

1. ***Indentification du projet 2023***

(À transmettre **avant le 26/05/2023** à l’adresse suivante: elodie.perraut@assurance-maladie.fr)

|  |
| --- |
| **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 moins de 26 ans** | [ ]  |
| **Prévention des IST, VIH-VHC-VHB** | [ ]  |

**→ Cpam/CGSS référente** :

**Coordonnées de la personne référente :**

*CPAM / CGSS : CPAM des Yvelines*

*Adresse : 92 avenue de Paris – 78000 Versailles*

*Nom : PERRAUT Prénom : Elodie*

*Fonction : Gestionnaire de projets prévention-santé*

*Téléphone : 06 59 52 37 54 Adresse courriel :* *elodie.perraut@assurance-maladie.fr*

***Découvrez l’ensemble des appels à projets prévention CPAM78 sur*** [***notre site dédié***](https://www.projets.cpam-versailles.fr/)***.***

**→ 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) :**

*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 à la CPAM78 (en €) :**

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

**🡪 Date de mise œuvre prévisionnelle : du \_\_/\_\_/ 2023 au \_\_/\_\_/ 2023**

**→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 2023***

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

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**

*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) :

[ ] **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 :** *……………………………………………*

1. **Descriptif du projet 2023**

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

|  |
| --- |
| **DESCRIPTIF DES ACTIONS DU PROJET 2023 :** |
| 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 A LA CPAM78(DETAIL PAGE SUIVANTE) | *Action 1**Action 2**etc* |

1. ***Budget prévisionnel et financement du projet (détails) 2023***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Détaillez le budget demandé à la CPAM78 (insérer autant de lignes que nécessaire)** |
| **Répartition et détail des postes de dépenses** Au préalable, veuillez-vous référer aux règles de financements décrites dans le cahier des charges. |  | **Budget CPAM78 demandé****(€)** |
| ***Moyens humains*** *(à détailler par action)**Rappel : Praticiens = 75€/heure Auxiliaires médicaux = 50€/heure Autres professionnels = 40€/heure**(Ces vacations doivent être réalisées en dehors de l’activité salariée habituelle)* |  |
| *Intervention au sein de quelle action* | *Métier de l’intervenant* | *Nombre d’heures prévisionnelles d’intervention* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Moyens matériels*** *(à détailler par action) : outils, supports, communication spécifique…**Rappel : l’utilisation des outils nationaux doit être priorisée (Santé Publique France)* |  |
| *Intervention au sein de quelle action* | *Définition du moyen demandé* | *Coût prévisionnel* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Formation*** *(à détailler par action)* |  |
| *Organisme formateur* | *Public à former* | *Contenu de la formation* | *Coût de la formation* |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***Autres postes*** *(à détailler par action)**Ex : Indemnités kilométriques…* |  |
| *Intervention au sein de quelle action* | *Nature du poste demandé* | *Coût prévisionnel* |  |
|  |  |
| ***Evaluation*** *(à détailler par action)**Rappel : Le coût doit être raisonnable et inférieur ou égal à 5% du budget total demandé à la CPAM78* |  |
| *Méthode d’évaluation*  | *Temps dédié* | *Coût prévisionnel* |  |
|  |  |
| **Total du budget demandé au titre du FNPEIS\*** **(\*Fonds National de Prévention d’Education et d’Information Sanitaire).** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Montant total du projet (en €)** |  | **Budget total demandé à la CPAM78 (en €)** |  |

|  |
| --- |
| **Co-financement(s) du projet (insérer autant de lignes que nécessaire)** |
| Nom du cofinanceur sollicité | Montantsollicité (en €) |  Montant obtenu en (€) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **En cas de renouvellement du projet, indiquez :** |
| Le budget total du projet en 2021 (en €) |  |
| Le budget demandé à la CPAM78 en 2021 (en €) |  |
| Le budget obtenu par la CPAM78 en 2021 (en €) |  |
| Le budget CPAM78 réalisé en 2021 (en €) |  |

**Les pièces justificatives de la bonne utilisation des fonds alloués seront à adresser à la CPAM78 en même temps que votre évaluation finale (échéance habituelle au 31 mars N+1).**

***4. Suivi / Évaluation prévisionnelle du projet 2023***

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** **quantitatif et qualitatif** à la CPAM78, **précisant si la(les) action(s) a/ont été réalisée(s) et les budgets utilisés par action**, au regard des engagements initiaux figurant en *2. Description du projet*.
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** |  |  |
| **…** |  |  |

|  |
| --- |
| **Lorsqu’il s’agit d’une demande concernant le renouvellement ou l’extension d’un projet financé en 2021,****la présentation des principaux résultats de l’évaluation 2021 doit être jointe à la présente fiche projet** |