



Mois sans tabac : saisie d'une action pour les promoteurs de l'Assurance maladie

Modèle de fiche de saisie

Ce modèle présente la liste des champs à renseigner et indique des consignes de saisie.

Ce formulaire de saisie concerne les actions de Mois sans tabac 2021 financées intégralement ou partiellement dans le cadre de l'Appel à projet de l'Assurance maladie.

Définition d'une action et d'un projet

L'Assurance maladie, dans le cadre de son appel à projet 2021, a financé des projets dans lesquels s'inscrivent des actions.

Action : une action est définie par un lieu et un public. Si l'un ou l'autre diffère, les actions sont considérées comme différentes.

L'action doit avoir touché directement des fumeurs ou leur entourage, et non être en faveur des relais de l'opération, des professionnels de santé ou des partenaires.

Projet : cadre général dans lequel s'inscrivent les actions réalisées.

Exemple

Maman sans tabac dans les Alpes de Haute-Provence = 1 projet

Maman sans tabac dans les Alpes de Haute-Provence – stand d'information sur le marché de Digne-les-Bains = 1 action qui contribue au projet ci-dessus

Maman sans tabac dans les Alpes de Haute-Provence – stand d'information à l'hôpital de Manosque = 1 action qui contribue au projet ci-dessus

Consignes de saisie

Pour les projets de l'Assurance maladie, la saisie se fait en 2 temps, la saisie d'un projet dans un formulaire spécifique et la saisie d'une ou plusieurs actions dans un autre formulaire.

Ce modèle de fiche de saisie concerne les actions.

La saisie s'effectue dans <https://www.demarches-simplifiees.fr>

Les champs suivis d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Votre dossier est enregistré automatiquement après chaque modification. Vous pouvez à tout moment fermer la fenêtre et reprendre plus tard là où vous en étiez.

Pour en savoir plus sur la saisie dans [démarches-simplifiees.fr](https://www.demarches-simplifiees.fr), consultez l'aide : <https://faq.demarches-simplifiees.fr/collection/17-usager-depot-dun-dossier>

Fiche de saisie

Sélectionner votre caisse d'Assurance maladie - Régime général* : choisir dans la liste.

Ce champ permet d'attribuer votre dossier à l'instructeur CPAM de votre département qui a pour mission de valider votre fiche avant son intégration dans OSCARS et sa validation finale par l'ambassadeur.

Titre * : -----

Intitulé de l'action.

Ex. : Action de soutien au sevrage tabagique et à l'abstinence pour des femmes enceintes

Pas de ponctuation, chiffre, guillemet ou caractère spécial en début, pas de point à la fin.

Action reconduite :

A cocher si votre action a déjà eu lieu l'année ou les années précédentes.

Cette action contribue-t-elle à un projet ? oui / non

Préciser l'intitulé du projet auquel l'action contribue : -----

Début de l'évènement : choisir la date

Fin de l'évènement : choisir la date

Localisation de l'action

Nom du lieu de l'évènement : -----

Ex. Centre communal d'action social d'Istres

Sigle du lieu de l'évènement : -----

ex. CCAS Istres

Type de lieu : choisir dans la liste

Etablissement de santé ou médico-social (hôpital, clinique, maternité, centre de soins, maison ou centre de santé, cabinet médical, pharmacie d'officine, CSAPA, ESMS, service de protection maternelle et infantile...)

Association du secteur de la santé (IREPS, CoDES, CRES, Tabac, autres addictions, cancer, réseau de professionnels de santé...)

Assurance Maladie (CPAM, CGSS, CES...)

Mutuelles

Etablissement d'action sociale (logement social, centre social, CCAS, structure d'hébergement, structure d'accueil et d'information pour les jeunes, structure en charge de la distribution de l'aide alimentaire, structure d'insertion par l'activité économique...)

Maternelle et primaire

Collège

Lycée

Autre organisme de formation professionnelle (inférieur au bac, CAP, BEP, etc.)

- Enseignement supérieur (post-bac, licence, master, DUT, BTS, etc.)
- Entreprise
- Association ou centre sportif, culturel ou de loisirs
- Etablissement pénitentiaire, structure de la PJJ
- Commune ou intercommunalité
- Département (Conseil départemental)
- Région (Conseil régional)
- Administration centrale
- Service déconcentré de l'Etat
- Autre

Type de lieu précision : -----

Ex. service de pneumologie de l'hôpital

Niveau géographique : choisir dans la liste en fonction de l'étendue de l'action

- Communal
- Départemental
- Régional

Commune de l'action *

1. Choisissez le département dans lequel se situe la commune. Vous pouvez entrer le nom ou le numéro du département.
2. Choisissez la commune. Vous pouvez entrer le nom de la commune ou son code postal

Structure

Intitulé de votre structure * : -----

Sigle de votre structure : -----

SIRET : -----

Renseigner le numéro SIRET (à 14 chiffres) de votre structure

Commune de votre structure *

1. Choisissez le département dans lequel se situe la commune. Vous pouvez entrer le nom ou le numéro du département.
2. Choisissez la commune. Vous pouvez entrer le nom de la commune ou son code postal

Type de structure : choisir dans la liste

- Etablissement de santé
- Association du secteur de la santé
- Etablissement d'action sociale

- Maternelle et primaire
- Collège
- Lycée
- Etablissement scolaire lycée professionnel
- Organisme de formation professionnelle (inférieur au bac, CAP, BEP, etc.)
- Enseignement supérieur (post-bac, licence, master, DUT, BTS, etc.)
- Entreprise
- Association ou centre sportif, culturel ou de loisirs
- Etablissement pénitentiaire
- Service déconcentré de l'Etat
- Assurance Maladie
- Mutuelles
- Autre
- Administration centrale
- Collectivité territoriale

Public

Public concerné par votre action : choisir dans la liste (plusieurs choix possible)

- Salariés et agents
- Femmes enceintes, femmes allaitantes
- Parents
- Patients
- Personnes handicapées
- Habitants
- Etudiants, apprentis
- Personnes sous-main de justice
- Personnes immigrées
- Personnes prostituées
- Usagers de drogues
- Personnes sans domicile fixe
- Chômeurs
- Personnes en insertion professionnelle
- Personnes en difficulté socio-économique
- Tout public
- Homme
- Femme
- Préadolescents (10-12 ans)
- Adolescents (13-18 ans)
- Jeunes 19-25 ans
- Adultes 26-55 ans
- Personnes de plus de 55 ans
- Autre

Public précision : -----

A compléter si le public ciblé n'est pas mentionné dans la liste précédente.

Description

Objectifs de l'action : choisir dans la liste (plusieurs choix possible)

- Susciter l'intérêt ou l'inscription à l'opération (stand d'information sur l'opération et ses outils, affichage, inviter les fumer à s'inscrire sur le site ou appli TIS...)
- Informer sur le tabagisme et le sevrage tabagique
- Accompagner l'arrêt (consultation d'arrêt du tabac, remise d'un starter de 7 jours de TSN, atelier collectif etc.)
- Créer de l'engagement collectif (défi sportif, manifestation culturelle, concert, animation d'équipe, etc.)
- Autre

Objectifs de l'action précision : -----

Type d'action : choisir dans la liste (plusieurs choix possible)

- Affichage (papier ou virtuel), stand, distribution de documentation
- Réunion d'information, conférence
- Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique
- Atelier collectif (autre que consultation et réunion d'information)
- Manifestation événementielle
- Autre

Type d'action précision : -----

Description de l'action : -----

Décrire les activités mises en œuvre dans le cadre de l'action.

Exemples de présentation :

* *Mise en place d'un stand d'information*

- *Intervention d'un tabacologue*

. *Présentation des bienfaits de l'arrêt*

- *Intervention d'un diététicien*

. *Présentation de règles hygiéno-diététiques à tenir pour éviter la prise de poids*

Partenaires de l'action : -----

Lister ici les partenaires opérationnels de l'action.

Ex. Mission locale de Gap ; Maison départementale des Adolescents

Outils et supports

Outils et supports utilisés : choisir dans la liste (plusieurs choix possible)

- CO testeur (test de monoxyde de carbone)
- Test de Fagerström
- Test de Horn
- Prescription de substituts nicotiques
- Remise de substituts nicotiques

Outils Santé Publique France

Outils et supports utilisés précision : -----

Evaluation

Action évaluée : oui / non

Indicateurs d'évaluation de votre action : -----

Lister et renseigner les indicateurs quantitatifs et les indicateurs qualitatifs

Exemple :

* *Indicateurs quantitatifs*

- *Nombre de séances mises en place : 5*

- *Nombre de participants : 42*

* *Indicateurs qualitatifs*

- *Satisfaction des participants : Les participants sont à 75% satisfaits à très satisfaits du programme proposé*

Financement

Cette action a bénéficié d'un financement : oui / non

Financeurs

La saisie se fait à 2 niveaux

1. Sélectionner un financeur
2. Sélectionner une sous-catégorie si vous avez coché Assurance maladie, Collectivités territoriales ou Etat

Puis répéter la saisie pour un autre financeur si nécessaire en cliquant sur Ajouter un élément pour « Financeurs »

Voici la liste proposée :

ARS

Assurance Maladie

Régime général

Régime agricole

Autres régimes spécifiques

CAF

Collectivités territoriales

Communes et intercommunalités

Conseils départementaux

Conseil régional

Etat

MILDECA

Fonds propres

Politique de la ville

Santé publique France

Autre

Caisse de rattachement (CPAM, CGSS) * : choisir dans la liste
(Désolés, nous vous demandons cette information à deux reprises pour des raisons informatiques.)

L'action a-t-elle été intégralement réalisée ? Oui / Non

Si ce n'est pas le cas, précisez pourquoi : -----

Si vous avez réalisé des actions de type "Entretiens motivationnels, Ateliers de sensibilisation, Réunion d'information, conférence ou Manifestation événementielle"

Nombre estimé de fumeurs recrutés sur le Mois sans tabac : -----

Nombre estimé de personnes sensibilisées : -----

Si vous avez réalisé une « campagne sortante Osmose »

Nombre d'emails envoyés : -----

Nombre de sms : -----

Nombre de messages vocaux : -----

Si vous avez réalisé des actions de type « 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 relai des fumeurs ont-ils été proposés après Mois sans tabac : Oui / Non

Si oui, précisez la nature de la prise en charge ou du relai proposés : ----

Contact

Téléphone : -----

Pour le suivi de la saisie de votre action, vous pouvez, si vous le souhaitez, communiquer un numéro de téléphone.

Commentaire : -----

Ce champ vous permet de mentionner des indications pour le suivi de la saisie de votre action.