

# Dossier de demande de subvention « Démarche des Lieux de santé sans tabac »

## Identification de la structure

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nom de la structure / établissement** |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Numéro RNA ou à défaut celui du récépissé en préfecture**(Pour les associations) |  |
| **Adresse**Pour les associations, précisez :* Siège social
* Adresse de gestion ou de correspondance (si différente)
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Directeur ou personne habilitée / représentant légal de la structure**  |  |
| **Téléphone secrétariat** |  |
| **E-mail secrétariat** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERENT BUDGETAIRE du projet** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

## Relation avec l’administration *(uniquement pour les associations)*

|  |  |
| --- | --- |
| **La structure bénéficie-t-elle d’agrément(s) administratif(s) ?**Si oui, merci de préciser  |  |
| **La structure est-elle reconnue d’utilité publique ?** Si oui, date de publication au Journal Officiel  |  |
| **La structure est-elle assujettie aux impôts commerciaux ?** |  |

## Relation avec d’autres structures *(uniquement pour les associations)*

|  |  |
| --- | --- |
| **A quel réseau, union ou fédération, la structure est-elle affiliée ?** |  |
| **La structure a-t-elle des adhérents personnes morales** ? Si oui, lesquelles  |  |
| **La structure est –elle agréée ou affiliée à une fédération agréée ?** |  |

## Description du projet / Programme d’action

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé de l’action**  | **« Nom de l’établissement » : un Lieu de Santé Sans Tabac** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Subvention demandée** *(si pluriannuelle, préciser le montant par année)* | * Du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024 :
* Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025 :
* Du 1er septembre 2026 au 31 décembre 2026 :
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Spécialité de l’établissement porteur du projet**  | * Activité « femme, mère, nouveau-né, enfant »  :

 [ ] OUI [ ]  NON* Traitement des patients atteints d’un cancer :

 [ ] OUI [ ]  NON* Groupement hospitalier de territoire (GHT) :

 [ ] OUI [ ]  NON* Ne fait pas partie des catégories précisées supra :
* [ ] OUI [ ]  NON
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs**  | ***Décrire les objectifs/changements attendus auprès des bénéficiaires/publics visés (objectif général et objectifs spécifiques)******Objectif général******Indications****: Donner le but à atteindre sur le long terme (1 à 2 objectifs maximum)****Exemple****: Organiser / améliorer la prise en charge des patients et du personnel de l’établissement, afin d’éviter l’exposition au tabagisme passif et les faire bénéficier d’une aide au sevrage et à la réduction des risques d’ici à…****Objectifs spécifiques******Indications****: ces objectifs sont formulés au regard des résultats/effets attendus.****Exemple****:* * *Améliorer les connaissances des professionnels de santé de l’établissement sur la prise en charge de patients fumeurs et la règlementation en vigueur*
* *….*
 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description** | 1. ***Décrire le contexte général***
* *Présentez le* ***contexte général*** *(besoins de santé identifiés, articulation avec l’existant…) : qu’est ce qui a poussé votre établissement dans cette démarche ? en quoi c’est un enjeu particulier de devenir un Lieu de Santé Sans Tabac ?*
* *Décrire* ***les études ou les dispositifs*** *qui concluent à l’efficacité de ce type action (études publiées, littérature grise, …)*
1. ***Description détaillée de la stratégie d’intervention/gouvernance/pilotage du projet***

*Décrivez ici les différents axes d’intervention de votre projet et les actions qui en découlent (ainsi que les groupes cibles qu’elles visent), les actions déjà initiées, en précisant quels professionnels impliqués et l’articulation avec les partenaires extérieurs ….*

|  |
| --- |
| ***Actions préalables : GOUVERNANCE / COMMUNICATION****Exemples :* * *Gouvernance / pilotage : création d’un comité de pilotage de la stratégie Hôpital sans tabac (compositions, missions, fréquence), désignation d’un chef de projet*
* *Engagement institutionnel : déclinaison de la stratégie dans la politique de l’établissement (inscription dans le projet d’établissement), signature de la Charte Hôpital sans tabac par l’établissement etc...*
* *Réalisation de l’audit* LSST (*outil d'auto-évaluation Lieu de santé sans tabac) et de l’*enquête *“Tabagisme en blouse blanche ?*
* *Communication : actions de communication sur les actions menées, signalisation/affichages*
 |
|  |
| ***Axe 1 :******AMELIORER LA SANTE DU PATIENT FUMEUR****Exemples :** *Elaboration de protocoles de prise en charge des patients fumeurs*
* *Sensibilisation des professionnels de la structure aux mesures d’accompagnement du patient fumeur*
* *Formation des professionnels à l’accompagnement du patient fumeur*
* *Offre systématique d’accompagnement au sevrage tabagique à destination du patient fumeur (traçage de l’information, offre de consultations en tabacologie, nutrition, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.)*
* *Autres actions*
 |
|  |
| ***Axe 2 :******AIDER TOUS LES PERSONNELS FUMEURS****Exemples :** *Offre d’accompagnement au sevrage tabagique à destination des professionnels fumeurs (information, offre de consultations en tabacologie, nutrition, groupes de sevrage collectifs, ateliers thématiques, etc.)*
* *Accès gratuit aux substituts nicotiniques via la pharmacie de l’hôpital*
* *Autres actions…*
 |
|  |
| ***AXE 3 : ORGANISER LES ESPACES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac.****Exemples :** *Installation et actualisation régulière des signalétiques obligatoires et non-obligatoire sur le tabac dans l’enceinte de l’établissement*
* *Aménagement des locaux et/ou des espaces extérieurs (au-delà de la règlementation en vigueur) : proposer un lieu fumeur bien défini et délimité*
* *Proposer des espaces de repos/détente non-fumeurs pour le personnel en intérieur ou en extérieur*
* *Autre actions…*
 |
|  |
| ***AUTRES ACTIONS ENVISAGEES DANS LE PROJET VISANT A LA REDUCTION DU TABAGISME / ACTIONS SPECIFIQUES / ACTIONS INNOVANTES*** |
|  |

1. ***Résultats attendus et impacts visés***
2. ***Valorisation et perspectives du projet***

***L’objectif du financement du projet par le présent appel à projet est la mise en place 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.**** *Décrivez les* ***perspectives du projet au-delà de la durée de la subvention****(ex : perspective de poursuite des actions engagées, le budget envisagé, moyens humains/matériels prévus pour permettre la pérennisation du projet).*
* *Décrivez également les* ***actions de valorisation*** *du projet envisagées (communication publics, médias)*
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Calendrier prévisionnel** | *Détailler le calendrier prévisionnel du déroulement de votre projet (par année de réalisation).*Du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024 :Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025 :Du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026 : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu d’intervention** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Territoire(s) géographique(s) d’intervention concernés** | [ ]  Contrat local de santé (CLS). *Précisez :*[ ]  Ville/commune. *Précisez :*[ ]  Département. *Précisez :*[ ]  Région Occitanie[ ]  Autres : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Publics cibles / bénéficiaires** *(types et nombre)* | ***Décrivez les publics cibles visés par votre projet (type de publics, nombre prévisionnel de bénéficiaires).****Exemples de publics / bénéficiaires :* * *Personnel de l’établissement (professionnels de santé et autres professionnels), étudiants,*
* *Publics spécifiques (femmes enceintes, patients atteints de cancer…),*
* *Usagers du système de soins ou médico-social et accompagnants, visiteurs,*
* *Public externe à l’établissement (ex : CSAPA, milieu pénitencier, …)*
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d’interventions** | *Décrire le nombre d’interventions par année….*Du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024 :Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025 :Du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026 : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel, déplacements, charges indirectes…)** | *Dans cette partie, pour chaque année, En additionnant chaque poste de dépenses (moyens humains, matériels ou autres) sur lesquels sont fléchés les subventions, le total doit correspondre au montant de la subvention demandée.** ***Du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024***
* ***Moyens humains :***

*Décrivez les moyens humains (au sein de l’établissement, et le cas échéant de structures ou d’acteurs partenaires) mobilisés dans la réalisation du projet et sur lesquels porte la demande de subvention.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Intitulé du poste et qualifications (diplôme, formation)****Exemple : IDE tabacologue (coordination)* | ***Temps consacré à l’action (heures ou équivalent temps plein)*** | ***Coût (salaire chargé)*** | ***Montant demandé à l’ARS*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Est-il envisagé de procéder à un (ou des) recrutement(s) pour la mise en œuvre du projet ? non [ ]  oui [ ]  Si oui, combien (en ETPT, intitulé du poste et qualification) : …. * ***Moyens matériels***

*Décrivez les moyens matériels nécessaires pour la réalisation du projet et les montants alloués.**Exemples :** *Aménagement d’espaces fumeurs*
* *Outils, équipements en lien avec le projet / équipements pour la prise en charge (ex : CO - testeur et consommable)*
* *Outils de communication (affiches, flyers, vidéos) en lien avec le projet*
* ***Autre (autres frais prévus dans le cadre du projet) :***

*Les frais de fonctionnement (gestion courante) ne doivent pas excéder 10 % des charges de personnels.** ***Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025***
* ***Moyens humains :***

*Décrivez les moyens humains (au sein de l’établissement, et le cas échéant de structures ou d’acteurs partenaires) mobilisés dans la réalisation du projet et sur lesquels porte la demande de subvention.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Intitulé du poste et qualifications (diplôme, formation)****Exemple : Médecin/IDE tabacologue (coordination)* | ***Temps consacré à l’action (heures ou équivalent temps plein)*** | ***Coût (salaire chargé)*** | ***Montant demandé à l’ARS*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Est-il envisagé de procéder à un (ou des) recrutement(s) pour la mise en œuvre du projet ? non [ ]  oui [ ]  Si oui, combien (en ETPT, intitulé du poste et qualification) : …. * ***Moyens matériels***

*Décrivez les* ***moyens matériels*** *nécessaires pour la réalisation du projet et les montants alloués.****Exemples :**** *Aménagement d’espaces fumeurs*
* *Outils, équipements en lien avec le projet / équipements pour la prise en charge (ex : CO - testeur et consommable)*
* *Outils de communication (affiches, flyers, vidéos) en lien avec le projet*
* ***Autre (autres frais prévus dans le cadre du projet) :***

*Les frais de fonctionnement (gestion courante) ne doivent pas excéder 10 % des charges de personnels.** ***Du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026***
* ***Moyens humains :***

*Décrivez les moyens humains (au sein de l’établissement, et le cas échéant de structures ou d’acteurs partenaires) mobilisés dans la réalisation du projet et sur lesquels porte la demande de subvention.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Intitulé du poste et qualifications (diplôme, formation)****Exemple : Médecin/IDE tabacologue (coordination)* | ***Temps consacré à l’action (heures ou équivalent temps plein)*** | ***Coût (salaire chargé)*** | ***Montant demandé à l’ARS*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Est-il envisagé de procéder à un (ou des) recrutement(s) pour la mise en œuvre du projet ? non [ ]  oui [ ]  Si oui, combien (en ETPT, intitulé du poste et qualification) : …. * ***Moyens matériels***

*Décrivez les moyens matériels nécessaires pour la réalisation du projet et les montants alloués.**Exemples :** *Aménagement d’espaces fumeurs*
* *Outils, équipements en lien avec le projet / équipements pour la prise en charge (ex : CO - testeur et consommable)*
* *Outils de communication (affiches, flyers, vidéos) en lien avec le projet*
* ***Autre (autres frais prévus dans le cadre du projet) :***

*Les frais de fonctionnement (gestion courante) ne doivent pas excéder 10 % des charges de personnels.* |

## Budget prévisionnel du Projet

***Du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS**  | **Montant** |
| **CHARGES DIRECTES**  | **RESSOURCES DIRECTES**  |
| **60 – Achat** | **0,00**  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** | **0,00**  |
| Achats matières et fournitures |   | **73 – Dotations et produits de tarification**  | **0,00**  |
| Autres fournitures |   | **74- Subventions d’exploitation** | **0,00**  |
|  |   | Etat: |  |
| **61 - Services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Locations  |   |  ARS |  |
| Entretien et réparation |   |  |  |
| Assurance |   |  |  |
| Documentation |   |  Région(s): |  |
|  |   |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |   |  Conseils Départementaux : |  |
| Publicité, publication |   |  |  |
| Déplacements, missions |   |   |  |
| Services bancaires, autres |   |  Communes, Communautés de communes ou d’agglomérations : |  |
|  |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** | **0,00**  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |   |  Organismes sociaux (détailler): |  |
| Autres impôts et taxes |   |  |  |
| **64- Charges de personnel** | **0,00**  | Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |
| Rémunération des personnels |   |  Agence de service et de paiement |  |
| Charges sociales |   | Autres établissements publics |  |
| Autres charges de personnel |   |  Aides privées (fondation) |   |
| **65- Autres charges de gestion courante (10% maximum des charges de personnels)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0,00**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **77- Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78 – Reprise sur amortissements et provisions** |  |
| **69- Impôt sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés** |  | **79 – Transfert de charges** |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0,00**  | **TOTAL DES PRODUITS** | **0,00**  |
| **Excédent prévisionnel (bénéfice)** |  | **Insuffisance prévisionnelle (déficit)** |   |

Ne pas indiquer les centimes d'euros.

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.

***Du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS**  | **Montant** |
| **CHARGES DIRECTES**  | **RESSOURCES DIRECTES**  |
| **60 – Achat** | **0,00**  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** | **0,00**  |
| Achats matières et fournitures |   | **73 – Dotations et produits de tarification**  | **0,00**  |
| Autres fournitures |   | **74- Subventions d’exploitation** | **0,00**  |
|  |   | Etat: |  |
| **61 - Services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Locations  |   |  ARS |  |
| Entretien et réparation |   |  |  |
| Assurance |   |  |  |
| Documentation |   |  Région(s): |  |
|  |   |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |   |  Conseils Départementaux : |  |
| Publicité, publication |   |  |  |
| Déplacements, missions |   |   |  |
| Services bancaires, autres |   |  Communes, Communautés de communes ou d’agglomérations : |  |
|  |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** | **0,00**  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |   |  Organismes sociaux (détailler): |  |
| Autres impôts et taxes |   |  |  |
| **64- Charges de personnel** | **0,00**  | Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |
| Rémunération des personnels |   |  Agence de service et de paiement |  |
| Charges sociales |   | Autres établissements publics |  |
| Autres charges de personnel |   |  Aides privées (fondation) |   |
| **65- Autres charges de gestion courante****(10% maximum des charges de personnels)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0,00**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **77- Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78 – Reprise sur amortissements et provisions** |  |
| **69- Impôt sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés** |  | **79 – Transfert de charges** |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0,00**  | **TOTAL DES PRODUITS** | **0,00**  |
| **Excédent prévisionnel (bénéfice)** |  | **Insuffisance prévisionnelle (déficit)** |   |

Ne pas indiquer les centimes d'euros.

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.

***Du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS**  | **Montant** |
| **CHARGES DIRECTES**  | **RESSOURCES DIRECTES**  |
| **60 – Achat** | **0,00**  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** | **0,00**  |
| Achats matières et fournitures |   | **73 – Dotations et produits de tarification**  | **0,00**  |
| Autres fournitures |   | **74- Subventions d’exploitation** | **0,00**  |
|  |   | Etat: |  |
| **61 - Services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Locations  |   |  ARS |  |
| Entretien et réparation |   |  |  |
| Assurance |   |  |  |
| Documentation |   |  Région(s): |  |
|  |   |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0,00**  |   |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |   |  Conseils Départementaux : |  |
| Publicité, publication |   |  |  |
| Déplacements, missions |   |   |  |
| Services bancaires, autres |   |  Communes, Communautés de communes ou d’agglomérations : |  |
|  |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** | **0,00**  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |   |  Organismes sociaux (détailler): |  |
| Autres impôts et taxes |   |  |  |
| **64- Charges de personnel** | **0,00**  | Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |
| Rémunération des personnels |   |  Agence de service et de paiement |  |
| Charges sociales |   | Autres établissements publics |  |
| Autres charges de personnel |   |  Aides privées (fondation) |   |
| **65- Autres charges de gestion courante****(10% maximum des charges de personnel)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0,00**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **77- Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements, provisions et engagements à réaliser sur ressources affectées** |  | **78 – Reprise sur amortissements et provisions** |  |
| **69- Impôt sur les bénéfices (IS) ; Participation des salariés** |  | **79 – Transfert de charges** |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0,00**  | **TOTAL DES PRODUITS** | **0,00**  |
| **Excédent prévisionnel (bénéfice)** |  | **Insuffisance prévisionnelle (déficit)** |   |

Ne pas indiquer les centimes d'euros.

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.

## Evaluation

Le projet devra être évalué afin d’identifier ses points forts, ses axes d’amélioration, et afin de rendre compte de l’utilisation de la subvention. L’évaluation portera à la fois sur la mise en œuvre et sur les résultats obtenus.

Il sera également nécessaire de définir les sources d’informations sur lesquelles vous vous appuierez pour recueillir les données d’évaluation (attention : s’il n’existe pas de source de données, il faudra les créer).

***!* Les éléments que vous devez compléter (encadrés en vert) seront annexés à votre contrat de financement si votre demande est retenue par l’ARS.**

***1 - La méthode d’évaluation*** *est destinée à définir comment les effets de l’action seront mesurés : par exemple au moyen de comparaison avant/après. Elle impose de réinterroger les objectifs (qu’est-ce que je veux et peux mesurer ?). Elle doit décrire de façon détaillée comment et dans quelle mesure l'objectif sera atteint en précisant et en décrivant les outils de mesure.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Méthode d’évaluation prévue** |  |

***2 -******Les outils d’évaluation******doivent être indiqués dans les tableaux ci-dessous (\*)****, ex : grilles d'analyse de la satisfaction des bénéficiaires, grille d'évaluation d'un état d'une personne, définition d'un index (IMC), tableaux de bord, questionnaires (validés ou non par un acteur ou une institution reconnus, qualitatif ou quantitatif…), fiches de suivi, grille d’entretiens (directifs, semi directifs…), mobilisation de SI, requêtes…*

*- Evaluation et indicateurs de processus :*

*Il s’agira ici d’apprécier l’opérationnalité de la mise en œuvre du projet, en identifiant les écarts en termes de ressources, activités et publics visés, entre ce qui est prévu et ce qui est réellement mis en œuvre sur le terrain.*

*L’objectif sera de décrire le déroulement du dispositif, les freins rencontrés et les points forts du dispositif, ainsi que les éléments de contexte (contraintes, opportunités) qui ont une incidence sur l’action.*

*Exemples de questions à se poser :*

*- Freins et leviers à la mise en œuvre : Les activités prévues ont-elles été toutes réalisées dans le respect des délais et du budget ? Compétences mobilisées ? Est-ce que les publics visés ont été atteints ?*

*- Eléments de contexte : Portage institutionnel suffisant ? Effet des partenariats existants sur la mise en place des actions ?*

*Cette analyse permettra in fine d’apprécier la mise en œuvre de l’action et d’orienter vers d’éventuelles améliorations attendues.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de processus** | **Valeurs cibles 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024** | **Valeurs cibles 2025** | **Valeurs cibles 2026** | **Outils d’évaluation** |
| *Recrutement/désignation et profil du chef de projet LSST (écart avec le prévisionnel, leviers et freins éventuels)* |  |  |  |  |
| *Mise en place du COPIL/ autre instance de pilotage (écart avec le prévisionnel, leviers et freins éventuels)* |  |  |  |  |
| *Nombre et profil des professionnels formés au conseil d’aide à l’arrêt et/ou à la prescription de substituts nicotiniques (écart avec le prévisionnel)* |  |  |  |  |
| *Nombre et profil de professionnels sensibilisés à la prise en charge du patient fumeur* |  |  |  |  |
| *Nombre de consultations individuelles en tabacologie / Nombre de patients vus en consultation (écart avec le prévisionnel)* |  |  |  |  |
| *Aménagements d’espaces réalisés et type d’aménagement (écart avec le prévisionnel, leviers et freins éventuels)* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé : …* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |

***- Indicateurs d’activité :****ils expriment par des données souvent chiffrées la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions…) selon une approche quantitative*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs d’activité** | **Valeurs cibles 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024** | **Valeurs cibles 2025** | **Valeurs cibles 2026** | **Outils d’évaluation** |
| *Nombre de consultations individuelles en tabacologie (préciser si public spécifique)* |  |  |  |  |
| *Nombre de professionnels formés* |  |  |  |  |
| *Nombre d’ateliers réalisés (préciser le type)*  |  |  |  |  |
| *Protocoles réalisés dans le cadre du dispositif* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé : …* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |

***- Evaluation et indicateurs de résultats******:***

*Elle vise à mesurer l’atteinte des objectifs spécifiques.*

*Exemples de questions à se poser :*

* *Le dispositif a-t-il permis aux professionnels d’améliorer leur connaissance et d’être mieux outillés pour prise en charge des patients fumeurs ?*
* *Le dispositif a-t-il permis d’organiser une meilleure accessibilité aux soins des patients et du personnel fumeur ?*
* *Etc….*

*Il s’agira ici d’approfondir notamment les aspects suivants :*

* *L’amélioration des pratiques professionnelles et des connaissances ;*
* *L’amélioration de l’état de santé des personnes ciblées, ainsi que l’évolution des comportements et l’amélioration de la qualité de vie,*
* *L’efficience du dispositif.*

*Une comparaison de la situation avant et après la mise en place du dispositif pourra être réalisée.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats** | **Valeurs cibles 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024** | **Valeurs cibles 2025** | **Valeurs cibles 2026** | **Outils d’évaluation** |
| *% de patients identifiés comme fumeurs parmi les patients pris en charge au sein de l’établissement* |  |  |  |  |
| *% des patients identifiés fumeurs et ayant bénéficié d’un traitement de sevrage tabac*  |  |  |  |  |
| *% des patients identifiés fumeurs et ayant bénéficié d’au moins une consultation en tabacologie*  |  |  |  |  |
| *Motif des patients identifiés et ayant refusé de bénéficier d’un traitement de sevrage tabac (adhésion)* |  |  |  |  |
| *% de patients ayant entamé une démarche de réduction ou arrêt du tabac parmi les patients identifiés* |  |  |  |  |
| *Prévalence du tabagisme du personnel de l’établissement* |  |  |  |  |
| *Délai d’attente entre la demande de consultation de tabacologie et sa réalisation* |  |  |  |  |
| *% des professionnels qui se sentent mieux outiller sur le conseil d’aide à l’arrêt et/ou à la prescription de substituts nicotiniques parmi les professionnels formés* |  |  |  |  |
| *Nombre et motif des professionnels ayant refusé de participer aux actions de sensibilisation/formation à la prise en charge du patient fumeur (adhésion)* |  |  |  |  |
| *Satisfaction du personnel vis-à-vis des aménagements réalisés*  |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé : …* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |
| *Autre indicateur proposé :…* |  |  |  |  |

***Exemples d’indicateurs par type d’action*** *:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’action** | **Indicateurs de processus**  | **Indicateurs d’activité** | **Indicateurs de résultats** |
| **Coordination****Travail en réseau** | - Nature des coopérations- Implication des partenaires- Reconnaissance de votre place comme partenaireincontournable dans leréseau- Formalisation des partenariats- Type et qualité de laCoordination | - Nombre de structures contactées- Nombre de structures associées- Ratio nombre deComptes-Rendus /nombre de réunion-Temps consacré ausoutien et à lacoordination | - Nombre d’échanges- Nombre de cas résolus grâce à la coordination- Nombre d’orientationsadaptées vers professionnels du réseau- Nombre de relais (professionnels de santé bénévoles ou autres)-Taux d’application des outils- Amélioration de la synergie entre partenaires médicaux,médico-sociaux… |
| **Appui méthodologique à la conception d’un projet** | - Moyens humains- Moyens matériels- Mise en place d’outilsd’assistance méthodologique à la conception et à la rédaction du projet- Référentiels proposés | - Temps consacré par projet suivi- Nombre de réunions | - Ratio Nombre de dossiersaboutis/demandes- Taux de satisfaction des bénéficiaires |
| **Prise en charge****individuelle ou****collective****Accompagnement** | - Analyse des modalités de l’accompagnement- Mise en place d’outils de suivi | - Files actives- Nombre de structures consultées avec le bénéficiaire- Nombre de séances ou entretiens réalisés- Durée des prises en charge | -Nombre de bénéficiaires sortant du dispositif avec un logement par exemple…- Nombre de personnes prises en charge-Taux de satisfaction des personnes prises en charge- Ratio personnes prises en charge/personnes en besoin-Taux de vaccination / référence |
| **Dépistage****Repérage** | - Nombre de professionnels ou structures participants - Types d’équipements (Centre de radiologie…)- Nature des coordinations avec les partenaires- Types de freins identifiés pour l’accès aux soins | - Nombre d’invitations adressées- Nombre de dépistages réalisés | - Taux de participation (nombre de dépistages réalisés/pop cible)- Nombre de pathologies détectées- Taux de population orientée en fonction du résultat au dépistage- Délais entre le dépistage et la prise en charge- Ratio Dépistage Organisé/total dépistage- Ratio mammographies numériques/analogiques-Types de besoins repérés |

## Attestation

*Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'établissement auprès duquel vous déposez cette demande.*

Je soussigné(e), (nom et prénom)......................................................................…………………...........

représentant(e) légal(e) de la structure ……………………………………….........

Déclare

- que la structure est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent dossier ;

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de la période du 1er novembre 2023 au 31 décembre 2024 (14 mois)

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 2025

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 2026

- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de la structure (joindre un RIB)

*Spécifiquement pour les associations :*

- que l'association respecte les principes et valeurs de la Charte des engagements réciproques conclue le 14 février 2014 entre l'État, les associations d'élus territoriaux et le Mouvement associatif, ainsi que les déclinaisons de cette charte ;

 - que l’association souscrit au contrat d’engagement républicain annexé au décret pris pour l’application de l’article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;

- que l’association a perçu un montant total et cumulé d’aides publiques (subventions financières -ou en numéraire- et en nature) sur les trois derniers exercices (dont l’exercice en cours) :

□ inférieur ou égal à 500 000 €

□ supérieur à 500 000 €

*Si le signataire n'est pas le représentant statutaire ou légal, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures - celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter) lui permettant d'engager celle-ci.*

Fait, le ............................................

à .......................................................................................................

Signature

|  |
| --- |
|  |

## Informations annexes *(relatives aux subventions déjà perçues dans le cadre de la réglementation européenne relative aux aides d'Etat) – uniquement pour les associations*

Si, et seulement si, **l'association** a déjà perçu au cours des trois derniers exercices (dont l'exercice en cours) des subventions au titre d'un texte relevant de la réglementation européenne des aides d'Etat (de type : "Décision Almunia","Règlement de *minimis*", "Régime d'aide pris sur la base du RGEC"...) renseigner le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de signature de l'acte d'attribution de la subvention (arrêté, convention) | Année(s) pour laquelle/lesquelles la subvention a été attribuée | Décision européenne, "Règlement" ou "régime d'aide" européen à laquelle ou auquel il est fait référence, le cas échéant, sur l'acte d'attribution de la subvention | Autorité publique ayant accordé la subvention | Montant |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |