Appel à projets – Demande de dotation Actions locales
FNPEIS 2025

1. Identification du projet

Thème du projet (à cocher)	
Vaccination contre la grippe : précisez	☐
Vaccination contre la grippe	☐
Vaccination contre le COVID-19	☐
Gestes barrières (volet complémentaire)	☐
Dépistage des cancers : précisez	☐
Sein	☐
Colorectal	☐
Col de l'utérus	☐
Santé sexuelle : précisez	☐
Contraception des moins de 26 ans	☐
Prévention des IST et du VIH	☐
Vaccinations autres que la grippe, Covid-19 et HPV	☐
Santé environnementale	☐
Nutrition – Activité physique	☐
Action régionale hors thème	☐

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 __/__/ 2025 au __/__/ 20__

→Le projet est-il :
☐**Nouveau**
Si projet nouveau, projet prévu sur deux exercices ? ☐Oui ☐Non
☐**Extension**
☐**Reconduction**

Dans le cas d'une extension ou d'une reconduction, l'évaluation du projet doit avoir été transmise et, le cas échéant, les observations formulées par l'assurance maladie en N-1 prises en compte.

2. Description du projet

Résumé des points importants du projet /actions qui le compose(nt)au regard des critères définis dans le cahier des charges

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**

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) :

☐**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**

☐**Espace public ou manifestation publique**

☐**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	*Action 1* *Action 2* *etc*
CONTENU ET DEROULEMENT DES ACTIONS	*Action 1* *Action 2* *etc*
CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS	*Action 1* *Action 2* *etc*
BUDGET GLOBAL DEMANDE SUR LE FNPEIS (DETAIL PAGE SUIVANTE)	*Action 1* *Action 2* *etc*

3. Budget prévisionnel et financement du projet (détails)

En cas d'actions sur 2025 et 2026, renseigner les 2 colonnes

Montant total du projet (en €)		Budget total demandé au titre du FNPEIS (en €)	

Détaillez le budget demandé sur le FNPEIS (insérer autant de lignes que nécessaire)			
Répartition et détail des postes de dépenses pour la mise en œuvre du projet		**Budget FNPEIS demandé 2025 (€)**	**Budget FNPEIS demandé 2026 (€)**
Moyens humains *(à détailler par action)* *Nombre d'interventions avec la qualification de l'intervenant (préciser vacation/salarié et institution d'origine)*			
Ex : Action 1 : 6 ateliers collectifs d'une heure chacun par un médecin (vacation / libéral) =6X75€=450€ *Ex : Action 2 : …*			
Moyens matériels *(à détailler par action)* *Détailler type et quantité*			
Communication *(à détailler par action)* *Si action événementielle, ateliers, affiches, brochures… : différencier les couts de conception, impression, diffusion etc. en renseignant le prix unitaire, le prix TTC* *Outils de communication s'ils n'existent pas au niveau national*			
Formation *(à détailler par action)*			
Evaluation *(à détailler par action)*			
Autres postes *(à détailler par action)*			
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 cofinanceur sollicité	Montant sollicité (en €)	Montant obtenu en (€)

En cas de renouvellement du projet, indiquez :	
Le budget total en 2024 (en €) *(à détailler par action)*	
Le budget demandé au titre du FNPEIS en 2024 (en €) *(à détailler par action)*	
Le budget obtenu au titre du FNPEIS en 2024 (en €) *(à détailler par action)*	
Le budget réalisé en 2024 au titre du FNPEIS uniquement (en €) *(à détailler par action)*	

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 quantitatif et qualitatif** 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 ainsi que toute autre information que vous jugerez utiles pour mesurer la pertinence et l'impact de l'action, seront à retourner à la CPAM/CGSS avec 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		
	…		

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 2024 doit être jointe à la présente fiche projet