**Projet «Moi(s) sans Tabac»**

**Demande de financement 2025**

(à transmettre avant le 07/08/2025 à l’adresse suivante: preventionsante@cgss.re)

**→ CAISSE référente** :

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

Nom: Fabienne DEURWEILHER

Téléphone (obligatoire) : 0262 73 10 54

Mail: fabienne.deurweilher@cgss.re

**→ Région et Département :**

**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 2025***

**Intitulé exact du projet:**

**Montant total du budget du projet :**

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

**Partenaires locaux impliqués dans le projet :**

**à Date de mise œuvre prévisionnelle : du \_\_/\_\_/2025 au \_\_/\_\_/2025***NB: les actions du projet ne peuvent être mises en œuvre au-delà du 30 novembre 2025, en dehors de l’évaluation.*

**→ L’action est-elle**

**Nouvelle** *(= action qui n'existait pas dans l'édition précédente (2024) ou bien qui n'avait pas été financée par l’AM en 2024)*

**Extension** *(= l'action a eu lieu en 2024, elle va être reconduite et enrichie d’autres volets en 2025)*

**Reconduction** *(= l'action a eu lieu en 2024, elle va être reconduite à l’identique en 2025****)***

***2. Description du projet 2025***

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

|  |
| --- |
|  |

**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*: …………………………………………………*

**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 / accueillant des personnes vulnérables,** 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**

**Espace public ou manifestation publique**

**Etablissement pénitentiaire**

**Autre, précisez :**

…………………………………………………………………………

**Descriptif du projet**

**→ Descriptiondu contenu et du déroulement du projet :**

1. **Actions de visibilité, de sensibilisation et de recrutement des fumeurs à Moi(s) sans tabac**
   1. **Contenu et déroulement des actions - distinguer les actions en indiquant une par ligne - :**

* **….**
  1. **Calendrier prévisionnel - distinguer les actions en indiquant une action par ligne- :**
* **….**

1. **Actions d’accompagnement à l’arrêt du tabac (préciser si l’action prévoit une distribution gratuite de TNS aux fumeurs accompagnés) :**

**2-1. Contenu et déroulement des actions en détaillant plus particulièrement « l’accompagnement à l’arrêt du tabac » : distinguer les actions en indiquant une action par ligne :**

* **….**

**2-2 Calendrier prévisionnel - distinguer les actions en indiquant une action par ligne- :**

* **….**

**2-3. 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 2025***

|  |  |
| --- | --- |
| **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 FLCA (la somme des montants indiqués doit être égale au montant demandé sur le FLCA)** |  |
| **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 2025***

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 (***calage avec base reporting OSCARS)*

- 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 2024, la présentation des principaux résultats de l’évaluation de l’action «Moi(s) sans Tabac» 2024 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’accompagnement :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 |  |  |