**Annexe 2**

**Fiche évaluation**

**Moi(s) sans tabac 2022**

|  |
| --- |
| Vous avez été financé pour la mise en place d’actions dans le cadre du dispositif national Moi(s) sans tabac en octobre et novembre 2022.  Chaque action soutenue par l’ARS s’achève par un « bilan final de l’action ». La réalisation du rapport final d’activité remplit plusieurs objectifs :   * permettre au porteur du projet de rendre compte à l’ARS en fonction de ce qui a été prévu dans la convention, des réalisations effectuées et d’expliciter les raisons des écarts éventuels, * permettre au porteur du projet de s’interroger sur le sens, la cohérence, la qualité et l’efficacité de leur action, afin d’identifier des axes d’amélioration, * permettre de recenser votre action au sein de la base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)   site internet : https://www.oscarsante.org/guadeloupe  A ces différents titres, le bilan est un outil de dialogue entre l’ARS et les porteurs de projet.  Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner la fiche évaluation **avant le 31 janvier 2023** accompagné du bilan financier détaillé de l’action à :  à l’ARS : Lionel BOULON  et copie à l’IREPS Guadeloupe à l’adresse suivante : **mathilde.champare@ireps.gp** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DU PORTEUR DE PROJET** | |
| **Porteur de l'action** | Nom du porteur de l’action : |
| Sigle : |
| ***N° de SIRET (obligatoire):*** |
| Président : |
| Directeur : |
| Adresse postale : |
| Tél. : |
| Email (contact non nominatif) : |
| Site Internet : www. |
| **Contact (obligatoire) :**  *Mail :*  *Tél.* : |
| **Ressources humaines mobilisées** *Définir les ressources (bénévoles et salariées) mobilisés pour mettre en œuvre le projet (nom et fonction)* |  |
| **Prestataire(s) de l’action**  *Il s’agit des prestataires sollicités pour mettre en œuvre l’action*  *(ex : infographiste, imprimeur, etc.) Mentionner leur(s) nom(s) et le montant de la prestation associée* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FINANCEMENT** | |
| **Organismes financeur(s) et budget(s) accordé(s)**  *Exemples (ARS, Assurance maladie, Fonds propres,etc.)* | Financeur 1 : Budget : €  Financeur 2 : Budget : €  Fond propres : Budget : € |
| **Coût total de l’action** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GOUVERNANCE** | |
| **Décrire les modalités de pilotage du projet**  *Instance de pilotage du projet (copil, codir, cotech, etc.)*  *Nbre de réunions réalisées*  *Membre de l’instance* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DU PROJET** | |
| **Nom de l’action** |  |
| **Résumé du projet**  *(Contexte, besoins de santé identifiés, etc.)* |  |
| **Objectif(s) opérationnel(s)** | |  | | --- | | ☐ Susciter l’intérêt ou l’inscription dans l’opération  ☐ Informer sur le tabagisme et le sevrage tabagique  ☐ Accompagner l’arrêt  ☐ Manifester l’engagement collectif  ☐ Autre, Précisez : …………………………………………………………… | |
| **Type d’action**  *Ce sont les modalités d’intervention. Plusieurs types peuvent être cochés.* | ☐ 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)  ☐ Formation  ☐ Manifestation évènementielle  ☐ Autre, Précisez : ……………………………………….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTIF DES ACTIONS REALISEES ET CALENDRIER DEPLOIEMENT DES ACTIONS** | | | | |
| **Nom de l’action** | **Descriptif des actions réalisées**  *Décrire précisément la mise en œuvre de chaque action* | **Lieu de réalisation de l’action** | **Partenaires mobilisés**  *Lister les noms des structures et/ou des professionnels*  *Préciser le type de participation* | **Date de début/ Date de fin** |
| **Activité 1………………** |  |  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022 |
| **Activité 2………………** |  |  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022 |
| **Activité 3………………** |  |  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022 |
| **Outils et supports utilisés pendant l’action**  *(Supports distribués, ressources mobilisées,*  *Outils et matériels d’intervention)* | **Outils:**  ☐ Affiches  ☐ Flyer  ☐ Kit Covid19  ☐ Site internet  ☐ Vidéos | | **Autre supports :** Précisez : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PUBLIC CIBLE DES ACTIONS** | | |
| **Public(s) touché(s)**  *Le public coché doit être celui qui a été touché directement par l’action et ceux qui constituaient principalement les bénéficiaires de l’action. (sont exclus : les bénéficiaires indirects)* | **Types de public**  ☐ Salariés  ☐ Enfants, adolescents  ☐ Femmes enceintes/allaitantes  ☐ Parents  ☐ Patients  ☐ Personnes handicapées  ☐ Etudiants, apprentis  ☐ Personnes sous-main de justice  ☐ Usagers de drogues  ☐ Personnes en situation de précarité  ☐ Chômeurs  ☐ **Tout public** *(si aucun type de public n’est caractérisable alors c’est une action tout public)* | **Sexe**  ☐Homme  ☐Femme  **Tranche d’âge**  ☐Préadolescents (10-12 ans)  ☐Adolescents (13-18 ans)  ☐Jeunes 19-25 ans  ☐Adultes 26-55 ans  ☐Personnes de plus de 55 ans  ☐**Autre :** Précisez : |
| **Nombre de personnes touchées par l’action ou les actions**  *Combien de personnes ont été sensibilisées à Moi(s) sans tabac lors de la mise en place de vos actions ?* | Touchées : nombre effectif de personnes ayant bénéficiées des actions  Nombre de personnes touchées : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMARCHE PARTICIPATIVE** | |
| **Y-a-t-il une démarche participative associant les bénéficiaires de l’action (citoyens, usagers, patients, élèves, etc.) ?** | Oui ☐ Non ☐ |
| **Si oui, de quelle nature ?** | Participation à l’analyse des besoins ☐  Participation à l'organisation de l'action ☐  Participation à la direction des activités prévues ☐  Participation à la gestion de l’action ☐  Participation à la mobilisation des ressources ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EVALUATION** | | |
|  | **Indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis dans la convention** | **Méthodes et résultats obtenus** |
| **Evaluation de l’action**  *Exemples d’indicateurs quantitatifs*   * *Nombre de personnes ayant participés* * *Nombre de kits/flyers/etc. distribués* * *Nbre de questionnaire distribué*   *Exemples d’indicateurs qualitatifs*   * *Satisfaction des participants* |  |  |
| **Les objectifs de l’action ont-ils été atteints au regard des indicateurs utilisés ?** |  | |
| **Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en place de l’action ?**  **Si oui, de quel type ?** |  | |
| **Pouvez-vous apprécier les effets à moyen et long terme de votre action ? Si oui, selon vous, quels sont-ils ?** |  | |
| **Quels sont les points forts et points faibles relatifs à cette édition du Moi(s) sans tabac ?** |  | |
| **Quelles recommandations formuleriez-vous pour améliorer votre action ?** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMMUNICATION** | |
| **Modalités de communication** | **Comment avez-vous valorisé votre action/projet ?** Décrire les actions de communication autour du projet. *Avez-vous bénéficié de retombées presse (communiqué de presse, point presse, etc.) ?*  (*Dates de réalisation, intervenants, type de supports, nom des média, lien vers publication etc*.) |
| Interne au sein de l’organisation |  |
| Présentation au public |  |
| Présentation auprès de services spécialisés/organisations |  |
| Articles dans la presse spécialisée |  |
| Présentation aux institutions |  |
| Articles de journaux |  |
| Radio/Télévision |  |
| Internet |  |
| Autres, précisez |  |