

Appel à projets – Demande de dotation Actions locales FNPEIS 2021

1. Identification du projet

| Thème du projet (à cocher) | |
|---|--|
| Vaccination contre la grippe : Précisez | |
| Vaccination contre la grippe | |
| Vaccination contre la COVID-19 | |
| Gestes barrières | |
| Dépistage des cancers | |
| Sein | |
| Colorectal | |
| Utérus | |
| Santé sexuelle : précisez | |
| Contraception des mineures | |
| Prévention du VIH-VHC | |

Région : Bourgogne Franche-Comté

Département (nom et numéro) : Doubs 25

→ CPAM/CGSS REFERENTE :

Coordonnées de la personne référente :

CPAM / CGSS : CPAM "du DOUBS"

Adresse : 2 rue Denis Papin - 25036 BESANCON CEDEX

Nom : ROY

Prénom : AURORE

Fonction : manager de proximité services de santé

Téléphone : 03 81 47 52 43

Adresse courriel : aurore.roy@assurance-maladie.fr

→ 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 2021 au 2021**

→ **Le projet est-il :**

Nouveau

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)

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'examen de santé

Autre, précisez :

Service de PMI

Centre de vaccination

Structures de soins, primaires et secondaires, précisez :

Centre de soins, centre de santé
Cabinet médical et/ou paramédical
Etablissement de santé (hôpitaux et cliniques), hors maternités
Maternité (pôle, service, clinique)
Autre, précisez :

Maison de santé
Pharmacie d'officine

Etablissements et services médico-sociaux, précisez :

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

CAARUD

Etablissement d'action sociale, précisez :

Logement social
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 :

Centre social, CCAS

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> |

DESCRIPTIF DES ACTIONS DU PROJET

**CALENDRIER
PREVISIONNEL DES
ACTIONS**

Action 1

Action 2

etc

**BUDGET GLOBAL
DEMANDE SUR LE
FNPEIS (DETAIL PAGE
SUIVANTE)**

Action 1

Action 2

Etc

| 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 réalisé en N-1 au titre du FNPEIS uniquement (en €) | |

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 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Volets | Objectifs à évaluer | Critères et indicateurs d'évaluation | Sources / mode de recueil |
|----------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| 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 2020, la présentation des principaux résultats de l'évaluation 2020 doit être jointe à la présente fiche projet