****

# Dossier de candidature

**Titre du projet : *« Titre du projet »***

**Porteur du projet : *Acteur/établissement porteur du projet***

**Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet de décrire les différents éléments essentiels à sa compréhension et à son analyse.**

* Envoyer les dossiers de candidature par voie électronique exclusivement à l’adresse suivante : ars-bretagne-pps-aap@ars.sante.fr
* Date limite d’envoi : 24/09/2018. Après cette date, aucun dossier ne sera recevable.
* Compléter et adresser un dossier par projet

### Identification de la structure(s) porteuse(s) du projet et bénéficiaire de la subvention

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nom de la structure*** |  |
| ***Adresse postale***  |  |
| ***N° Siret*** |  |
| ***Situation juridique*** |  |
| ***Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez nom, fonction et coordonnées (téléphone et Email) :*** |  |

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

* Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au projet.
* Il est souhaitable que les partenaires soient signataires d’une lettre d’engagement annexée à cette fiche projet.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s) du projet** *Renseignez 1 ligne par partenariat* | **Entité juridique et/ou statut ;****Adresse** | **Coordonnées des contacts :****nom et prénom, mail, téléphone** | **Périmètre d’intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…).** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,…)****Préciser les coopérations existantes** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### Présentation du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’action** | ❒ Nouvelle action ou programme d’actions❒ Amplification d’un programme d’action ou d’une action existante |
| **Axes de l’appel à projet** | ❒ Protéger les jeunes et éviter l’entrée dans le tabagisme❒ Aider les fumeurs à s’arrêter❒ Décliner la démarche « lieux de santé sans tabac » ❒ Réduction des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme |
| **Quelle est la durée envisagée du projet proposé ? *(préciser- 1 à 3 ans)*** |  |
| **Montant de la subvention demandée** | En 2018 | Sur la totalité du projet  |

### Description du projet - Objectifs

|  |
| --- |
| **Décrire le Contexte et constats ayant conduit à la formulation du projet (maximum ½ page) :***besoins de santé identifiés, spécificités éventuelles du territoire, articulation avec l’existant…* |
|  |

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

|  |
| --- |
| **Public bénéficiaire (typologies de patients ciblées, nombre, âge, sexe)** |
|   |

|  |
| --- |
| **Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action (commune, canton, département…)**Préciser le champ d’application territorial. |
|   |

|  |
| --- |
| **Objet et finalité du projet : Décrire l’enjeu et le contenu du projet en répondant aux questions suivantes**Quels sont les objectifs du projet? (décrire le caractère innovant du projet, les objectifs stratégiques/opérationnels). Les objectifs doivent être définis le plus précisément et explicitement possible. |
|   |

|  |
| --- |
| **Impacts attendus à court et moyen terme du projet** (*maximum 1 page).*- *en termes d’amélioration du service rendu pour les usagers ?**- en termes d’organisation et de pratiques professionnelles ?* |
|  |

### Modalités de réalisation du projet

|  |
| --- |
| **Prérequis au démarrage du projet***Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer cette activité (ex : formations médicales/paramédicales nécessaires, informatisation d’une unité, travaux, etc.)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Collaborations existantes et collaborations à développer***Toutes les structures concernées par le projet ont-elles été associées ? Reste-t-il des collaborations à mettre en place ? Les professionnels concernés sont-ils associés à ce projet ?* |
|  |

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

|  |
| --- |
| **Description des moyens humains et/ou des structures sur lesquels s’appuie le projet***Des réorganisations, nouvelles organisations devront-elles être menées pour réaliser ce projet?* |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens matériels nécessaires pour le projet***Les matériels et investissements à réaliser ?* |
|  |

### Calendrier et étapes clés du projet

* Indiquer le planning prévisionnel au regard des objectifs du projet en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes**  | **Description** (*maximum 1 page*) |
| 2018 |  |
| 2019 |  |
| 2020 |  |

### Evaluation

* Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour évaluer la performance du projet qui sera déployé?
* Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet?

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

|  |
| --- |
| **Méthodes d’évaluation**Préciser lesIndicateurs de processus et de résultats, décrire la/les méthode(s) et les critères d’évaluation (*maximum 1 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 …)
 |
|  |

### Résumé du projet (Max. 2500 caractères espaces compris

|  |  |
| --- | --- |
| * Contexte
* Territoire
* Objectifs du projet et brève description des méthodes qui seront employées pour les atteindre
* Résultats attendus
 |  |
| **Mots clefs :** |  |

### Budget prévisionnel et financement

* Préciser les besoins de financement en termes de dépenses d’investissement, les dépenses de fonctionnement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DE LA DEPENSE** | **UNITES NOMBRE** | **COÛT UNITAIRE** | **COÛT EN EUROS** |
|  **Ressource(s) humaine(s) (détaillez*)***  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Moyens matériels (détaillez)**Investissement(s) matériel(s) / Achat(s) / Fourniture(s) /Service(s) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Déplacement(s) / Frais Mission(s)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Prestataire(s) externe(s)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Communication** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Evaluation** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Autre(s)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ***TOTAL TTC***  |  |

### Co-financements du projet

* Préciser les modalités de financement, et le cas échéant les co-financements envisagés avec d’autres partenaires
* 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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 le tabac, certifie que l’organisme ……………………… n’a aucun lien avec l’industrie du tabac** |
| **Date :** | **Cachet de l’organisme ET Signature** |