## Fonds des TNO pour le soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances

## Instructions

## Le Fonds des TNO pour le soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances a pour but d’appuyer les options communautaires de soutien par les pairs, de post-traitement et d’aide pour les personnes qui ont vécu ou qui vivent des expériences de dépendance, ou qui ont été touchées par les dépendances des membres de leur famille ou de leur collectivité, ou encore de leurs amis. Ce fonds est destiné aux programmes, groupes ou activités de soutien par les pairs axés sur le rétablissement des dépendances offerts à l’échelle communautaire et exploités localement. Ceci comprend les approches visant la réduction des risques.

## Le financement est offert selon deux options. Les demandeurs peuvent soumettre une demande pour l’une des options, ou même pour les deux.

1. L’option de financement pour formation fournit des fonds afin d’aider les organisations à offrir des formations aux membres de la collectivité ou du personnel concernés dans le but d’exécuter des programmes communautaires reconnus de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances, comme les programmes Self-Management and Recovery Training (SMART) Recovery et Wellbriety. (Tous les frais de déplacement, s’il y a lieu, seront étudiés au cas par cas.)
2. L’option de financement de base offre des fonds pour assurer la bonne tenue des activités principales des programmes comme les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes, Wellbriety, les cercles de guérison, les réunions communautaires avec conférenciers sur le rétablissement, etc. Le financement de base peut servir à couvrir les coûts des rafraîchissements, des lieux de réunion et du matériel requis pour le programme.

Groupes et organisations admissibles

* les gouvernements autochtones des Territoires du Nord-Ouest;
* les administrations communautaires (conseils de bandes, associations locales des Métis, collectivités à charte, conseils municipaux);
* les organisations autochtones communautaires non gouvernementales;
* les organisations non gouvernementales;
* les membres d’une collectivité qui travaillent en partenariat avec une organisation communautaire afin d’accéder à ces fonds dans leur collectivité.

Dépenses non admissibles

* Ces fonds ne peuvent pas être utilisés pour payer les frais d’animation (p. ex. salaires, honoraires ou cadeaux, déplacements, etc.).
* De plus, ils ne sont pas offerts pour les projets pluriannuels.

Autres limites à l’admissibilité

1. Le financement est offert sur la base du premier arrivé, premier servi.
2. Il peut s’appliquer aux frais admissibles engagés jusqu’au 31 mars de chaque exercice financier.

## Veuillez préciser au profit de quelle option de financement vous soumettez une demande en cochant la case correspondante ci-dessous. Vous pouvez soumettre une demande pour les deux options.

Option de financement pour formation au profit d’un programme reconnu de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances (p. ex. : Wellbriety, SMART Recovery, etc.)

Option de financement de base pour un groupe ou une activité de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances, ou encore pour des activités comme les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes, Al-Anon, Wellbriety, AA Roundup, les cercles de guérison, les réunions communautaires avec conférenciers sur le rétablissement, etc.

* Les exigences accessoires de base pourraient inclure : des rafraîchissements, des lieux de réunion sûrs, Télésanté, le matériel requis pour les participants au programme, etc.;
* Le financement pourrait être utilisé pour un seul événement ou pour des coûts récurrents (p. ex. des réunions hebdomadaires).

COORDONNÉES

|  |  |
| --- | --- |
| Titre du groupe, de l’activité ou du programme de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances : | |
| Nom du demandeur ou de l’organisation : | |
| Nom et titre de la personne-ressource (s’il y a lieu) : | |
| Adresse postale : | |
| Code postal : | Courriel : |
| No de tél. : | No de téléc. : |

INFORMATION SUR LE PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| Montant de financement total demandé : | |
| Date de début du projet : | Date de fin du projet : |

1. Description du groupe, de l’activité ou du programme de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances (buts et objectifs; comment le groupe, l’activité ou le programme favorise le rétablissement des dépendances; dates; lieux; groupes ciblés; etc.).

2A. Si vous soumettez une demande pour l’option de financement pour formation (p. ex. Wellbriety, SMART Recovery, etc.), veuillez préciser les exigences concernant la formation reconnue (p. ex. information au sujet de la formation; frais de formation; matériel requis; dates et lieux; frais de déplacement, s’il y a lieu; nombre de personnes souhaitant assister à la formation; etc.). N’hésitez pas à joindre à votre demande toute information utile concernant la formation.

* + *Ces fonds ne peuvent pas être utilisés pour payer les frais d’animation (p. ex. salaires, honoraires ou cadeaux, déplacements, etc.).*
  + *À titre d’information, vous trouverez une liste d’exemples de formations utiles pour les programmes de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances sur le site Web public du ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, au lien suivant :* https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/soumettre-une-demande-au-titre-du-fonds-pour-le-soutien-par-les-pairs-dans-le-0.

2B. Si vous soumettez une demande pour l’option de financement de base au profit d’un groupe ou d’une activité de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances (p. ex : pour des rafraîchissements, la location de lieux de réunion sûrs, Télésanté, le matériel requis pour les participants au programme, etc.), veuillez préciser les exigences de base (si le financement est destiné à un seul événement ou à un événement récurrent comme des réunions hebdomadaires; les dates, heures et lieux applicables, etc.)

* *Ces fonds ne peuvent pas être utilisés pour payer les frais d’animation (p. ex. salaires, honoraires ou cadeaux, déplacements, etc.).*

1. Plan d’évaluation ou de rapports : un bref rapport sera exigé une fois la période de financement terminée. Veuillez remplir les sections suivantes, selon le cas.

3A. Si vous soumettez une demande pour l’option de financement pour formation, comment pourriez-vous savoir que vous avez atteint vos objectifs grâce à cette formation? (P. ex. le nombre de personnes formées; le nombre de séances ou groupes pour lesquels vous avez assuré l’animation à la suite de votre formation; le nombre de participants qui ont pris part à vos séances ou groupes; la manière dont vous pourrez reconnaître que le programme est un succès; la manière dont vous pourrez recueillir les renseignements nécessaires pour votre rapport, etc.)

N’hésitez pas à remplir le plan de travail suivant si cela se révèle utile.

3B. Si vous soumettez une demande pour l’option de financement de base en lien avec un groupe ou une activité de soutien par les pairs pour le rétablissement des dépendances, veuillez nous indiquer comment vous pourriez savoir que vous avez atteint vos objectifs grâce au respect des exigences de base (p. ex. la manière dont vous pourrez reconnaître que le groupe ou l’activité est un succès; la manière dont vous pourrez recueillir les renseignements nécessaires pour votre rapport, etc.) N’hésitez pas à remplir le plan de travail suivant si cela se révèle utile.

PLAN DE TRAVAIL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Composantes de l’activité ou du programme : (indiquez les secteurs applicables) | Groupe, activité ou programme de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances : en quoi consiste-t-il? | Résultats du groupe, de l’activité ou du programme de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances : que voulez-vous accomplir? | Indicateurs de réussite du groupe, de l’activité ou du programme de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances : comment saurez-vous que ça a fonctionné? | Liens (s’il y a lieu) : qui collaborera avec vous? Qui sont les partenaires?  Avez-vous établi des liens avec les partenaires? Avez-vous communiqué avec les partenaires identifiés et se sont-ils engagés à participer? |
| * Programme familial * Programmes pour les couples * Programme pour les hommes * Programme pour les femmes * Programme inclusif ou sans contrainte de genre * Programme pour les jeunes * Participation des aînés * Plan post-traitement * Origine des dépendances * Activité traditionnelle ou culturelle * Autre (décrivez) |  |  |  |  |

BUDGET

|  |  |
| --- | --- |
| Fonds des TNO pour le soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances – Projet | Coûts prévus du projet |
| * + - 1. Exigences de formation d’un programme reconnu de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances (s’il y a lieu) |  |
| Description du budget (p. ex. frais de formation, matériel requis pour la formation, nombre de personnes souhaitant assister à la formation, frais de déplacement, etc.) |  |
| * + - 1. Exigences de base d’un groupe ou d’une activité de soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances (s’il y a lieu) |  |
| Description du budget (p. ex. rafraîchissements, frais de location pour le lieu de réunion, Télésanté, matériel requis pour les participants, etc.) |  |
| * + - 1. Sous-total des coûts du projet (A + B) : |  |
| * + - 1. Administration – (maximum 5 %) : |  |
| * + - 1. Total des coûts prévus du projet (C + D) : |  |

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Ces informations sont recueillies en vertu de l’alinéa 40(c)i) de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée* et des règlements connexes. Elles seront utilisées pour établir l’admissibilité au financement offert au titre du Fonds pour le soutien par les pairs dans le rétablissement des dépendances, de même qu’à des fins d’administration générale et d’application de ce Fonds.

Les dispositions de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée* relatives à la protection de la vie privée protègent mes informations, et je comprends que les renseignements fournis dans cette demande peuvent être accessibles en vertu de cette loi. Toute question en lien avec la collecte et l’utilisation des renseignements personnels contenus dans ce formulaire peut être adressée directement à un spécialiste en santé mentale, en dépendances, en mieux-être psychologique et en rétablissement des dépendances, à l’adresse [peersupportfund@gov.nt.ca](mailto:peersupportfund@gov.nt.ca).

Considérations relatives à la COVID-19

Je comprends que je suis responsable de me conformer aux arrêtés émis par l’administratrice en chef de la santé publique en vertu de la *Loi sur la santé publique* des Territoires du Nord-Ouest. Je comprends que le ministère de la Santé et des Services sociaux n’est pas responsable de la conformité de ce projet à tout arrêté actuel ou futur émis par l’administratrice en chef de la santé publique.

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes.

✗

Signature et titre du demandeur Date de la signature (jour/mois/année)

Faites parvenir les demandes remplies à l’adresse : [peersupportfund@gov.nt.ca](mailto:peersupportfund@gov.nt.ca).

Adresse postale :

Spécialiste en santé mentale et en dépendances

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

No de tél. : 867 767-9061, poste 49160

Site Web : www.hss.gov.nt.ca/fr