

## Projet «Moi(s) sans Tabac» Demande de financement

(à transmettre avant le 14/05/2021 à l'adresse suivante:  
dr-prevention.cpam-melun@assurance-maladie.fr)

### → CPAM/CGSS RÉFÉRENTE :

#### Coordonnées de la personne référente à la caisse

Nom: BAUDRIN SANDRA

Mail: dr-prevention.cpam-melun@assurance-maladie.fr

→ Région et Département : Ile de France – Seine et Marne (77)

#### 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 FNLC (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'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/PIJ...)  
 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 ou centre sportif

##### Association ou centre culturel ou de loisir

##### Pôle emploi

##### Centres commerciaux, marchés

##### Manifestation publique

##### Etablissement pénitentiaire

##### 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

## 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	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>etc</i></p>
CONTENU ET DEROULEMENT DES ACTIONS	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>etc</i></p>
CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>etc</i></p>
2) ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAC <i>Préciser si l'action prévoit une délivrance gratuite de TNS aux fumeurs accompagnés</i>	
OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DES ACTIONS	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>etc</i></p>
CONTENU ET DEROULEMENT	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>Etc</i></p>
CALENDRIER PREVISIONNEL	<p><i>Action 1</i></p> <p><i>Action 2</i></p> <p><i>etc</i></p>

→ 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(€)
<b>Moyens humains</b> (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€	
<b>Moyens matériels</b> (à détailler par action)	
- Aide au sevrage tabagique: Traitements nicotiniques de substitution	
Ex: Traitements nicotiniques de substitution (quantité)	
<b>Communication</b> (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 :	
<b>Autres postes</b> (à détailler par action)	
<b>Evaluation</b> (à détailler par action)	
<b>Montant total du budget demandé au titre du FNLCA (la somme des montants indiqués doit être égale au montant demandé sur le FNLCA)</b>	
<b>Montant total du budget du projet si cofinancement(s)</b>	

#### 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

#### A. 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.

#### B. 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
<b>Entretiens motivationnels, Ateliers de sensibilisation, Réunion d'information, conférence ou Manifestation événementielle</b>	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		
<b>Campagne sortante d'envoi de messages</b>	Nombre d'emails envoyés		
	Nombre de sms		
	Nombre de messages vocaux		
<b>Actions d'accompagnement : Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique, ou un atelier collectif autre qu'une consultation</b>	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		