

## Appel à projets – Demande de dotation Actions locales FNPEIS 2020

### 1. Identification du projet

Thème du projet (à cocher)	
Vaccination contre la grippe	<input type="checkbox"/>
Dépistage des cancers	<input type="checkbox"/>
Prévention à destination des jeunes de 16 à 25 ans ( <i>dont santé sexuelle y compris pour des publics de moins de 16 ans</i> )	<input type="checkbox"/>

Région :

Département (*nom et numéro*) :

#### → CPAM/CGSS REFERENTE :

Coordonnées de la personne référente :

CPAM / CGSS :

Adresse :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse courriel :

#### → PROMOTEUR (= OPERATEUR) DU PROJET

CPAM / CGSS

Centre d'examen de santé, *précisez :*

CES en gestion directe  CES conventionné

UC-CMP

UC-IRSA

Promoteur extérieur (*hors Assurance Maladie*)

#### INFORMATIONS PROMOTEUR EXTERIEUR A LA CAISSE (HORS ASSURANCE MALADIE)

Nom :

Sigle :

Statut juridique :

Adresse postale :

Contact(s) : Identification du responsable et de la personne chargée du dossier

*Le représentant légal, le Président ou autre personne désignée par les statuts :*

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse courriel :

*La personne en charge du dossier :*

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse courriel :

**Intitulé exact du projet :**

**Montant total du projet (en €) :**

**Montant du financement demandé au titre du FNPEIS (en €) :**

**Partenaires locaux impliqués dans le projet (rôle des partenaires à détailler en 2. D) :**

→ **Date de mise œuvre prévisionnelle : du \_\_/\_\_/2020 au \_\_/\_\_/2020**

→ **Le projet est-il :**

**Nouveau** (= qui n'existait pas en 2019 ou bien n'avait pas été financé par l'AM en 2019)

**Extension** (= a eu lieu en 2019, va être reconduit et enrichi par d'autres actions en 2020)

**Reconduction** (= a eu lieu en 2019 va être reconduit sur le même périmètre en 2020)

*Dans le cas d'une extension ou d'une reconduction, l'évaluation du projet doit avoir été transmise.*

## 2. Description du projet

### A. Contexte LOCAL (5 lignes maximum)

[Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte ici]

### B. Public(s) cible(s) de/des action(s)

Compléter le public cible et la tranche d'âge si nécessaire.

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 (dont les mineur(e)s sans limite d'âge pour le volet santé sexuelle)**

Précisez le cas échéant :

Les étudiants (études scolaires ou universitaires)

Précisez :

Collège

Formation professionnelle (inférieure au bac, CAP, BEP, CFA etc)

Lycée général et technologique

Lycée professionnel

Enseignement supérieur (post bac, licence, master, BTS, etc)

Les jeunes en emploi ou en recherche d'emploi

Les jeunes socialement défavorisés

Les jeunes en situation de handicap

Les jeunes migrants

Les jeunes en insertion (PJJ, missions locales)

**Précisez la tranche d'âge :**

**Adultes**

**Précisez la tranche d'âge :**

Personnes âgées

Précisez la tranche d'âge :

Parents

Précisez la tranche d'âge :

Femmes enceintes / accouchées

Publics vulnérables / en difficultés socio-économique (autre que les consultants des CES), précisez :

\_\_\_\_\_

*Ex : personnes sans emploi, bénéficiaires du RSA, bénéficiaires de la CSS, bénéficiaires de l'aide alimentaire, personnes sans domicile fixe etc...*

Précisez la tranche d'âge :

Personnes ayant des maladies chroniques

Précisez la tranche d'âge :

Personnes en situation de handicap

Précisez la tranche d'âge :

Consultants des CES

Précisez la tranche d'âge :

Professionnels du soin

Professionnels médico-sociaux

Professionnels associatifs intervenants auprès des publics cibles

Professionnels de l'enseignement intervenant auprès des publics cibles

Tout public

Autres, précisez :

## C. Localisation et lieu(x) de mise en œuvre

### → Portée géographique du projet

- Régionale       Départementale
- Agglomération
- Communale : précisez les villes : .....
- Autre, précisez : .....

### → 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 CPAM/CGSS
- Atelier Maternité CPAM
- Centre d'examens de santé
- Autre, précisez : .....

#### Service de PMI

#### Centre de vaccination

#### Structures de soins, primaires et secondaires, précisez :

- Centre de soins, centre de santé
- Maison de santé
- Cabinet médical et/ou paramédical
- Pharmacie d'officine
- Etablissement de santé (hôpitaux et cliniques), hors maternités
- Maternité (pôle, service, clinique)
- Autre, précisez : .....

#### Etablissements et services médico-sociaux, précisez :

- CSAPA
- CAARUD
- CJC (consultation jeunes consommateurs)
- ESMS : Structures d'hébergement pour personne âgée
- Autres ESMS, précisez (ITEP, ESAT, etc) :

#### 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
- Centre social, CCAS
- Structure d'hébergement (FJT, CHRS, etc)
- Mission locale, ou autre structure d'accueil et d'information pour les jeunes (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
- Formation professionnelle (inférieure au bac, CAP, BEP, CFA etc)
- Lycée général et technologique
- Lycée professionnel
- Etudiants – Enseignement supérieur (post bac, licence, master, BTS, etc)

**Association ou centre sportif**

**Association ou centre culturel ou de loisir**

**Pôle emploi**

**Espaces ou manifestations publics**

**Etablissement pénitentiaire**

**Autre, précisez : .....**

## D. Descriptif du projet

→ Détaillez dans le tableau ci-dessous les différentes actions qui composent le projet :

### DESCRIPTIF DES ACTIONS DU PROJET :

OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DES ACTIONS	<i>Action 1</i>  <i>Action 2</i>  <i>etc</i>
CONTENU ET DEROULEMENT DES ACTIONS	<i>Action 1</i>  <i>Action 2</i>  <i>etc</i>
CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS	<i>Action 1</i>  <i>Action 2</i>  <i>etc</i>

### 3. Budget prévisionnel et financement du projet

<b>Montant total du projet (en €)</b>	<b>Budget demandé au titre du FNPEIS * (en €)</b>
---------------------------------------	---

#### Détaillez le budget (insérer autant de lignes que nécessaire)

<b>Répartition et détail des postes de dépenses pour la mise en œuvre du projet</b>				<b>Budget total (€)</b>	<b>Budget FNPEIS (€)</b>
<b>Moyens humains (à détailler)</b>					
<i>Ex : 5 demi-journées de vacation par une sage-femme</i>					
<b>Fonction</b> <i>Institution d'origine</i>	<b>Statut</b> <i>S : salarié V : Vacation</i>	<b>Si vacation</b> <b>Nbre de vacations</b>  <i>(2 H minimum) pour l'action</i>	<b>Tâches attribuées</b>		
<b>Moyens matériels (à détailler)</b>					
<i>Ex : (détailler type et quantité)</i>					
<b>Communication (à détailler)</b>					
<i>Ex : action événementielle, ateliers, affiches, brochures... : différencier les couts de conception, impression, diffusion etc. en renseignant le prix unitaire, le prix TTC</i>					
<b>Formation (à détailler)</b>					
<b>Autres postes (à détailler)</b>					
<b>Total du budget demandé au titre du FNPEIS *</b> <i>Montant égal au montant indiqué en tête de tableau</i>					

Co-financement(s) du projet (insérer autant de lignes que nécessaire)		
Nom du co-financeur sollicité	Montant sollicité	Montant obtenu en (€)

En cas de renouvellement du projet, indiquez :		
Le budget total en N-1 (en €)		
Le budget demandé au titre du FNPEIS en N-1 (en €)		
Le budget obtenu au titre du FNPEIS en N-1 (en €)		
Le budget total réalisé en N-1 au titre de l'ensemble du projet (en €)		<i>Si information disponible</i>
Le budget réalisé en N-1 au titre du FNPEIS uniquement (en €)		
Les co-financeurs sollicités en N-1	Budget demandé aux co-financeurs en N-1 (en €)	Budget obtenu par les co-financeurs en N-1 (en €)
<i>[Nom du co-financeur]</i>		
<i>[Nom du co-financeur]</i>		



## 4. Suivi / Évaluation prévisionnelle du projet

### A. Suivi et reporting de la mise en œuvre :

Pour les porteurs de projet hors Assurance Maladie :

- 1) remonter à l'issue de(s) l'action(s) un **bilan** à la caisse, précisant si la(les) action(s) a/ont été réalisée(s) et dans quelle mesure, au regard des engagements initiaux figurant en **2. Description du projet**. Ces informations, assorties de commentaires permettant de les expliciter et de toute autre information que vous jugerez utiles, seront à retourner à la CPAM/CGSS auprès de laquelle vous avez passé convention.
- 2) fournir les **pièces justificatives budgétaires** afférentes à chaque dépense réalisée au regard de celles mentionnées en **3 Budget prévisionnel et financement du projet** justifiant l'utilisation des fonds versés par l'Assurance Maladie ainsi qu'un bilan budgétaire.

### B. Evaluation du projet :

L'évaluation des actions décrites dans le projet doit être prévue dès le dépôt du projet.

- 1) Définir des indicateurs de :
  - processus (*évaluation de la mise en œuvre effective de l'action mise en place*),
  - et de résultats (*évaluation des effets réels en termes de santé et d'habitudes de vie des personnes ayant bénéficié de l'action*),retenus pour chaque objectif opérationnel.
- 2) Décrire la/le(s) méthode(s) de collecte des données.

*Insérez autant de ligne que de besoins*

Volets	Objectifs à évaluer	Critères et indicateurs d'évaluation	Sources / mode de recueil
Action 1	Obj Op 1-1		
	Obj Op 1-2		
	...		
Action 2	Obj Op 2-1		
	Obj Op 2-2		
	...		