Description : ARS-TERRITOIRE GRAPHIQUE

**demande de subvention**

**ARS de Normandie**

**2021**

**SEMAINE DU DEPISTAGE**

2012



****

**ATTENTION : NOUS VOUS DEMANDONS DE NE PAS MODIFIER LE CADRE INITIAL DE CE DOCUMENT.**

**Porteur de l’action :**

**Action nouvelle**

**Action reconduite**

###### Identification du projet

**Intitulé de l’action :**

**Cette action s’inscrit dans quels territoires :**

Région

Territoire de santé de l'Orne

Territoire de santé de la Manche

Territoire de santé du Calvados

Territoire de santé de Dieppe

Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

Territoire de santé d’Evreux-Vernon

Territoire de santé du Havre

###### I. Promoteur du projet

**I. 1**

###### Nom du promoteur :

N° Siret (attribué par l’INSEE) :

(Obligatoire pour l’obtention d’une subvention publique)

Adresse (du siège social si vous êtes une association) :

Code postal :       Commune :

Tél. :       Télécopie :

Mail :

Site internet :

Adresse du correspondant, si différente du siège :

Code postal :       Commune :

Association loi 1901  Autres (Fondation, GIP, …)

Préciser le statut :

Nombre d’adhérents :       Montant annuel de la cotisation :

Y-a-t-il des adhérents personnes morales ? :

Si oui, lesquels :

Union, Fédération ou réseau auquel est affilié le promoteur :

**Identification du responsable légal :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

**Identification de la personne chargée du projet :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

Tél. :       Télécopie :

Mail :

**Identités et adresses des structures relevant du secteur marchand avec lesquelles l’association est liée :**

###### II. Description de l’action

**Personne responsable de l’action :**

Nom :       Prénom :

Fonction :

Téléphone :       Courriel :

**Les objectifs de l’action :**

**Objectif général de l’action**(But poursuivi, résultat souhaité) **:**

**Objectifs opérationnels quantifiés**(Déclinaison de l’objectif général en termes plus précis et chiffrés ou évaluables) **:**

**Indicateurs et méthode d’évaluation prévus :**

Indicateurs qualitatifs :

Indicateurs quantitatifs :

Méthode d’évaluation :

**Portée territoriale de l’action :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dans quels agglomérations, ou communes ou quartiers ? | Quels sont les lieux d’intervention (établissement scolaire, hôpital, centre social…) | Pourquoi cette zone ? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Public cible de l’action

* Sexe :
* Nombre de personnes concernées par l’action:

Nourrissons (0-2ans)

Enfants (2-9ans)

Adolescents (10-16ans)

Jeunes (16-25 ans)

Adulte

Personnes de plus de 55 ans

Chômeurs

Etudiants-apprentis

Femmes enceintes

Gens du voyage

Habitants

Homosexuels

Parents

Patients

Personnes handicapées

Personnes immigrées

Personnes sous-main de justice

Personnes en difficulté socio-économique

Personnes sans domicile fixe

Usagers de drogues

Professionnels de santé

Professionnels du social

Professionnel de l’éducation

Personnes relais/pairs

Aidants

Autre - Précisez :…................

**Comment et pourquoi s’est fait le choix de cette cible ?**

**Comment la population cible est-elle associée au projet ?**

**Précisez les outils utilisés (outils santé publique France, ARS, création d’outils spécifiques …)**

**Moyens de communication sur l’action :**

**Moyens humains :**

Equipe de travail mobilisée sur ce projet :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualification | Nombre | ETP | Statut\* | Intervention à quelle phase de l’action ? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* : S = salarié ; B = Bénévole ; M = Mise à disposition

**Partenariats :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisme | Qualification et compétences des intervenants | Rôle effectif dans l’action | Intervention à quelle phase de l’action ? \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\***: participation à un groupe de travail en amont de l’action, conseils méthodologiques, interventions durant l’action….

###### III. Attestation sur l’honneur

**III. 1**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou renouvellement) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal de l’association, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), (nom et prénom),

représentant(e) légal(e) de l’association,

- certifie que l’association est régulièrement déclarée

- certifie que l’association est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

- demande une subvention de :       €

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l’association **(joindre obligatoirement un RIB)** :

Nom du **titulaire du compte** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Code Banque** | **Code guichet** | **Numéro de Compte** | **Clé RIB** |
|  |  |  |  |

**Banque** :

Domiciliation :

**IBAN - *Identifiant international de compte*:**

**BIC – *Identifiant international de l’Etablissement :***

Fait, le       à

**Signature obligatoire**

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

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’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

****

**Evaluation Semaine régionale du Dépistage VIH, Hépatites et autres IST - 2021**

**Nombre d’actions réalisées sur la semaine (information, dépistage, prévention, etc.) :** ……………...

**Types d’action :**

(Préciser le nombre pour chaque type d’action)

☐ Dépistage dans les locaux : …………

☐ Dépistage hors les murs : ……..........

☐ Sensibilisation à la prévention des risques dans les locaux : ………..

☐ Sensibilisation à la prévention des risques hors les murs : ………….

☐ Information dans les locaux : ………

☐ Information hors les murs : …………

☐ Ateliers santé dans les locaux : ………………

☐ Ateliers santé hors les murs : …………………

**Lieu de l’action :**

(Préciser le nombre d’actions par type d’action et les codes postaux)

☐ Lieu de rencontre extérieur/privé : …………..

☐ Milieu carcéral : ……………………………….

☐ Foyer : ………………………………………….

☐ CeGIDD : ………………………………………

☐ Local associatif : ………………………………

☐ En ligne - réseaux sociaux : …………………

☐ CSAPA/ CAARUD : …………………………..

☐ Milieu scolaire / universitaire : ……………….

☐ Autre(s) : ………………………………………

**Actions mises en place dans le cadre d’un partenariat** :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, avec quels partenaires ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nombre de personnes touchées sur la semaine (information, dépistage, prévention, etc.) : ……………**

**Public ciblé :**

(Préciser le nombre de personnes rencontrées pour chaque public)

☐ Migrants : …………………………………………

☐ TDS (travailleurs / travailleuses du sexe) : ………………………………………………

☐ UD (usagers de drogues) ………. dont UDI (usagers de drogues injectables) ……………

☐ Chem sex ……………. dont UDI ……………………………

☐ Détenu.e.s : ………………………………………

☐ Personnes Transgenres : ………………………………

☐ HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) : ……………………………

☐ Personnes en situation de handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, polyhandicap, etc.) : ………………………….

☐ Autres : ……………………………………

**Genre :**

(Préciser le nombre de personnes rencontrées pour chaque item)

☐ Femme : ………………

☐ Homme : ……………...

☐ Neutre : ………………..

☐ Personne en transition : …………

☐ Non précisé : …………………

**Sexualité :**

(Préciser le nombre de personnes rencontrées pour chaque public)

☐ Hétérosexuels : ……….

☐ FSF (Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes) : ……………….

☐ HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) : …………………

☐ Non précisée : …………………

**Âge :**

(Préciser le nombre de personnes rencontrées pour chaque tranche d’âge)

< 18 ans : ……………………

18-25 ans : ………………….

26-45 ans : ………………….

46-65 ans : ………………….

>65 ans ……………………...

**Pour chaque action de dépistage** :

**Motif de recours au dépistage :**

(Préciser le nombre pour chaque motif)

☐ Risque sexuel (rupture de préservatif, rapport non protégé) : …………………………………

☐ Facteur de risque partenaire (séropositif, multipartenaire) : …………………………………..

☐ Facteur de risque sanguin (usage de drogues, transfusion, échange de matériel d’injection, tatouage…) : …………………………………………………………..

☐ Autre : ………………………………

**Dernier dépistage connu :**

(Préciser le nombre pour chaque item coché)

☐ Personnes ayant déjà effectué un test de dépistage : ………………………

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour le VIH : ……………………………

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour l’hépatite A : ………………………

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour l’hépatite B : ………………………

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour l’hépatite C : ………………………

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour la syphilis : ………………………..

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour la chlamydiae : …………………..

☐ Personnes ayant déjà été dépistées pour le gonocoque : ……………………

☐ Personnes n’ayant jamais effectué de dépistage : ………………………….

**Délai par rapport au dernier dépistage :**

(Préciser le nombre pour chaque item coché)

☐ Première fois : …………………………..

☐ Moins de 3 mois : ……………………….

☐ Entre 3 et 6 mois : ………………………  
☐ entre 6 mois et 1 an : …………………..

☐ Plus d’un an : ……………………………

**Nombre de dépistages réalisés sur la semaine**

* **Types de dépistage effectué :**

☐ TROD VIH ☐ TROD VHC ☐ TROD Combiné

☐ Sérologie VIH ☐ Sérologie VHB ☐ Sérologie VHC

☐ Sérologie VHA

☐ Sérologie syphilis ☐ Chlamydiae ☐ Gonocoque

* **Tests VIH :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de TRODs réalisés | Nombre de TRODs positifs | Nombre de sérologies réalisées | Nombre de sérologies positives |
|  |  |  |  |

* **Tests VHC :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de TRODs réalisés | Nombre de TRODs positifs | Nombre de sérologies réalisées | Nombre de sérologies positives |
|  |  |  |  |

* **Sérologies VHB :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de sérologies réalisées | Nombre de sérologies positives |
|  |  |

* **Sérologies VHA :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de sérologies réalisées | Nombre de sérologies positives |
|  |  |

* **Sérologies Syphilis :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de sérologies réalisées | Nombre de sérologies positives |
|  |  |

* **Dépistages Chlamydiae :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de dépistages réalisés | Nombre de dépistages positifs |
|  |  |

* **Dépistages Gonocoque :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de dépistages réalisés | Nombre de dépistages positifs |
|  |  |

**Pour chaque action de dépistage et/ou information-sensibilisation / atelier santé**

**Matériel distribué :**

(Nombre à préciser pour chaque item coché)  
☐ Préservatifs : ……. ….

☐ Autotests : ………...

☐ Digues : ……….

☐ Supports d’information : ………..

☐ Autres : …………………………..

**Information PrEP réalisée :**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre d’informations PrEP réalisées : ……………………..

**Orientations :**

(Nombre à préciser pour chaque item coché)

☐ CeGIDD : …….

☐ PrEP (Prophylaxie Pré Exposition) : …………

☐ TPE (Traitement Post Exposition) : ………….

☐ Psychologue : .………..

☐ Association communautaire…………

☐ Vaccination : ………………………….

☐ Médecin spécialiste : ………………..

☐ Autres (services sociaux, juridiques, planification familiale…)

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

**Informations délivrées lors des actions/ thèmes abordés :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................

**Points positifs, points négatifs, points à améliorer :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………