|  |
| --- |
| **Culture Santé et Médico-social Normandie**  **APPEL A PROJETS 2025**    **FICHE ACTION** |

|  |
| --- |
| Programme interministériel - ARS de Normandie - DRAC de Normandie  en partenariat avec la Région Normandie et les Départements du Calvados, de l’Eure et de la Seine-Maritime |

|  |
| --- |
| **INTITULÉ DU PROJET CULTUREL :** |

1. **NOM DE LA STRUCTURE CULTURELLE :**

1. **NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ou MÉDICO-SOCIAL :**
2. **Autre(s) partenaire(s) associé(s) à l’action :**

Précisez le nom complet de la structure et sa localisation

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Présentation de votre projet d’action culturelle** |

1. **Territoire de réalisation de votre projet**

**Commune :**

**Code postal :**

|  |
| --- |
| **Contexte territorial :** |

1. **Discipline artistique :**

**Principale :**

**Secondaire(s) :**

1. **Durée de votre projet**

**□ Poursuite** (bilan à compléter à la fin du document)

**□ 1 an maximum**

**□ 2 ans**

Vous pouvez imaginer un projet pluriannuel de deux ans au maximum.

Le financement de la deuxième année n’étant pas garanti automatiquement, votre projet devra être redéposé l’année suivante.

Il sera accompagné du bilan quantitatif et qualitatif de l’année réalisée ou de l’année en cours, partagé par les deux structures binômes.

Un budget prévisionnel mis à jour devra aussi être fourni.

Sur la base de ces éléments, la commission décidera ou non de la poursuite du projet.

Si votre projet a déjà bénéficié d’un financement pour sa première année, il est précisé qu’aucune reconduction à l’identique ne saurait être retenue : des évolutions significatives sont attendues d’une année à l’autre.

1. **Publics impliqués et publics touchés**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes directement impliquées par le projet :** |  |
| **De quel service ?** |  |
| **Nombre de personnes touchées indirectement :**  *Familles, aidants, usagers, personnels…* |  |
| **De quelle manière ?** |  |
| **Nombre de publics autres :**  *Habitants, scolaires…* |  |
| **De quelle manière ?** |  |

1. **Volumes horaires**

|  |  |
| --- | --- |
| **Heures dévolues au projet globalement** | |
| **Nombre d’heures total :** |  |
| **Nombre d’heures correspondant à l’action :** |  |
| **Nombre d’heures correspondant à la préparation :** |  |
| **Si plusieurs intervenants, précisez le nombre d’heure par intervenant :** |  |
| **De combien d’heures d’intervention, à savoir de présence artistique effective, bénéficient les publics ciblés ?** |  |
| **Si plusieurs groupes, précisez le nombre d’heures par groupe de bénéficiaires :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Description de votre projet** |

|  |
| --- |
| **Objectifs communs et partagés par les partenaires :** |

|  |
| --- |
| **Description détaillée du projet :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calendrier prévisionnel du projet** | | |
| **Actions prévues** | **Période de réalisation**  *Jour, mois…* | **Lieux d’intervention** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Pour la structure sanitaire et/ou médico-sociale**

**Dans quel contexte s’inscrit le projet ?**

*En référence au projet d’établissement, de vie, de service…*

**Quel(s) est/sont le(s) service(s) mobilisé(s) ?**

**En quoi le projet entre-t-il en cohérence avec les projets individuels des bénéficiaires ?**

**Quelles sont les modalités d’accompagnement et/ou d’encadrement pour la mise en place du projet ?**

**Comment est envisagé le rayonnement du projet dans la structure sanitaire et/ou médico-sociale et sur son territoire ?**

**Comment le projet favorise-t-il l’inclusion des personnes et la mixité des publics ?**

1. **Pour le partenaire culturel :**

**Qui sont les intervenants culturels et artistiques ?**

*Noms, prénoms et rôles dans le projet.*

*Joindre les CV avec références.*

**Quelles sont les modalités de médiation culturelle et/ou artistique envisagées pour répondre au contexte présenté par la structure sanitaire et/ou médico-sociale ?**

**Note synthétique d’intention artistique :**

**Quelle valorisation du projet est–elle envisagée ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Budget de votre projet** |

1. **Subvention demandée**

**La subvention demandée de ……… € représente ... % du total des produits de notre budget prévisionnel.**

1. **Détail du coût artistique**

L’appel à projet Culture Santé et Médico-social **prend en charge la rémunération des artistes, ainsi que les frais artistiques, techniques et de médiation, nécessaires à votre projet**.

La rémunération des temps d’action culturelle est privilégiée dans le calcul du montant de la subvention.

Les frais annexes (mission, matériel, publication, restitution…) doivent rester dans un ordre de grandeur raisonnable.

**Les frais de production et de fonctionnement** des structures culturelles, de santé et médico-sociales associées, **ne sont pas couverts** par ce financement**.**

Cet appel à projet **ne finance pas les projets de simple diffusion, à visée de soin, d’animation, ou encore à caractère socio-culturel ou d’art thérapie.**

Si l’action retenue et aidée n’est pas réalisée, la subvention octroyée devra être restituée aux partenaires financeurs concernés.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’heures total d’intervention | heures |
| Taux horaire (Taux horaire indicatif pour les artistes professionnels : 60 €minimum – coût employeur) : | € / heure |
| Rémunération d’artistes et de professionnels de la culture pour le temps d’action culturelle | € |
| Achat de matériel et fournitures | € |
| Coût de diffusion artistique (spectacle, exposition…) | € |
| Frais de mission (déplacements / hébergement / restauration) : | € |
| Publicité / publication (communication et édition diverses…) | € |
| **MONTANT TOTAL** | € |

**Autres observations sur le budget prévisionnel de l'opération :**

1. **Tableau de budget prévisionnel**

**🡺 Le total des charges doit être égal au total des produits** (ne pas indiquer les centimes d'euros)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES DIRECTES** | | **RESSOURCES DIRECTES** | |
| **Charges** | **Montant en euros** | **Produits** | **Montants en euros** |
| **60 - Achats** | **0** | **70 - Rémunérations des services** | **0** |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestation de services |  |
| Achats matières premières et fournitures |  | Participation des usagers |  |
| Autres fournitures |  | **Participation financière de l’établissement sanitaire ou médico-social** |  |
| **61 - Services externes** | **0** | Participation financière des établissements partenaires |  |
| Locations immobilières et mobilières |  |  |  |
| Entretien et réparation |  | **74 - Subventions** | **0** |
| Assurance |  | **Subvention demandée dans le cadre de Culture Santé et Médico-social 2025 :** |  |
| Documentation |  |  |  |
| Autres |  | Autres AAP (à préciser) : |  |
| **62 - Autres services externes** | **0** | DRAC : Education artistique… |  |
| Rémunération intermédiaires et honoraires |  | Région : |  |
| Publicités et publications |  | Département : CFPPA, Devoirs de Mémoires… |  |
| Déplacements et missions |  | Commun(e)s : |  |
| Services bancaires, autres |  | Fonds européens : |  |
| **63 - Impôts** | **0** | ASP (emplois aidés) : |  |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Autres établissements publics : |  |
| Autres impôts et taxes |  | Aides Privés : |  |
| **64 - Frais du personnel** | **0** | Autres (à préciser) : |  |
| Rémunération des personnels |  |  |  |
| Charges sociales |  | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0** |
| Autres charges de personnel |  | Cotisation des adhérents |  |
| **65 - Autres charges de gestion** | **0** | Autres (à préciser) : |  |
| (Précisez) |  |  |  |
| **66 - Charges financières** | **0** | **76 - Produits financiers** | **0** |
| (Précisez) |  | (Précisez) |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** | **0** |  |  |
| (Précisez) |  | **77 - Produits exceptionnels** | **0** |
| **68 - Datation aux amortissements et aux provisions** | **0** | (Précisez) |  |
| (Précisez) |  |  |  |
| **CHARGES INDIRECTES** | **0** | **78 - Reprises** | **0** |
| Charges fixes de fonctionnement |  | Reprise sur amortissement |  |
| Frais financiers |  | Reprise sur provision |  |
| Autres |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

**ANNEXE**

**(à retourner impérativement aux partenaires)**

**Bilan de votre projet**

**Culture Santé et Médico-social 2024-2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **INTITULÉ DE VOTRE PROJET :** |  |
| Territoire concerné : |  |
| Domaine(s) artistiques et/ou culturels : |  |
| Public(s) / Services visé(s) : |  |
| Structure(s) sanitaire(s) et/ou médico-sociale(s) : |  |
| Structure(s) culturelle(s) : |  |
| Nom du ou des intervenant(s) : |  |
| Lieu(x) de mise en place : |  |
| Convention de partenariat : | **🢭** **Oui (à fournir) 🢭 Non** |

**Description synthétique de votre projet :**

**Rappel des Objectifs de votre projet :**

**Bilan qualitatif de votre projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs de votre projet**  *(un objectif par ligne)* | **A-t-il été atteint selon vous et pourquoi ?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Points positifs** |  |
| **Difficultés rencontrées** |  |

**Quel a été l’impact de ce projet sur le(s) publics visés ?**

**Quel a été l’impact de ce projet sur la structure sanitaire ou médico-sociale porteuse du projet et son personnel ?**

**Quel a été l’impact de ce projet sur la structure culturelle porteuse du projet et sur ses intervenant(e)s mobilisés ?**

**Bilan quantitatif de votre projet**

**Quelles ont été les différentes étapes calendaires de votre projet :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Ateliers, rencontres…** | **Nombre de bénéficiaires impliqués** | **Nombre de personnes touchées** | **Nombre Total** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’heures total d’intervention : | heures |
| Nombre d’intervention : |  |

**Budget réalisé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES** | | **RECETTES** | |
| **Charges** | **Coût € TTC** | **Produits** | **Coût € TTC** |
| Rémunération Artistes… |  | Subvention(s) Culture, Santé et Médico-social |  |
| Frais déplacement |  | Structure sanitaire ou médico-sociale (fonds propres)  Structure culturelle (fonds propres) |  |
| Fournitures, communication |  | Collectivité territoriale… |  |
| Frais de Réception |  | Ville |  |
| Coordination du projet (etc.) |  | Autres partenaires |  |
| **Total** |  | **Total** |  |

**Valorisation du projet (Communication, traces écrites, autres…)**

-

-

-

-

-

-

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom des référents-rédacteurs* |  |
| *Date de rédaction* |  |
| *Pièce(s) jointe(s)* |  |

