



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

PROGRAMME DE PRÉVENTION, DE SOUTIEN ET DE RECHERCHE POUR L'HÉPATITE C

PRÉVENTION ET SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

FINANCEMENT RÉGIONAL DE PROJET

FORMULAIRE DE DEMANDE

Pour plus d'information, visitez
www.santecanada.ca/hepatitec

Informez-vous.

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

Also available in English under the title
*Hepatitis C Prevention, Support & Research Program
Prevention & Community-Based Support
Regional Project Funding
Application Form*

Mai 2001

1. INTRODUCTION

- 1.1 Veuillez remplir ce formulaire pour soumettre une demande de financement de projet aux volets Prévention et Soutien communautaire du **Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C**. Le financement est alloué pour des activités précises, **de durée limitée**, ciblant les priorités et les besoins définis lors de consultations communautaires régionales face à la problématique de l'hépatite C.

Avant de commencer, veuillez :

- vous procurer un exemplaire des Directives pour le financement régional de projet du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, volets Prévention et Soutien communautaire (consultez l'Annexe A pour la liste complète de nos bureaux régionaux);
- communiquer avec le consultant en programmes du Programme hépatite C du bureau de Santé Canada de votre région. Le consultant répondra à vos questions et, au besoin, vous aidera à remplir votre demande.

- 1.2 Votre demande de financement ne sera étudiée que si vous remplissez le présent formulaire. Assurez-vous de fournir toute l'information requise et d'annexer tous les documents nécessaires.
- 1.3 Si votre organisme est **incorporé**, veuillez fournir l'information suivante : Pour faire votre demande, vous pouvez :
- remplir le présent formulaire (utilisez des feuilles supplémentaires au besoin), **ou**
 - créer votre propre formulaire, en suivant le format et l'ordre des questions du présent formulaire, **ou**
 - demander la version électronique du formulaire au bureau de Santé Canada de votre région.

2. VOTRE DEMANDE

2.1 Renseignements sur votre ORGANISME

a. Renseignements généraux

Nom de l'organisme :

Adresse :

Adresse postale (si elle diffère) :

Ville, province :

Code postal :

Téléphone : ()

Télec. : ()

Courriel :

b. Président du conseil d'administration ou autre membre

(personne principalement responsable du projet)

Nom :

Titre :

Adresse :

Adresse postale (si elle diffère) :

Ville, province :

Code postal :

Téléphone : ()

Télec. : ()

Courriel :

c. Personne-ressource (membre du personnel)

(travail quotidien)

Nom :

Titre :

Adresse :

Adresse postale (si elle diffère) :

Ville, province :

Code postal :

Téléphone : ()

Télec. : ()

Courriel :

d. Si votre organisme est **incorporé**, veuillez fournir l'information suivante :

Date de l'incorporation :

Numéro d'incorporation :

Annexez une copie de votre plus récent **rapport annuel** et une liste des **membres du conseil d'administration**. Si la composition du conseil a changé depuis la publication du rapport, veuillez fournir une liste des membres actuels.

e. Mandat

Quelle est le mandat de votre organisme? (c.-à-d., pourquoi a-t-il été créé)

Comment l'hépatite C s'insère-t-elle dans ce mandat?

f. Région desservie

Décrivez la région ou la zone desservie par votre organisme : (par ex. : est-elle rurale ou urbaine?, comment la population est-elle constituée en termes de groupes d'âge, de culture, de revenus, d'éducation?, quelles sont les tendances en terme de santé?, etc.)

—
—
—
—
—

g. Financement antérieur par Santé Canada

Votre organisme a-t-il déjà reçu du financement de Santé Canada?

Oui **Non**

Si **oui**, donnez des détails : (date, raison, montant, etc.)

2.2 Renseignements sur votre PROJET

a. Sommaire de projet

Résumez en une page le projet que vous avez l'intention de concrétiser (ex. : quel est ou quels sont les groupes que vous comptez aider et avec qui vous voulez travailler?, que ferez-vous? qui seront vos partenaires? quels résultats entendez-vous avoir atteints à la fin du projet?).

b. Le projet

Titre :

Date de début du projet :

Date de fin du projet :

c. Population(s) prioritaire(s)

Décrivez la ou les populations prioritaires que vous comptez rejoindre avec votre projet : (ex. : jeunes de rue, personnes atteintes du VHC, pharmaciens, intervenants en développement communautaire, etc.)

—

—

—

Combien de personnes environ comptez-vous rejoindre (ou aider) avec votre projet?

— (rejoindre)

— (aider, si différent)

Expliquez de quelle façon votre projet entend favoriser l'engagement significatif de la ou des populations prioritaires ciblées dans votre projet : (ex. : définition des besoins; conception et réalisation des activités, évaluation des résultats)

—

—

—

d. Énoncé des besoins

Pourquoi jugez-vous votre projet nécessaire? Votre perception est-elle fondée sur des preuves (formelles ou non)? (Résultats d'enquête ou de consultation, renseignements tirés d'entrevues, statistiques, opinion « d'expert », etc.)

Quelles raisons avez-vous de croire que vos activités aideront à combler les besoins définis? (c.-à-d., des activités semblables ont-elles aidé par le passé, dans d'autres circonstances, ou avec d'autres groupes?, mettez-vous une théorie à l'épreuve?)

2.3 Déterminants de la santé

Afin de vous assurer de bien comprendre les déterminants de la santé, consultez l'Annexe A des Directives avant de remplir cette section.

a. Quels sont les déterminants de la santé sur lesquels votre projet entend agir? (Cochez un maximum de trois déterminants.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> revenu et condition sociale | <input type="checkbox"/> réseaux de soutien social |
| <input type="checkbox"/> éducation | <input type="checkbox"/> emploi et conditions de travail |
| <input type="checkbox"/> environnements physiques | <input type="checkbox"/> environnements sociaux |
| <input type="checkbox"/> patrimoine biologique et génétique | <input type="checkbox"/> habitudes de vie |
| <input type="checkbox"/> capacité d'adaptation personnelle | <input type="checkbox"/> développement sain durant l'enfance |
| <input type="checkbox"/> services de santé | <input type="checkbox"/> sexe |
| <input type="checkbox"/> culture | |

b. Pourquoi les déterminants que vous avez choisis sont-ils si importants?

1^{er} déterminant (expliquez la pertinence)

2^e déterminant (expliquez la pertinence)

3^e déterminant (expliquez la pertinence)

c. Pour chacun des déterminants choisis, expliquez de quelle(s) façon(s) votre projet compte intervenir?

1^{er} déterminant

2^e déterminant

3^e déterminant

2.4 Plan de travail

Dans cette section, nous vous invitons à expliquer votre projet en détail.

Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec le consultant en programmes du Programme hépatite C de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada (consultez l'Annexe A pour la liste complète de nos bureaux régionaux).

2.4(1) Définition des mots clés

Avant de commencer, prenez le temps de revoir la définition des mots clés suivants :

- ▶ **Buts** : énoncés généraux sur ce que votre organisme *entend faire* avec ce projet (ex. : sensibiliser les travailleurs de rue à la nature et aux effets de l'hépatite C).
- ▶ **Objectifs** : *changements* précis, réalistes, mesurables et d'une durée limitée que vous souhaitez apporter grâce à votre projet (ex. : à la fin du projet, les travailleurs de rue du centre-ville de Vancouver (*Downtown Eastside*) auront accès à plus d'information sur l'hépatite C, ses facteurs de risque et les ressources communautaires disponibles).
- ▶ **Activités** : *gestes* précis que vous poserez pour atteindre votre objectif (ex. : *concevoir* un guide de ressources, *mettre sur pied* des ateliers de formation pour diffuser le contenu du guide).
- ▶ **Production** : produits et événements qui *découleront* de votre projet (ex. : guide, ateliers de formation, dépliant d'information).
- ▶ **Résultats** : changements/améliorations que vous comptez voir se produire à la suite de votre projet. Exemple :
 - amélioration de l'état de santé, des comportements, augmentation des connaissances/de la sensibilisation;
 - changements au niveau des déterminants de la santé – ex. : dans l'environnement social (plus de tolérance), physique (sécurité accrue, par ex. grâce à des seringues propres), ou de services (meilleur accès aux services, plus de services disponibles, travailleurs plus sensibilisés), etc.
- ▶ **Personne(s) responsables** : personne(s) principalement responsable(s) de la mise en oeuvre d'activités spécifiques.
- ▶ **Partenaire** : personne ou organisme qui contribue au projet (fonds, temps, expertise, services, local, publicité, équipement, matériel, etc.).

2.4(2) Plan de travail détaillé

Dans cette section, vous devez démontrer que vos activités découlent logiquement de vos buts et de vos objectifs, et qu'elles serviront à atteindre les résultats escomptés. Remplissez le plan de travail détaillé de votre projet :

But (général)

Objectif I (précis)

Résultat(s) escompté(s)

Activité n° 1 :

Résultat(s) escompté(s)

Calendrier (de/à)

Personne(s) responsable(s)

Partenaire(s)

Activité n° 2 :

Résultat(s) escompté(s)

Calendrier (de/à)

Personne(s) responsable(s)

Partenaire(s)

Objectif 2

Résultat(s) escompté(s)

Activité n° 1 :

Résultat(s) escompté(s)

Calendrier (de/à)

Personne(s) responsable(s)

Partenaire(s)

Activité n° 2 :

Résultat(s) escompté(s)

Calendrier (de/à)

Personne(s) responsable(s)

Partenaire(s)

2.5 Description de tâches

Décrivez brièvement chaque poste de travail du projet et les compétences requises pour l'occuper. Précisez si le poste est à temps complet ou partiel.

1. Poste : (que fera la personne?)

Compétences requises : (connaissances, formation, expérience)

—
—
—

Est-ce un poste à temps plein ou à temps partiel?

2. Poste : (que fera la personne?)

Compétences requises : (connaissances, formation, expérience)

—
—
—

Est-ce un poste à temps plein ou à temps partiel?

3. Poste : (que fera la personne?)

Compétences requises : (connaissances, formation, expérience)

—
—
—

Est-ce un poste à temps plein ou à temps partiel?

2.6 Plan d'évaluation

L'évaluation doit être considérée comme un processus continu, et non comme une tâche de dernière heure. Les buts poursuivis sont de déterminer :

- ▶ si votre projet suit/a suivi le plan de travail
- ▶ si votre projet atteint/a atteint son ou ses objectifs
- ▶ ce qui vous aide/a aidé à atteindre votre ou vos objectifs, et ce qui rend/a rendu la tâche plus difficile.

Comment saurez-vous si vous avez atteint les objectifs que vous vous étiez fixés? Dans votre rapport d'évaluation, vous devrez pouvoir répondre, pour chaque objectif, aux questions suivantes :

1. Accomplissons-nous/avons-nous accompli ce que nous avons prévu de faire?
2. Qu'apprenons-nous/qu'avons-nous appris (sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas)?
3. Notre travail entraîne-t-il/a-t-il entraîné des changements? Comment?
4. Que pouvons-nous/qu'aurions-nous pu faire autrement?
5. Comment pouvons-nous utiliser les résultats de l'évaluation dans un but d'éducation continue?

Veillez inclure les coûts d'évaluation dans votre budget détaillé. Ces coûts ne doivent pas excéder 10 pour cent de vos dépenses totales. Vous pouvez choisir d'engager un évaluateur de l'extérieur.

À titre de parrain de projet, vous aurez à suivre la performance du projet. Si vous êtes préoccupé par quelque chose, n'hésitez pas à communiquer avec votre consultant en programmes.

2.7 Budget détaillé

- ▶ **remplissez** la section Budget du présent formulaire (*Annexe C*);
- ▶ n'oubliez pas que les coûts d'investissement (ex. : achat de terrain, d'édifices, de véhicules ou d'équipement) ne sont pas couverts dans le financement de ce programme;
- ▶ démontrez comment les coûts seront engagés pour chaque activité de projet;
- ▶ dressez la liste de toutes les contributions – financières ou autres – qui seront faites par votre organisme ou un partenaire (services, locaux, équipement, temps, etc.);
- ▶ incluez les coûts d'évaluation et de diffusion.

Rappel : L'exercice financier de Santé Canada commence le 1^{er} avril et se termine le 31 mars.

2.8 Partenariats

Dressez la liste des organismes, groupes et coalitions avec lesquels vous avez prévu de travailler sur ce projet. Indiquez quelle sera la contribution de chacun, c.-à-d. de quoi chacun sera responsable (formation, évaluation, travail sur le terrain, etc.), et de quelle façon (financement, expertise, etc.). Consultez la section 2.11.

Partenaire n° 1

Nom de l'organisme :

Champs de responsabilité (et forme de la contribution) : ex. : formation (fournir l'expertise et le local pour l'atelier), financement (payer les coûts d'impression de la brochure éducative)

—
—
—

Partenaire n° 2

Nom de l'organisme :

Champs de responsabilité (et forme de la contribution) : ex. : formation (fournir l'expertise et le local pour l'atelier), financement (payer les coûts d'impression de la brochure éducative)

—
—
—

Partenaire n° 3

Nom de l'organisme :

Champs de responsabilité (et forme de la contribution) : ex. : formation (fournir l'expertise et le local pour l'atelier), financement (payer les coûts d'impression de la brochure éducative)

—
—
—

2.9 Partage des connaissances

Avec qui prévoyez-vous de partager les résultats de votre projet? Comment? (atelier, brochure, article, conférence, etc.)

Les résultats seront partagés avec :

-
-
-
-

au moyen de :

-
-
-
-

N'oubliez pas d'inclure ces activités dans votre budget détaillé.

2.10 Viabilité

Croyez-vous que votre projet continuera une fois le financement épuisé?

- Oui** **Non**

Si **oui**, expliquez comment : (bénévoles, levée de fonds, autre organisme prend la relève, etc.)

2.11 Lettres d'engagement

Vous **devez** annexer à votre demande :

- ▶ une lettre d'intention d'engagement de votre organisme, acceptant de parrainer le projet (*Annexe C*);
- ▶ des lettres des organismes partenaires, qui expliquent comment ils contribueront au projet.

ANNEXE A BUREAUX RÉGIONAUX DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSPSP)

Communiquez avec le Bureau régional de Santé Canada (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique) et demandez à parler au consultant en programmes du Programme hépatite C. (Note : Le consultant vous rappellera si votre appel est interurbain.)

C.-B./YUKON

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
Bureau 440F
757, rue Hastings Ouest
Vancouver, C.-B. V6C 1A1
Tél. : (604) 666-2729
Télé. : (604) 666-8986

ALBERTA/T. N.-O.

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
Bureau 815, Place Canada
9700, avenue Jasper
Edmonton, Alberta T5J 4C3
Tél. : (780) 495-2754
Télé. : (780) 495-7842

MANITOBA et SASKATCHEWAN

Manitoba

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
Bureau 420
391, avenue York
Winnipeg, Manitoba R3C 0P4
Tél. : (204) 983-2833
Télé. : (204) 983-8674

Saskatchewan

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
18^e étage, 1920 rue Broad
Régina, Saskatchewan S4P 3V2
Tél. : (306) 780-5355
Télé. : (306) 780-6207

ONTARIO

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
4^e étage
25, rue St. Clair Est
Toronto, Ontario M4T 1M2
Tél. : (416) 973-0007
Télé. : (416) 973-0009

QUÉBEC

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
Complexe Guy-Favreau
Tour Est, Bureau 210
200, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal, Québec H2Z 1X4
Tél. : (514) 496-9627
Télé. : (514) 283-3309

ATLANTIQUE

Santé Canada
Bureau régional de la DGSPSP
18^e étage, Centre maritime
1505, rue Barrington
Halifax, Nouvelle-Écosse B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-2700
Télé. : (902) 426-9689

Pour plus d'information, visiter le site
Internet de Santé Canada sur
l'hépatite C :
www.santécanada.ca/hepatitec

ANNEXE B FORMULAIRE DE BUDGET DÉTAILLÉ

1. PERSONNEL	LIEN AVEC L'ACTIVITÉ DE PROJET	Exercice fin. 1	Exercice fin. 2	Exercice fin. 3
SALAIRES				
AVANTAGES SOCIAUX				
CONTRACTUELS (précisez)				
	TOTAL PARTIEL			
2. DÉPLACEMENTS (donnez des détails)				
TRANSPORT				
HÉBERGEMENT ET LOCATIONS				
REPAS				
	TOTAL PARTIEL			
3. MATÉRIEL				
FOURNITURES				
IMPRESSION/ PHOTOCOPIES				
	TOTAL PARTIEL			
4. ÉQUIPEMENT				
LOCATION D'ÉQUIPEMENT (précisez)				
	TOTAL PARTIEL			
5. ÉVALUATION ET DIFFUSION				
ÉVALUATION				
DIFFUSION				
	TOTAL PARTIEL			
6. AUTRES (donnez le détail des postes et des coûts)				
	TOTAL PARTIEL			
MONTANT REQUIS du Programme hépatite C	BUDGET TOTAL			

Avez-vous d'autres sources de financement? **Oui** **Non**

Si **oui**, veuillez les décrire : (montant, provenance, usage, etc.)

ANNEXE C INTENTION D'ENGAGEMENT DU PARRAIN DE PROJET

Je, soussigné(e), déclare être pleinement autorisé(e) à soumettre la présente demande et agir avec l'appui officiel de l'organisme qui accepte de parrainer le présent projet.

Nom du représentant du projet
(CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Signature

Date de la demande

Nom de l'organisme parrainant le projet

Nom et titre de l'autorité désignée
(CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Signature

Témoin

