**Projet «Moi(s) sans Tabac»**

**Demande de financement**

 (à transmettre avant le 28/05/2021 à l’adresse suivante: fanny.ladoire@assurance-maladie.fr

**→ Cpam/CGSS référente** :

**Coordonnées de la personne référente à la caisse**

Nom: LADOIRE

Téléphone (obligatoire) : 02 54 50 17 17

Mail: fanny.ladoire@assurance-maladie.fr

**→ Région et Département : Centre Val de Loire (Loir-et-Cher)**

**Promoteur du projet**

[ ]  **CPAM/CGSS**

[ ]  **Centre d’Examen de Santé*,***

[ ]  **Promoteur (extérieur à l’Assurance Maladie)**

**a completer par le promoteur**

**Organisme promoteur = opérateur du projet**

**Nom:**

**Sigle:**

**Statut juridique:**

**Adresse postale:**

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

***Le représentant légal, 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 total du budget du projet :**

**Montant du financement demandé à l’Assurance Maladie (AM) sur le FNLCA (Fonds National de Lutte contre les Addictions) :**

**Partenaires locaux impliqués dans le projet :**

**🡪 Date de mise œuvre prévisionnelle : du \_\_/\_\_/2021 au \_\_/\_\_/2021***NB: les actions du projet ne peuvent être mises en œuvre au-delà du 30 novembre 2021,en dehors de l’évaluation.*

**→ L’action est-elle**

[ ]  **Nouvelle** *(= action qui n'existait pas dans l'édition précédente (2020) ou bien qui n'avait pas été financée par l’AM en 2020)*

[ ]  **Extension** *(= l'action a eu lieu en 2020, elle va être reconduite et enrichie d’autres volets en 2021)*

[ ]  **Reconduction** *(= l'action a eu lieu en 2020, elle va être reconduite à l’identique en 2021****)***

***2. Description du projet***

**A. Résumé des points importants du projet /actions qui le compose(nt)au regard des critères définis dans le cahier des charges**

|  |
| --- |
|  |

**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 réponses 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 Complémentaire Santé Solidaire, 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*: …………………………………………………*

**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’examens de santé

[ ]  Autre : ……………………………….

**[ ]  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 : ……………………………….

**[ ]  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

[ ]  Centre social, CCAS

[ ]  Structure d’hébergement (FJT, CHRS, etc.)

[ ]  Mission locale,

[ ]  Structure d'accueil et d'information pour les

jeunes (CRIJ et ex BIJ/PIJ...)

[ ]  Structure en charge de la distribution de l'aide alimentaire

[ ]  Structure d'insertion par l'activité économique

[ ]  Autre, précisez : ……………………………….

**[ ]  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)*

**[ ]  Association ou centre sportif**

**[ ]  Association ou centre culturel ou de loisir**

**[ ]  Pôle emploi**

**[ ]  Centres commerciaux, marchés**

**[ ]  Manifestation publique**

**[ ]  Etablissement pénitentiaire**

**[ ]  Autre, précisez :**

…………………………………………………………………………

**D. Descriptif du projet**

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

|  |
| --- |
| 1. **Actions de visibilité, sensibilisation et de recrutement des fumeurs**

**à « Moi(s) sans tabac »** |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS des actions  | *Action 1**Action 2**etc* |
| CONTENU ET DEROULEMENT des actions  | *Action 1**Action 2**etc* |
| calendrier PREVISIONNEL des actions | *Action 1**Action 2**etc* |
| 1. ***Actions d’accompagnement à l’arrêt du tabac****Préciser si l’action prévoit une délivrance gratuite de TNS aux fumeurs accompagnés*
 |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS des actions | *Action 1**Action 2**etc* |
| CONTENU ET DEROULEMENT  | *Action 1**Action 2**Etc* |
| calendrier PREVISIONNEL | *Action 1**Action 2**etc* |

 **→ Pour les fumeurs ayant entamé une démarche d’arrêt, indiquer le type de relais proposé à l’issue du Moi(s) sans tabac ? (organisme/ structure vers lequel /laquelle la personne est orientée, prise en charge par le médecin traitant…):**

***3. Budget prévisionnel et financement***

|  |
| --- |
| **Justifiez le budget demandé** |
| **Répartition et détail par poste de dépenses demandé pour la mise en œuvre du projet** | **Montants détaillés des postes de dépenses demandés(€)** |
| ***Moyens humains*** *(à détailler par action)* |  |
| *-nombre d’interventions avec la qualification de l’intervenant**Ex : Action 1 : 3 ateliers collectifs de xxx heures chacun par un médecin =6X75€=450€**Ex : Action 2 : 3 à 4 consultations individuelles par une sage-femme tabacologue par heure = 75€* |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Moyens matériels*** *(à détailler par action)* |  |
| *- Aide au sevrage tabagique: Traitements nicotiniques de substitution*  |  |
| *Ex: Traitements nicotiniques de substitution (quantité)* |  |
|  |  |
| ***Communication*** *(à détailler par action)* |  |
| *~~-~~Outils de communication (s’ils n’existent pas au niveau national et ne sont pas délivrés par Santé Publique France)-**-Ex: affiches, brochures dans les DOM :* |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Autres postes*** *(à détailler par action)* |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Evaluation*** *(à détailler par action)* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Montant total du budget demandé au titre du FNLCA (la somme des montants indiqués doit être égale au montant demandé sur le FNLCA)** |  |
| **Montant total du budget du projet si cofinancement(s)** |  |

|  |
| --- |
| **Co-financement(s) éventuels du projet**  |
| * **Autres financements (demandés, obtenus, prévus) - *Préciser les montants et les noms des organismes financeurs***
 |

***4. Suivi/Évaluation prévisionnelle du projet***

1. **Suivi et reporting de la mise en œuvre**

Le porteur de projet hors Assurance Maladie **s’engage :**

**→ à transmettre**, **à l’issue de(s) l’action(s), un bilan financier** précisant :

- si celle(s)-ci a/ont été réalisée(s)

- à quelle hauteur du montant attribué, au regard des montants initiaux figurant dans cette fiche descriptive

→ **à fournir les pièces justificatives budgétaires afférentes aux dépenses**, à l’appui d’un bilan financier des actions réalisés au regard du budget prévisionnel accordé.

Ces informations seront**, obligatoirement,** **à retourner à la CPAM/CGSS** avec laquelle le porteur de projet a passé convention.

1. **Evaluation de l’action**

- L’évaluation doit être prévue **en amont, dès la mise en place de l’action**:

- indicateurs de réalisation (processus/activité);

- indicateurs de résultats pour chaque objectif opérationnel

|  |
| --- |
| **Lorsqu’il s’agit d’une demande concernant le renouvellement ou l’extension d’un projet financé en 2020, la présentation des principaux résultats de l’évaluation de l’action «Moi(s) sans Tabac» 2020 doit être jointe à la présente fiche projet** |

*Insérer autant de lignes que de besoins et notamment les indicateurs ci-dessous :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Volets** | **Objectifs à évaluer** | **Critères et indicateurs d’évaluation** | **Sources/mode de recueil** |
| **Entretiens motivationnels, Ateliers de sensibilisation, Réunion d’information, conférence ou Manifestation événementielle** | Nombre de séances mises en place  |  |  |
| Nombre de participants  |  |  |
| Nombre estimé de fumeurs recrutés pour le Moi(s) sans tabac |  |  |
| Nombre estimé de personnes sensibilisées |  |  |
| **Campagne sortante d’envoi de messages** | Nombre d’emails envoyés |  |  |
| Nombre de sms |  |  |
| Nombre de messages vocaux |  |  |
| **Actions d’accompagne-ment :Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique, ou un atelier collectif autre qu’une consultation** |  Nombre de personnes inscrites |  |  |
| Nombre de personnes réellement venues |  |  |
| Nombre de bénéficiaires de TSN |  |  |
| Une prise en charge ou un relais des fumeurs ont-ils été proposés après Mois sans tabac |  |  |
| Précisez la nature de la prise en charge ou du relais proposés |  |  |