

Demande de dotation Actions locales Actions innovantes FNPEIS 2024

à transmettre **avant le 30/09/2024** à l'adresse suivante: caroline.pelet@assurance-maladie.fr

1. Identification du projet

| Thème du projet (à cocher) | |
|---|--------------------------|
| Vaccinations autres que covid et grippe | <input type="checkbox"/> |
| Santé environnementale | <input type="checkbox"/> |
| Nutrition – Activité physique | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Région : Centre Val de Loire
Département (*nom et numéro*) : Eure et Loir (28)

→ CPAM/CGSS REFERENTE :

Coordonnées de la personne référente :

CPAM / CGSS : CPAM d'Eure et Loir

Adresse : 11 rue du Docteur André Haye

Nom : PELET

Prénom : Caroline

Fonction : Chargée de prévention

Téléphone : 02 37 20 45 95

Adresse courriel : caroline.pelet@assurance-maladie.fr

→ PROMOTEUR (= OPERATEUR) DU PROJET

CPAM / CGSS

Centre d'examens de santé (CES), 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 __/__/2024 au __/__/20__

→ **Le projet est-il prévu sur deux exercices ?** Oui Non

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 | <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> |
| BUDGET GLOBAL DEMANDE SUR LE FNPEIS (DETAIL PAGE SUIVANTE) | <i>Action 1</i> <i>Action 2</i> <i>etc</i> |

3. Budget prévisionnel et financement du projet (détails)

En cas d'actions sur 2024 et 2025, 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) | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Répartition et détail des postes de dépenses</u> pour la mise en œuvre du projet | Budget FNPEIS demandé 2024 (€) | Budget FNPEIS demandé 2025 (€) |
| Moyens humains (à détailler par action) Nombre d'interventions avec la qualification de l'intervenant (préciser vacation/salarié et institution d'origine) <i>Ex : Action 1 : 6 ateliers collectifs d'une heure chacun par un médecin (vacation / libéral) = 6x75€=450€</i> <i>Ex : Action 2 : ...</i> | | |
| Moyens matériels (à détailler par action) Détailler type et quantité | | |
| Communication (à détailler par action) Si action événementielle, ateliers, affiches, brochures... : différencier les coûts 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) (5% maximum du montant total du projet) | | |
| Autres postes (à détailler par action) | | |
| Total du budget demandé au titre du FNPEIS * <i>Montant égal au montant indiqué en tête de tableau</i> | | |

| Co-financement(s) du projet (insérer autant de lignes que nécessaire) | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| Nom du cofinancier sollicité | Montant sollicité (en €) | Montant obtenu 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 | | |
| | ... | | |
| Action 2 | Obj Op 2-1 | | |
| | Obj Op 2-2 | | |
| | ... | | |