

Projet « Moi(s) sans Tabac »

Demande de financement

(à transmettre avant le 10/07/2020 à l'adresse suivante : fanny.ladoire@assurance-maladie.fr)

→ CPAM/CGSS REFERENTE :

Coordonnées de la personne référente à la caisse

Nom et mail :

Tél. :

→ Région et Département :

Promoteur du projet

CPAM/CGSS

Centre d'examen de santé, Précisez :

CES en gestion directe

CES conventionné

UC-CMP

UC-IRSA

Partenaire de la caisse (extérieur)

A COMPLETER PAR LES PROMOTEURS EXTERIEURS (HORS AM)

ORGANISME PROMOTEUR(S) (= OPERATEUR) DU PROJET

Nom :

Sigle :

Statut juridique :

Adresse postale :

Contact(s) : Identification du responsable et de la personne chargée du dossier

Le représentant légal, le Président ou autre personne désignée par les statuts :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Adresse mail :

La personne en charge du dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Adresse mail :

1. Identification du projet

Intitulé exact du projet :

Montant du financement demandé :

Montant total du projet :

Partenaires locaux impliqués dans le projet :

→ Date de mise œuvre prévisionnelle : du __/__/2020 au __/__/2020

NB : les actions du projet ne peuvent être mise en œuvre au-delà du 30 novembre 2020, en dehors de l'évaluation

→ L'action est-elle

- Nouvelle** (= action qui n'existait pas dans l'édition précédente (2019) ou bien qui n'avait pas été financée par l'AM en 2019)
- Extension** (= l'action a eu lieu en 2019, elle va être reconduite et enrichie d'autres volets en 2020)
- Reconduction** (= l'action a eu lieu en 2019, elle va être reconduite sur le même périmètre en 2020)

2. Description du projet

A. Contexte LOCAL (pas de généralités ou d'éléments de contexte national inutiles), **5 lignes maximum**

B. Public(s) cible(s) de/des action(s)

NB : Une action peut s'adresser à l'ensemble de la population générale tout en ciblant plus particulièrement des publics prioritaires

→ **Type de public ciblé *** : (plusieurs rps possibles)

Jeunes

Si oui, précisez la tranche d'âge ciblée : _____

Précisez :

Jeunes en milieu scolaire

Jeunes en formation professionnelle

(lycée professionnel, CFA...)

Jeunes en formation générale

Élémentaire

Collège

Lycée général et technologique

Etudiants

Jeunes hors milieu scolaire : insertion, autre...

Femmes enceintes ou accouchées et leur entourage

Femmes (si ciblage spécifique, hors femmes enceintes)

Consultants des CES

Publics vulnérables / en difficultés socio-économique (autres que consultants des CES) :

Précisez : _____

Ex : personnes sans emploi, bénéficiaires du RSA, bénéficiaires de la CMUC, bénéficiaires de l'aide alimentaire, personnes sans domicile fixe etc...

Usagers de drogue

Précisez :

Public de CAARUD/ CSAPA

Public des CJC

Personnes sous-main de justice

Précisez :

Milieu pénitentiaire

PJJ

Personnes ayant une pathologie chronique :

Précisez :

Personnes en établissement de santé mentale

Personnes atteintes d'un cancer

Personnes atteintes d'une autre maladie chronique (diabète, HTA, BPCO...)

Personnes en situation de handicap

Professionnels du soin, médico-sociaux et associatifs intervenants auprès de publics cibles

Tout public

Autres, précisez :

Supprimé: 1

C. Localisation et lieu(x) de mise en œuvre

→ Portée géographique de l'action :

Régionale Départementale Communale Autre :

→ Structure(s) dans laquelle/lesquelles se déroule l'action ou les actions du projet : (à cocher, plusieurs réponses possibles)

Assurance Maladie (CPAM-CES), précisez :

- Accueil CPAM
 Atelier Maternité CPAM
 Centre d'exams de santé
 Autre :

- Centre social, CCAS
 Structure d'hébergement (FJT, CHRS , etc)
 Mission locale, ▼
 Structure d'accueil et d'information pour les jeunes
(CRIJ et ex BIJ/PIU...)
 Structure en charge de la distribution de l'aide
alimentaire
 Structure d'insertion par l'activité économique
 Autre, précisez :

Service de Protection Maternelle et Infantile

Structures de soins, primaires et secondaires

Précisez :

- Centre de soins, centre de santé,
 Maison de santé pluri-professionnelle
 Cabinet médical et/ou paramédical
 Pharmacie d'officine
 Etablissement de santé (hôpitaux et cliniques), hors
maternités
 Maternité (pôle, service, clinique)
 Centre de lutte contre le cancer
 Autre :

Etablissement d'enseignement, précisez :

- Collège
 Lycée général et technologique
 Lycée professionnel
 Autre organisme de formation professionnelle
(inférieur au bac, CAP, BEP, CFA etc)
 Enseignement supérieur (post bac, licence, master,
BTS...) *dont les Services universitaires de médecine préventive
et de promotion de la santé (SUMPSS)*

Etablissements et services médico-sociaux,
précisez :

- CSAPA et/ou CAARUD et/ou CJC (consultation
jeunes consommateurs)
 ESMS – personnes handicapées
Précisez (ITEP, ESAT...) : ____
 ESMS – personnes âgées
 Autre, précisez :

Association du secteur de la santé, précisez :

- IREPS/CODES/CRES (prévention, éducation et
promotion de la santé)
 Tabac et/ou autres addictions
(en dehors des CSAPA-CAARUD-CJC associatifs)
 Cancer
 Réseau/association de professionnels de santé
 Autre, précisez :

Etablissement d'action sociale, précisez :

- Logement social

Association ou centre sportif

Association ou centre culturel ou de loisir

Pôle emploi

Centres commerciaux, marchés

Manifestation publique

Etablissement pénitentiaire

Autre, précisez :
.....

Supprimé: ou autre

Supprimé: s

D. Descriptif du projet

→ **Description synthétique des objectifs, du contenu et du déroulement du projet :**

1) ACTIONS DE VISIBILITE, SENSIBILISATION ET DE RECRUTEMENT DES FUMEURS A « MOI(S) SANS TABAC »	
OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DES ACTIONS	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i>
CONTENU ET DEROULEMENT DES ACTIONS	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i>
CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i>
2) ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT A L'ARRET DU TABAC <i>Préciser si l'action prévoit une délivrance gratuite de TNS aux fumeurs accompagnés</i>	
OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DES ACTIONS	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i>
CONTENU ET DEROULEMENT	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>Etc</i>
CALENDRIER PREVISIONNEL	<i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i>

→ Pour les fumeurs ayant entamé une démarche d'arrêt, quel type de relais est-il proposé à l'issu du Moi(s) sans tabac ? (orientation, prise en charge par le médecin traitant...):

--

3. Budget prévisionnel et financement

Justifiez le budget demandé	
Répartition et détail des postes de dépense demandés pour la mise en œuvre du projet	Montants (€)
Moyens humains (à détailler)	
<i>Ex : 5 demi-journées de vacation par une sage-femme tabacologue</i>	
Moyens matériels (à détailler)	
<i>Ex : achat de TNS (détailler type et quantité)</i>	
Communication (à détailler)	
<i>Ex : affiches, brochures... : différencier les couts de conception, impression, diffusion etc.</i>	
Evaluation (à détailler)	
Autres postes (à détailler)	
Total du budget demandé	
Total du budget du projet	

Co-financement(s) du projet

- **Autres financements (demandés, obtenus, prévus) -
*Préciser les montants et les noms des organismes financeurs***

4. Suivi/Évaluation prévisionnelle du projet

A. Suivi et reporting de la mise en œuvre

Les porteurs de projet hors Assurance Maladie s'engagent à :

- à remonter à l'issue de(s) l'action(s) un bilan à la caisse, précisant si celle(s)-ci a/ont été réalisée(s) et dans quelle mesure, au regard des engagements initiaux figurant dans cette fiche descriptive (objectifs, contenu du projet). Ces informations, assorties de commentaires permettant de les expliciter, seront à retourner à la CPAM/CGSS auprès de laquelle vous avez passé convention.
- à fournir les pièces justificatives budgétaires afférentes aux dépenses, à l'appui d'un bilan budgétaire de l'action présenté au regard du budget prévisionnel accordé.

B. Evaluation de l'action

L'évaluation doit être prévue en amont, dès la mise en place de l'action.

Définir des indicateurs de processus/activité et de résultats retenus pour chaque objectif opérationnel, décrire la/le(s) méthode(s) de collecte des données

Insérer autant de ligne que de besoins

Volets	Objectifs à évaluer	Critères et indicateurs d'évaluation	Sources/mode de recueil
Actions de visibilité ; sensibilisation ou de recrutement	Obj Op 1-1		
	Obj Op 1-2		
	...		
Actions d'accompagnement	Obj Op 2-1		
	...		

→ Si action renouvelée/promoteur financée en 2019 : présentation des principaux résultats de l'évaluation de l'action « Moi(s) sans Tabac » 2019 (1 page max)