**Demande de subvention 2022**

Dossier complémentaire au formulaire cerfa 12156\*05

****

**Formulaire cerfa 12156\*05 : 3 pages par projet (5 à 7)**

**Dossier complémentaire : 1 dossier par projet**

****

**A remplir sur le Cerfa :**

****

**A remplir sur le dossier complémentaire :**

**Le présent dossier accompagné du formulaire cerfa doivent être retournés dûment complétés aux adresses e-mail suivantes :**

[ars-reunion-datps@ars.sante.fr](mailto:ars-reunion-datps@ars.sante.fr)

[ars-reunion-fir@ars.sante.fr](mailto:ars-reunion-fir@ars.sante.fr)

**Nom de la structure :** :

**Intitulé du projet :** :

**Thématique principale :** :

Environnement



Santé au travail



Risque routier



Conduites addictives



Nutrition (alimentation et activité physique)



Cancers



Santé bucco-dentaire



Sexualité (contraception, IVG)



Accidents de la vie courante



Médicament



Vaccination



Santé mentale



VIH-Sida IST



Hépatites (VHB - VHC)



Santé en milieu scolaire



Périnatalité - Parentalité



Vieillissement



Précarité



Violence (dont mutilations sexuelles)



Maladies chroniques (autres)



Politique de santé



Maladies rares



Douleur, Soins palliatifs



Maladies infectieuses (autres)



(Autre) :



**S’agit-il d’une action déjà financée par l’ARS en 2021 ?** Oui Non



**S’agit-il de la poursuite d’une action menée antérieurement ?** Oui Non



**S’agit-il d’une action ponctuelle (non reconduite en N+1)?** Oui Non



**Montant de la subvention sollicitée auprès de l’ARS :**… €

**DOCUMENTS A FOURNIR**

**NB : Fournir impérativement au présent dossier le bilan pour toute action réalisée en année n-1, financée ou non par l’ars**

**→ Si vous n’avez jamais déposé de demande de subvention auprès de l’Agence de Santé La Réunion** :

* les **statuts** de l’association déposés ou approuvés,
* la liste des **membres** du Conseil d’Administration et du Bureau,
* un **relevé d’identité bancaire** ou postal ou l’identification du comptable public à qui seront versés les fonds s’il s’agit d’une collectivité publique,
* les **comptes** approuvés du dernier exercice clos,
* le **rapport du commissaire aux comptes** pour les associations qui en ont désigné un, notamment celles qui ont reçu annuellement plus de 153 000 € de dons ou de subventions,
* le plus récent **rapport d’activité** approuvé.
* si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’association, le **pouvoir** donné par ce dernier au signataire,

**→ Si vous avez déjà déposé une demande de subvention auprès de l’Agence de Santé La Réunion :**

* en cas de modification depuis le dépôt d’une demande initiale :
* les **statuts** déposés ou approuvés,
* la liste des **membres** du conseil d’Administration et du Bureau.
* dans tous les cas fournir les documents suivants :
* un **relevé d’identité bancaire** récent,
* le **rapport du commissaire aux comptes** pour les associations qui en ont désigné un, notamment celle qui ont reçu annuellement plus de 153 000€ de dons ou de subventions,
* le plus récent **rapport d’activité** approuvé.
* si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’association, le **pouvoir** de ce dernier au signataire,

**Dans les six mois suivant la fin de l’exercice pour lequel la subvention a été attribuée, fournir le dernier rapport d’activité et les derniers comptes approuvés de votre association.**

1. **IDENTIFICATION DE L’ASSOCIATION**



**ET :**



**Composition du bureau :**

Président :

Trésorier :

Secrétaire :

1. **RELATIONS AVEC L’ADMINISTRATION**



1. **RELATIONS AVEC D’AUTRES ASSOCIATIONS**



1. **MOYENS HUMAINS au 31 décembre de l’année écoulée**



1. **BUDGET DE L’ASSOCIATION**





**Renseigner le budget PREVISIONNEL de l’année N.**

1. **PROJET - OBJET DE LA DEMANDE**



**ET :**



**6.1 Intitulé :**

**ET :**



**Diagnostic :**

*Le promoteur s’attachera ici à clarifier la problématique : contexte, diagnostic réalisé, perception du problème par les acteurs, données probantes existantes et fondements théoriques expliquant le problème, hypothèses, interventions probantes existantes ou non pour répondre à la problématique identifiée.*

*Dans la mesure du possible, il décrira :*

* *les liens entre déterminants de santé et l’état de santé de la population cible,*
* *l’importance et la sévérité des problèmes de santé publique,*
* *les moyen(s) de les prévenir (sur quoi agir, que faire);*

*Il définira également le contexte organisationnel et réglementaire, les caractéristiques du milieu et de la population, les éléments de faisabilité et d’implantation.*



**6.2 Objectifs :**

**Objectif général, objectif(s) spécifique(s)**

Le promoteur s’attachera ici à lister le (ou les) objectif(s) général et spécifique(s) qu’il cherche à atteindre en mettant en place ce type d’action ou de projet, **en s’appuyant sur les objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé. (**<https://www.lareunion.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028-1>**)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Objectif Général :*** *A compléter à partir du PRS 2018-2028* | |
| ***Objectif spécifique 1*** | *A définir par le promoteur* |
| ***Objectif spécifique 2*** | *A définir par le promoteur* |
| ***Objectif spécifique 3*** | *A définir par le promoteur*. |



**6.3 Description :**

*Le promoteur décria ici les objectifs opérationnels du projet et les actions à mettre en place pour les atteindre. Ces actions feront l’objet d’indicateurs dont la méthode de recueil et de calcul sera décrite. Une cible pourra être proposée.*

|  |
| --- |
| **Objectifs opérationnel déclinés en actions** |
| **Objectif 1 / Action 1 :** *A définir par le promoteur* |
| **Objectif 2 / Action 2 :** *A définir par le promoteur* |
| **…ect.** |



**Méthode d’intervention :**

Actions en lien direct avec le public :

Accueil, écoute, orientation



Communication :



Relais de campagnes nationales de prévention)



Sensibilisation ponctuelle (journée, forum, exposition…)



Diffusion de documentation (brochures, livres, outils…)



Information, sensibilisation



Intervention éducative de proximité :



Programme d’action continue (ateliers santé, groupes de parole…)



Séances individuelles (prise en charge, accompagnement personnalisé,…)



Éducation thérapeutique du patient



Soutien aux aidants et proches



Repérage et dépistage



Actions en lien direct avec les professionnels et acteurs :

Coordination et animation de réseau



Appui méthodologique aux acteurs de terrain (démarche de projet, évaluation)



Production ou valorisation d’outils



Formation des professionnels et échange de pratiques



Plaidoyer



Action de santé communautaire



Autre, précisez :





**Milieu d’intervention :**

Espace public/milieu de la vie courante



Milieu familial



Milieu scolaire



Milieu de l’insertion



Milieu institutionnel (carcéral,……)



Milieux sportifs ou de loisirs



Milieu du travail



Autre, précisez :



**6.4 Bénéficiaires :**

Nourrissons (0-2 ans)



Enfants (2-5 ans)



Enfants (6-9 ans)



Préadolescents (10-12 ans)



Adolescents (13-18 ans)



Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)



Adultes 18-55 ans



Personnes de plus de 55 ans



Professionnels de santé



Professionnels du social



Professionnels de l'éducation



Autre profession



Tout public



Femmes enceintes



Parents



Patients



Personnes relais / pairs



Aidants



Personnes handicapées



Homosexuels



Habitants



Etudiants, apprentis



Personnes détenues ou sous-main de justice



Gens du voyage



Personnes immigrées



Personnes prostituées



Usagers de drogues



Personnes sans domicile fixe



Chômeurs



Personnes en difficulté socio-économique



Autre



Homme



Femme



**6.5 Territoire :**

Département



Commune, à préciser :



Communauté de commune, à préciser :



Quartier, à préciser :



CPTS, à préciser :



MSP, à préciser :



Autre, à préciser :





**6.6 Moyens matériels et humains :**

**ET :**

****

**Partenaires :**

*Le promoteur s’attachera ici à décrire la dynamique territoriale du projet, et notamment :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***NOM DU PARTENAIRE*** | ***TYPE DE PARTENAIRE***  ***(PRIVE, PUBLIC,…)*** | ***ROLE PREVU DANS L'ACTION***  ***(OPERATIONNEL, FACILITATEUR, …)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* *L’ensemble des acteurs du territoire pouvant agir sur la problématique, les partenaires institutionnels, acteurs, usagers impliqués dans le projet (lettres d’engagement, comptes rendus de réunion et conventions de partenariat à joindre),*
* *L’inscription du projet dans le cadre d’un Contrat local de santé, d’un Groupement hospitalier de territoire, une Communauté Pluri-professionnelle de Territoire de Santé…ect.*

*Partenaires mobilisés pour le projet (hors financiers) :*

* *La gouvernance territoriale prévue et/ou initiée : instances décisionnelles, opérationnelles, groupes de travails, lettres de mission, délégations de compétence, pouvoir…etc.*



**6.7 Date ou période de réalisation :**

**ET :**



**Étapes et Calendrier :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Intitulé de l'étape*** | ***Description*** | ***Calendrier prévisionnel*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6.8 Évaluation : Indicateurs proposés au regard des objectifs ci-dessus**

**Structure chargée de l’évaluation**

Auto-évaluation



Recours à un évaluateur externe, à préciser :



**Type d’évaluation prévu**

Recueil d’activité



*Suivi/monitorage d’une activité par des indicateurs grâce à un recueil d’informations au cours de l’activité*

Recherche évaluative



*Le promoteur s’attachera ici à décrire les éléments de méthodologie pris en compte notamment selon les items suivants :*

* *Le processus méthodologique et le déploiement du projet d’évaluation : Ressources Humaines et matérielles, échéancier, outils de mesure de la qualité et de la performance de l’intervention.*
* *Le cas échéant : indicateurs d’impact, efficacité, efficience et effets délétères*
* *Les personnes associées à l’évaluation : partenaires, bénéficiaires, intervenants de l’action*
* *La gouvernance du processus d’évaluation*

Recherche interventionnelle



*Le promoteur partagera le protocole construit avec les partenaires de cette recherche interventionnelle.*

Évaluation d’impact sur la santé



*Le promoteur partagera le protocole construit avec les partenaires du projet d*’évaluation d’impact sur la santé

**Outils utilisés**

Grille d’autoévaluation de Santé Publique France (ex-INPES), précisez :



Questionnaires



Tableau de bord



Entretiens de groupe ou individuels



Autres outils, précisez :



**Tableau récapitulatif des indicateurs et cibles a atteindre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectif opérationnels / actions** | **Indicateur à mesurer** (quantitatifs, qualitatifs) | **Evaluation**  (méthode d’évaluation, par qui sera réalisée l’évaluation, coût prévisionnel, outils\*) = | **résultats attendus / cibles à atteindre** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Budget du projet**





**ET**



**Renseigner le budget PREVISIONNEL de l’année N.**

**Détail des dépenses envisagées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postes 60 à 62** | **Nature de la dépense** | **Montant** |
| Achats |  |  |
| Prestation de service |  |  |
| Matières et fournitures |  |  |
| Location |  |  |
| Entretien |  |  |
| Assurance |  |  |
| Honoraires |  |  |
| Publicité |  |  |
| Déplacements, missions |  |  |

1. **Attestations**



**7bis. Informations annexes**

