**Appel à projets – Demande de dotation Actions locales**

**FNPEIS 2020**

(À transmettre d’ici le 9 septembre au plus tard à l’adresse mail de la Caisse Primaire de votre département précisée au point VII du cahier des charges, en mettant en copie la DCGDR - dcgdr.normandie.ersm-normandie@assurance-maladie.fr)

1. ***Identification du projet***

|  |
| --- |
| **Thème du projet (à cocher)** |
| **Vaccination contre la grippe** | [ ]  |
| **Dépistage des cancers** | [ ]  |
| **Prévention à destination des jeunes de 16 à 25 ans** *(dont santé sexuelle y compris pour des publics de moins* *de 16 ans)* | [ ]  |

**Région :**

**Département** *(nom et numéro) :*

**→ Cpam/CGSS référente** :

**Coordonnées de la personne référente :**

*CPAM / CGSS :*

*Adresse :*

*Nom : Prénom :*

*Fonction :*

*Téléphone : Adresse courriel :*

**→ Promoteur (= opérateur) 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 extérieur 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***

1. **Contexte LOCAL (5 lignes maximum)**

[Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte ici]

1. **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 :**

1. **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 :** *……………………………………………*

1. **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  | *Action 1**Action 2**etc* |
| CONTENU ET DEROULEMENT des actions  | *Action 1**Action 2**etc* |
| calendrier PREVISIONNEL des actions | *Action 1**Action 2**etc* |

***3. Budget prévisionnel et financement du projet***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Montant total du projet (en €)** |  | **Budget demandé au titre du FNPEIS \* (en €)** |  |

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

|  |
| --- |
| **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 €) | *Si information disponible* |
| 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 €) |
| *[Nom du co-financeur]* |  |  |
| *[Nom du co-financeur]* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***4. Suivi / Évaluation prévisionnelle du projet***

1. **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.
3. **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.

1. 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** |  |  |
| **…** |  |  |