

Projet « Mois sans Tabac » Demande de financement 2026

(à transmettre avant le XX/XX/2025 à l'adresse suivante: [à compléter par la Caisse])

→ CAISSE REFERENTE :

Coordonnées de la personne référente à la caisse

Nom:

Téléphone (obligatoire) :

Mail:

→ 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 = OPERATEUR 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 2026

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 :

→ Date de mise œuvre prévisionnelle : du __/__/2026 au __/__/2026

NB: les actions du projet ne peuvent être mises en œuvre au-delà du 30 novembre 2026, en dehors de l'évaluation.

→ L'action est-elle

Nouvelle (= action qui n'existait pas dans l'édition précédente (2025) ou bien qui n'avait pas été financée par l'AM en 2025)

- Extension** (= l'action a eu lieu en 2025, elle va être reconduite et enrichie d'autres volets en 2026)
- Reconduction** (= l'action a eu lieu en 2025, elle va être reconduite à l'identique en 2026)

2. Description du projet 2026

Résumé des points importants du projet et 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 / éloignées du système de soins (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/CGSS-CES), précisez :

- Accueil Caisse
 Atelier Maternité Caisse
 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 :

- 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

Espace public ou 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 / accueillant des personnes vulnérables, précisez :

- Logement social

Descriptif du projet

→ Description-du contenu et du déroulement du projet :

1. Actions de visibilité, de sensibilisation et de recrutement des fumeurs à Moi(s) sans tabac

1-1.Contenu et déroulement des actions - distinguer les actions en indiquant une par ligne - :

-
-
-

1-2.Calendrier prévisionnel - distinguer les actions en indiquant une action par ligne- :

-
-
-

2. 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	
<u>Répartition et détail par poste de dépenses demandé pour la mise en œuvre du projet</u>	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 (<i>à détailler par action</i>)	
- Aide au sevrage tabagique: Traitements nicotiques de substitution	
Ex: Traitements nicotiques de substitution (quantité)	
Communication (<i>à détailler par action</i>)	
-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 (<i>à détailler par action</i>)	
Evaluation (<i>à détailler par action</i>)	
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

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 *(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'accompagne	Nombre de personnes inscrites		

ment : Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique, ou un atelier collectif autre qu'une consultation	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		