ex. ouverture vers la ville, offre d'accompagnement innovante, etc.) |

*Décrire précisément les moyens matériels et les moyens humains (ex : qualifications des personnes, quotité du temps de travail (ETP pour chaque intervenant...) et remplir un budget global (tableau B.1) et un tableau par année envisagée (tableau B.2 à B.4). Ex : 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).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Justifiez le budget demandé** (*max 1 page*) | |
| **Typologie de charge** | **Détail des montants** |
| **Moyens humains**  (cf. ligne 64, Tableau B1) |  |
| **Moyens matériels**  (cf. ligne 60, Tableau B1) |  |
| **Communication**  (cf. ligne 62, Tableau B1) |  |
| **Evaluation** |  |
| **Autres postes de dépense** |  |
| *Remarques libres :* | |

|  |
| --- |
| **Le cas échéant : 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** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

# 

# Engagements et signatures

**Appel à projets Fonds Addictions 2024 / Région Grand Est / Dossier de candidature LSST**

|  |
| --- |
| 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 nationales portées par des acteurs de la société civile 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 |

# Tableau A : Budget de la structure1

*Année 20.... ou exercice du ….au …..*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **CHARGES DIRECTES** | | **RESSOURCES DIRECTES** | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation2** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * Préfecture |  |
| Locations |  | * Cohésion sociale / Jeunesse & Sport |  |
| Entretien et réparation |  | * DRAAF |  |
| Assurance |  |  |  |
| Documentation |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, publication |  | Communes, communautés de communes ou d'agglomérations: |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | L'agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78- Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| **69- Impôts sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés** |  | **79- Transfert de charges** |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE**3 | | | |
| **86 - Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Bénévolat |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

1 Ne pas indiquer les centimes d'euros. 2 L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs.

3 Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n° 99-01, prévoit *a minima* une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité, mais « au pied » du compte de résultat ; voir notice.

Tableau B.1 : Budget global du projet **-** *Année 20.... à 20…*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | Montant | PRODUITS | Montant |
| CHARGES DIRECTES | | RESSOURCES DIRECTES | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * ARS |  |
| Locations |  | * Préfecture |  |
| Entretien et réparation |  | * Cohésion sociale / Jeunesse & Sport |  |
| Assurance |  | * DRAAF |  |
| Documentation |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Publicité, publication |  | Communes, com. de communes ou d'agglo: |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78- Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| **69 - Impôt sur le bénéfices (IS); Participation**  **des salariés** |  | **79 - Transfert de charges** |  |
| CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET | | RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | | | |
| **86 - Emplois des contributions volontaires nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Bénévolat |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| **La subvention sollicitée de €, objet de la présente demande représente % du total des produits du projet**  (montant sollicité/total du budget) x 100. | | | |

Tableau B.2 : Budget annuel du projet Année 1 = année 20…*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | Montant | PRODUITS | Montant |
| CHARGES DIRECTES | | RESSOURCES DIRECTES | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * ARS |  |
| Locations |  | * Préfecture |  |
| Entretien et réparation |  | * Cohésion sociale / Jeunesse & Sport |  |
| Assurance |  | * DRAAF |  |
| Documentation |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Publicité, publication |  | Communes, com. de communes ou d'agglo: |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78- Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| **69 - Impôt sur le bénéfices (IS); Participation**  **des salariés** |  | **79 - Transfert de charges** |  |
| CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET | | RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | | | |
| **86 - Emplois des contributions volontaires nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Bénévolat |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| **La subvention sollicitée de €, objet de la présente demande représente % du total des produits du projet**  (montant sollicité/total du budget) x 100. | | | |

Tableau B.3 : Budget annuel du projet Année 2 = année 20…*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | Montant | PRODUITS | Montant |
| CHARGES DIRECTES | | RESSOURCES DIRECTES | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * ARS |  |
| Locations |  | * Préfecture |  |
| Entretien et réparation |  | * Cohésion sociale / Jeunesse & Sport |  |
| Assurance |  | * DRAAF |  |
| Documentation |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Publicité, publication |  | Communes, com. de communes ou d'agglo: |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78- Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| **69 - Impôt sur le bénéfices (IS); Participation**  **des salariés** |  | **79 - Transfert de charges** |  |
| CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET | | RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | | | |
| **86 - Emplois des contributions volontaires nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Bénévolat |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| **La subvention sollicitée de €, objet de la présente demande représente % du total des produits du projet**  (montant sollicité/total du budget) x 100. | | | |

Tableau B.4 : Budget annuel du projet Année 3 = année 20…*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | Montant | PRODUITS | Montant |
| CHARGES DIRECTES | | RESSOURCES DIRECTES | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * ARS |  |
| Locations |  | * Préfecture |  |
| Entretien et réparation |  | * Cohésion sociale / Jeunesse & Sport |  |
| Assurance |  | * DRAAF |  |
| Documentation |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Publicité, publication |  | Communes, com. de communes ou d'agglo: |  |
| Déplacements, missions |  | * CCAS |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (à détailler) |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | * Régime local d’Assurance Maladie |  |
| Autres impôts et taxes |  | * CAF |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | * CARSAT, CPAM |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotations aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78- Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| **69 - Impôt sur le bénéfices (IS); Participation**  **des salariés** |  | **79 - Transfert de charges** |  |
| CHARGES INDIRECTES REPARTIES AFFECTEES AU PROJET | | RESSOURCES PROPRES AFFECTEES AU PROJET | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | | | |
| **86 - Emplois des contributions volontaires nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Bénévolat |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| **La subvention sollicitée de €, objet de la présente demande représente % du total des produits du projet**  (montant sollicité/total du budget) x 100. | | | |