



Appel à projet relatif "Maisons Sport-Santé"

Bienvenue sur le formulaire de candidature à l'appel à projet Maisons Sport-Santé 2022 !

Quelques conseils pour formuler votre candidature :

- Ce formulaire de candidature est **remplissable en plusieurs fois**, pour ce faire, un bouton « sauvegarder » est accessible en bas de page. Vous conserverez vos réponses et pourrez soumettre votre candidature ultérieurement.
- En **cas de question ou de problème** avec le présent formulaire, veuillez adresser un mail à l'adresse : pole-sante@creps-vichy.sports.gouv.fr
- Un **récapitulatif de vos réponses** vous sera adressé par mail en version PDF quelques minutes après la soumission de ce formulaire.
- Au cours du remplissage, il vous sera suggéré de préparer des **pièces à joindre**. Ces dernières seront à déposer numériquement à la fin du formulaire dans les espaces prévus à cet effet.

Dans l'attente de vos candidatures, nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre programme « Maisons Sport-Santé ».



Nom du Projet *

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SUPPORT DE LA MAISON SPORT-SANTÉ

Structure support de la future Maison sport-santé

Nom de la structure *

Statut juridique *

SIRET / SIREN *

Adresse *

Téléphone *

Numéro et rue

Veillez saisir un numéro de téléphone valide

Complément d'adresse

Site internet

Ville

État/Région

Code Postal

Structure inscrite en géographie prioritaire : *

Quartier Prioritaire de la
politique de la Ville (QPV)

Zone de Revitalisation Rurale
(ZRR)

Aucune des deux

Si QPV ou ZRR, veuillez nommer la zone : *

Structure inscrite en géographie de poche de pauvreté *

Oui

Non

Si oui, veuillez nommer la zone : *

Activités principales réalisées par la structure support *

Représentant légal de la structure support

Personne responsable juridiquement de la structure support de la MSS.

Exemples :

- Collectivité territoriale : Le/la Maire
- Association : Le/la président(e)

Nom *

Fonction *

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Email *

Téléphone *

exemple@exemple.com

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

La future Maison sport-santé

Nom de la structure *

Statut juridique *

SIREN / SIRET *

Adresse *

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville

État/Région

Code Postal

Site internet

Structure inscrite en géographie prioritaire : *

Quartier Prioritaire de la
politique de la Ville (QPV)

Zone de Revitalisation Rurale
(ZRR)

Aucune des deux

Si QPV ou ZRR, veuillez nommer la zone : *

**Structure inscrite en géographie de poche de
pauvreté ***

Oui

Non

Si oui, veuillez nommer la zone : *

Représentant légal de la future « Maison Sport-Santé »

Personne responsable de la mise en œuvre du programme MSS. Personne sollicitée pour toutes les demandes institutionnelles portant sur le programme MSS.

Exemples :

- Collectivité territoriale : Chef de service/Chef de bureau
- Association : Responsable des services

Nom *

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Fonction *

Email *

exemple@exemple.com

Téléphone *

Veillez saisir un numéro de téléphone valide

Personne référente sur le dispositif « Maison Sport-Santé »

Personne en charge de la mise en place technique du programme MSS.

Exemple :

- Collectivité territoriale : Chargé de mission, ...
- Association : Enseignant en Activité Physique Adaptée ; Éducateur sportif, infirmière, ...

Nom *

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Fonction *

Email *

exemple@exemple.com

Téléphone *

Veillez saisir un numéro de téléphone valide

Possibilité de renseigner les coordonnées d'un second contact référent si vous le jugez nécessaire ci-dessous. (non obligatoire)

Nom

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Fonction

Email

exemple@exemple.com

Téléphone

Veillez saisir un numéro de téléphone valide

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : Lettre d'intention du porteur du projet.

2. MISSIONS DE LA MAISON SPORT-SANTÉ

Conformément au point 3 du cahier des charges Maison Sport-Santé, veuillez préciser les enjeux, les objectifs, les publics cibles et le fonctionnement en réseau de la future Maison Sport-Santé.

CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU PROJET DE LA FUTURE MAISON SPORT-SANTE *

PRÉCISEZ LES ENJEUX SPÉCIFIQUES À VOTRE MAISON SPORT-SANTÉ *

Santé publique

Environnement

Économique

Aménagement urbain

Inclusion sociale

Expliquez l'enjeu de santé publique *

Expliquez l'enjeu environnemental *

Expliquez l'enjeu économique *

Expliquez l'enjeu d'aménagement urbain *

Expliquez l'enjeu d'inclusion sociale *

Expliquez le ou les enjeux complémentaires *

Les objectifs principaux de la Maison Sport-Santé : *

Accueillir (Un espace d'accueil permettant, d'une part d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé personnalisé)

Évaluer (Un lieu de réalisation d'un bilan des capacités physiques sur la base d'une prescription

Encadrer (Un lieu d'exercice de l'APS/APA)

Former (Un lieu de formation transversale des acteurs du sport-santé)

Informé, sensibiliser (Précisez informer, sensibiliser)

Précisez l'objectif principal "accueillir" *

Précisez l'objectif principal "évaluer" *

Précisez l'objectif principal "encadrer" *

Précisez l'objectif principal "former" *

Précisez l'objectif principal "informer, sensibiliser" *

Précisez l'autre objectif principal *

Les objectifs secondaires de la Maison Sport-Santé : *

Lutter contre la sédentarité

Lutter contre l'inactivité physique

Favoriser la santé mentale

Lutter contre les inégalités sociales

Favoriser la mobilité active

Accompagnement vers une pratique d'APS régulière et durable

Développement de la productivité

Développement de la cohésion sociale

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre la sédentarité" *

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre l'inactivité physique" *

Précisez l'objectif secondaire "favoriser la santé mentale" *

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre les inégalités sociales" *

Précisez l'objectif secondaire "favoriser la mobilité active" *

Précisez l'objectif secondaire "accompagnement vers une pratique d'activité physique et sportive régulière" *

Précisez l'objectif secondaire "développement de la productivité" *

Précisez l'objectif secondaire "développement de la cohésion sociale" *

Précisez l'objectif secondaire "autre" *

Types de public ciblé *

Habitants en Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

Habitants en Zone de Revitalisation Rurale

Habitants en poche de pauvreté

Personnes vivant sous le seuil de pauvreté

Étudiants

Employés en entreprise

Enfants (3-10 ans)

Adolescents (11-17 ans)

Adultes (18-44 ans)

Personnes avançant en âge (65 ans et +)

Personnes atteintes d'Affection de Longue Durée

Personnes atteintes d'une maladie chronique

Personnes en situation de handicap

Personnes inactives physiquement (L'inactivité caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes.)

Personnes sédentaires (La sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée)

Femmes enceintes et/ou post-partum

Personnes en situation irrégulière / fragilité sociale

Adultes (45-64 ans) Personnes en détention, réinsertion sociale

Adultes (45-64 ans) Personnes en détention, réinsertion sociale

Personnes accompagnées suite à une chute ou personnes à profil à risque de chute

Veillez expliquer brièvement pourquoi ce/ces type(s) de public(s) *

Fonctionnement en réseau et ancrage territorial et institutionnel - Partenariat(s) développé(s)

Conformément au cahier des charges (4.2), la Maison Sport-Santé doit permettre d'animer un réseau d'acteurs pluri-professionnels et pluri-disciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats entre les différents niveaux et acteurs du territoire.

Veillez indiquer les types de partenariat en place avec la Maison Sport-Santé en cochant les cases ci-dessous :

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DE SANTÉ

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Infirmier

Kinésithérapeute

Ergothérapeute

Pharmacien

Sage-femme

Psychomotricien

Diététicien Nutritionniste

Centre hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire, clinique privée

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DE SANTÉ

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Infirmier
Kinésithérapeute
Ergothérapeute
Pharmacien
Sage-femme
Psychomotricien
Diététicien Nutritionniste
Centre Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire, clinique privée
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation
Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Veillez préciser les types de relation envisagés, décrire leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DU SPORT

Association sportive
Éducateur sportif
Enseignant en Activité Physique Adaptée
Office des sports
Structure sportive privée

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DU SPORT

Association sportive
Éducateur sportif
Enseignant en Activité Physique Adaptée
Office des sports
Structure sportive privée

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

**Êtes-vous en relation avec un acteur issu du milieu associatif autre qu'une association sportive ?
(association de patients, étudiante, de quartier, etc.) : ***

Oui

Non

Association(s) *

Secteur(s) d'activité *

**Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées
potentielles. ***

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Commune

Établissement Public de Collaboration Intercommunale / Regroupement de communes /
Regroupement d'agglomération

Département

Région

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Établissement Public de Collaboration Intercommunale

Commune

Région

Regroupement de communes

Département

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

Travailleurs sociaux

Centre commun d'action social

Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

Institut médico-éducatif

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

Travailleurs sociaux

Centre commun d'action social

Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

Institut médico-éducatif

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

EN CAS D'AUTRES RELATIONS OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS, VEUILLEZ LES DÉCRIRE

EN CAS D'AUTRES RELATIONS OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION, VEUILLEZ LES DÉCRIRE

Pièces pouvant être jointes en annexe à la fin du formulaire : Documents de présentation des partenaires (non obligatoire)

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PROGRAMME MAISON SPORT-SANTÉ

DESCRIPTION GENERALE DU DISPOSITIF MAISON SPORT SANTE : *

La structure est-elle équipée d'un système d'information, référence à une plateforme permettant le recueil sécurisé et l'analyse des données des bénéficiaires de la Maison Sport-Santé. *

Oui

Non

En cours

Précisez le nom du système ou de la plateforme *

Précisez la date potentielle de mise en œuvre *

Programme Sport-Santé Personnalisé* de la Maison Sport-Santé

*Conformément à la charte d'engagement Maison Sport-Santé, la structure s'engage à mettre en place un projet sport-santé personnalisé, soit :

- Effectuer un bilan physique et motivationnel des bénéficiaires par des professionnels compétents et formés,
- Adapté les offres de pratique aux besoins et attentes du bénéficiaire,
- Proposer ou orienter vers une pratique d'APS/APA dispensées par des encadrants compétents et formés,
- Assurer le suivi des personnes accueillies.

Veillez décrire les grandes lignes de votre programme sport-santé personnalisé : *

Objectif 1 *

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Objectif 2

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Objectif 3

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Objectif 4

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Objectif 5

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Souhaitez-vous ajouter des objectifs spécifiques ou opérationnels ? *

Oui

Non

Objectif spécifique ou opérationnel 1 *

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Objectif spécifique ou opérationnel 2

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre

Objectif spécifique ou opérationnel 3

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre

Description de l'équipe porteuse du programme Maison Sport-Santé et des intervenants chargés de le mettre en œuvre

LES PROFESSIONNELS INTERVENANTS

Conformément au cahier des charges Maison Sport-Santé (Point 5), la structure s'engage à : respecter les dispositions réglementaires relatives aux conditions d'encadrement contre rémunération et la réglementation fixant le cadre de la dispensation d'une APA à des patients en ALD. (Référence Décret n°2016-1990 du 30.12.2016 et instruction du 03.03.2017 relative à la mise en œuvre des articles L1172-1 et D1172-1 à D1172-5 du code de la santé publique).

Médecin traitant *

Oui
Non

Nombre de médecin traitant *

Pharmacien *

Oui
Non

Nombre de pharmacien *

Personnel infirmier *

Oui
Non

Nombre de personnel infirmier *

Diététicien *

Oui
Non

Nombre de diététicien *

Psychologue *

Oui
Non

Nombre de psychologue *

Éducateur sportif *

Oui
Non

MODALITÉS DE PARTICIPATION DES USAGERS

Précisez pour la fréquence de pratique de ces bénéficiaires *

Évolution au cours du temps et motifs des changements éventuels, fidélisation.

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue du bénéficiaire, veuillez les préciser *

Veuillez décrire les modalités d'évaluation de la qualité des retours pour les différents publics ciblés *

Veuillez décrire les modalités d'évaluation des liens entre la structure et les clubs adhérents au réseau *

Du point de vue économique :

Évaluation financière (indicateurs financiers)

Évaluation de la qualité et l'impact des partenariats

Veillez décrire les modalités d'évaluation financière (précisez les indicateurs financiers) *

Veillez décrire les modalités d'évaluation de la qualité et l'impact des partenariats *

DESCRIPTION DES LOCAUX À DISPOSITION DE LA FUTURE MAISON SPORT-SANTÉ

Veillez décrire votre espace d'accueil physique *

Veillez décrire vos bureaux *

Veillez décrire votre espace de pratique sportive en intérieur *

Veillez décrire votre espace de documentation, sensibilisation *

Veillez décrire votre plateforme numérique *

Veillez décrire les espaces "sans locaux" *

Veillez décrire les espaces "autres" *

Description du modèle économique (répartition des produits ; structure financière de l'activité, avantages, faiblesses, opportunités, menaces, ...) *

Les cofinancements envisagés et/ou actés (préciser les différents partenaires éligibles, leur niveau de participation et la nature de leur participation) *

Nature et objet des postes de dépenses les plus significatifs (honoraires de prestataires, déplacements, salaires, locaux, coûts fixes, etc.) *

Règles de répartition des charges indirectes (exemple : quote-part des salaires, etc.) *

Quelles sont les contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée ? *

Modèle économique du programme Maison Sport-Santé

Présentation du modèle économique de votre programme *

(mécénat, partenariat, système d'adhésion, système de don, subvention ...)

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : budget prévisionnel (obligatoire) et demande de subvention (non-obligatoire)*

**Vous aurez aussi la possibilité de nous joindre votre propre budget prévisionnel sans remplir notre version PDF.*

5. DÉPÔT DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

Mise en place d'un conseil des usagers (réunion et temps de parole regroupant les bénéficiaires volontaires et les patients experts pour le partage d'expérience, la prise en compte des besoins et les éventuelles évolutions à prévoir)

Oui

Non

Veillez décrire votre espace de restauration *

Kinésithérapeutes *

Oui
Non

Ergothérapeute *

Oui
Non

Nombre de psychomotricien *

Éducateur sportif bénévole qualifié en APA *

Oui
Non

AUTRE PERSONNEL DE LA STRUCTURE

Assistant(e) administratif(ve)
Coordonnateur / Coordinatrice
Ressources humaines
Chargé(e) de communication
Chargé(e) de mission
Agent de développement

Description du pilotage du programme et état de la mise en œuvre de la Maison "Sport-Santé"

Veillez préciser les acteurs composant ce comité de pilotage ainsi que leurs rôles *

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : planning prévisionnel des activités

OUTILS DE COMMUNICATION MIS EN PLACE :

Site internet
Réseau social
Événement
Intervention auprès du public-cible
Presse
Système de parrainage

Veillez décrire brièvement la ou les interventions *

Précisez la composition du conseil des usagers :

Veillez décrire les modalités d'évaluation de l'impact sur le territoire des services proposés par la structure *

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue scientifique, veuillez les préciser *

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue économique, veuillez les préciser

Veuillez cocher les locaux à votre disposition pour la mise en œuvre de votre projet : *

Espace d'accueil physique

Bureaux

Espace de pratique sportive en extérieur

Espace de pratique sportive en intérieur

Espace de documentation, sensibilisation

Espace de restauration

Plateforme numérique

Structure itinérante

Sans locaux

Veuillez décrire votre espace de pratique sportive en extérieur *

Veuillez décrire les espaces "structure itinérante" *

Enseignant APA (Activité Physique Adaptée) *

Oui

Non

Du point de vue des utilisateurs et des usagers :

Nombres de pratiquants (personnes en ALD, porteuses de maladie chronique, nombre d'habitants des zones QPV et ZRR pratiquant de l'AP par l'intermédiaire de la MSS, etc.)

Fréquence de pratique de ces bénéficiaires (évolution au cours du temps et motifs des changements éventuels, fidélisation.)

Évolution de variables quantitatives et qualitatives en lien avec l'utilité sociale développée dans le projet

Nombre(s) de kinésithérapeute

Nombre d'éducateur sportif *

Nombre d'Enseignant APA (Licence STAPS APA-S) *

Nombre d'ergothérapeute *

Psychomotricien *

Oui

Non

Nombre d'éducateur sportif bénévole qualifié en APA *

Autre professionnel intervenant *

Oui

Non

Intitulé de la profession et du diplôme *

Nombre *

Précisez le rôle du personnel au sein du programme de la future Maison Sport-Santé *

Veillez décrire le pilotage du programme et état de la mise en œuvre : *

(Planning envisagé, points d'étape, évolutions éventuelles de la gouvernance de la structure, coopérations prévues...)

Outils et moyens de communication de la Maison Sport-Santé

Veillez préciser le site internet *

Veillez préciser le ou les réseaux sociaux *

Veillez décrire brièvement le ou les événements *

Veillez préciser les médias/presse *

Veillez préciser la ou les chaînes de télévision *

Veillez décrire brièvement le système de parrainage *

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : documents et visuels de communications (non-obligatoire)

MODALITÉS D'ÉVALUATION DE L'ACTION (MÉTHODE D'ÉVALUATION ET INDICATEURS CHOISIS AU REGARD DES OBJECTIFS CI-DESSUS)

Précisez le profil des pratiquants *

Personnes en ALD, porteuses de maladie chronique, nombre d'habitants des zones QPV et ZRR pratiquant de l'AP par l'intermédiaire de la MSS, etc.

Précisez pour l'évolution de variables quantitatives et qualitatives en lien avec l'utilité sociale développée dans le projet *

Du point de vue scientifique :

Évaluation de l'impact sur le territoire des services proposés par la structure
Évaluation des liens entre la structure et les clubs adhérents au réseau

RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER *

Budget prévisionnel du projet rempli
Demande de subvention pour l'AAP rempli
Lettre d'intention du porteur du projet
Statut régulièrement déclaré de la structure
Devis détaillés (si travaux/coûts supplémentaires envisagés)
Planning prévisionnel des activités
Présentation des partenaires
RIB portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET
SIRET (pour les associations)

Envisagez-vous la mise en place d'un comité de pilotage *

Oui
Non

4. BUDGET PRÉVISIONNEL DU PROJET

6. SOUMISSION DU FORMULAIRE