

FICHE D'INTENTION

Coup de pouce prévention 2024

Nom du projet :

Nom de la structure de rattachement :

Thématique principale Addictions Territoire d'Intervention Prioritaire

Dépistages organisés des cancers (seules les CMSA peuvent soumettre un projet)

SOMMAIRE

<i>Fiche du projet</i>	2
Candidature.....	2
IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE QUI PORTE LE PROJET	2
Identification du porteur de projet.....	3
Synthèse du projet.....	3
OBJECTIFS DU PROJET	4
Public(s) Cible ET TERRITOIRE(S) D’INTERVENTION.....	5
<i>Justification du projet</i>	5
<i>Mise en œuvre du projet</i>	6
DESCRIPTION DES Actions.....	6
Partenariat.....	6
Communication du PROJET	7
Suivi et évaluation du projet	7
<i>Budget prévisionnel du projet</i>	8
<i>Budget prévisionnel du projet</i>	8
Montant de la participation au financement demandée.....	8

Fiche du projet

CANDIDATURE

Dans le cadre de votre candidature, merci de compléter cette fiche d'intention. Vous pouvez y associer en annexe les compléments d'information qui vous semblent nécessaires pour la bonne compréhension de votre projet.

Les modalités de remplissage et d'envoi de la fiche d'intention sont explicitées dans le guide d'aide au remplissage.

Pour rappel, pour le volet « Dépistages organisés des cancers », seules les CMSA peuvent soumettre un projet.

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE QUI PORTE LE PROJET

Porteur du projet : Hors MSA MSA Co-portage MSA et hors MSA

Nom de la structure de rattachement (dénomination sociale) :

- Dans le cas d'un projet porté par plusieurs MSA, indiquez la MSA pilote du projet.
- Dans le cas d'un co-portage MSA et hors MSA, indiquez la structure hors MSA.

Adresse du siège de la structure :

Typologie de la structure (association, centre hospitalier, maison de santé pluridisciplinaire...) :

Statut juridique de la structure :

Nombre de salariés intégrés à la structure :

IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

Nom et prénom :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

SYNTHESE DU PROJET

Résumé du projet (5 lignes) :

Dans quelle(s) thématique(s) d'intervention en prévention et éducation sanitaire et sociale votre projet s'inscrit-il (3 maximum) ?

Le projet est-il similaire à un dispositif national mis en œuvre par les pouvoirs publics, les agences nationales sanitaires et sociales, les régimes d'assurance maladie ? OUI NON

Le projet sera-t-il mis en œuvre sur plusieurs années ? OUI NON

Date de début du projet :

Date de fin du projet :

OBJECTIFS DU PROJET

Quel est l'objectif général du projet (à formuler en une seule phrase qui débute par un verbe à l'infinitif) ?

Quel est le but recherché dans le cadre du projet ? Le résultat à atteindre ?

Après de quelle(s) cible(s) ? Sur quel(s) territoire(s) ?

Quels sont les objectifs spécifiques du projet (5 objectifs spécifiques au maximum chacun commençant par un verbe à l'infinitif) ?

Que faut-il mettre en place pour atteindre l'objectif général ?

Quels sont les objectifs opérationnels du projet (3 objectifs opérationnels au maximum par objectif spécifique et chaque objectif doit débiter par un verbe à l'infinitif) ?

Que faut-il mettre en place pour réaliser le ou les objectifs spécifiques ?

Objectifs opérationnels associés à l'objectif spécifique 1 :

Objectifs opérationnels associés à l'objectif spécifique 2 :

Objectifs opérationnels associés à l'objectif spécifique 3 :

Objectifs opérationnels associés à l'objectif spécifique 4 :

Objectifs opérationnels associés à l'objectif spécifique 5 :

PUBLIC(S) CIBLE ET TERRITOIRE(S) D'INTERVENTION

Quelle est ou quelles sont les populations cibles de votre projet ?

Indiquer le nombre de personnes qui pourraient bénéficier de l'action, les tranches d'âges, le genre, les catégories socioprofessionnelles, les caractéristiques principales (personnes en situation de précarité, présentant un handicap, à risque...).

Dans quel(s) territoire(s) d'intervention votre projet sera-t-il mené ?

Nommer précisément les territoires (communes, cantons, communautés de communes, départements...) de réalisation et impactés.

Justification du projet

Un diagnostic territorial a-t-il été mené ? OUI NON

Si oui, indiquez ci-dessous les principaux éléments de diagnostic territorial permettant de justifier la réalisation du projet :

Mise en œuvre du projet

DESCRIPTION DES ACTIONS

Précisez, à l'aide du tableau ci-dessous, les actions menées dans le cadre du projet (modalités de mise en œuvre, contenus, déroulé de l'action, supports utilisés, nombre de participants...) :

Si plusieurs types d'action sont réalisés dans le cadre du projet, précisez le nombre par type d'action (séances individuelles, ateliers collectifs, ...). Il est possible d'ajouter des lignes au tableau ci-dessous.

Type d'action	Nombre d'actions réalisé durant la période de mise en œuvre du projet	Nombre de participants (estimation)	Acteurs réalisant l'action	Lieu de l'action

Commentaires, précisions à apporter sur la description des actions et la méthodologie du projet :

Le projet fait-il l'objet actuellement d'un déploiement sur le terrain ? OUI NON

PARTENARIAT

Le projet sera-t-il réalisé en partenariat avec des acteurs locaux ? OUI NON

Si oui, préciser le(s) nom(s) des partenaires.

Le projet sera-t-il réalisé avec une participation opérationnelle de la MSA locale ? OUI NON
(Exemples : participation aux comités de projet, à la mise en place des actions...)

COMMUNICATION DU PROJET

Quels sont les moyens mis en œuvre pour communiquer sur le projet auprès des acteurs relais et de la population cible ?

Préciser de quelle manière la communication de votre projet sera réalisée : comment allez-vous vous y prendre ? Quels canaux de communication allez-vous utiliser et quels résultats attendez-vous de l'utilisation de ces canaux ?

SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

Merci de cocher ci-dessous, le type d'évaluation prévu.

- Bilan quantitatif de résultats
- Evaluation organisationnelle
- Evaluation à valeur d'impact

Développez le protocole d'évaluation associé dans le tableau ci-dessous.

Il est possible d'ajouter des lignes au tableau ci-dessous.

Indicateurs quantitatifs et qualitatifs	Critères associés / cibles	Méthodes de mesure	Outils d'évaluation associés	Périodes de réalisation

Énumérer les trois principaux impacts anticipés sur la population cible :

Budget prévisionnel du projet

MONTANT DE LA PARTICIPATION AU FINANCEMENT DEMANDEE

Veillez remplir le tableau ci-dessous pour le détail des charges et produits.

Il est possible d'ajouter des lignes au tableau ci-dessous.

Demande pour Coup de pouce prévention 2024

Charges		Produits		Acquis/ sollicité
Nature détaillée de la dépense	Montant en euros	Sources de financement	Montant en euros	
		Dotation Coup de pouce prévention demandée		
		Autres financeurs		
TOTAL des charges		TOTAL des produits		

Points d'attention : l'édition 2024 de Coup de pouce prévention ne subventionne que l'année 2024. Un projet pluriannuel validé en commission impliquera un dépôt de dossier de demande de financement pour les autres années accompagné d'un bilan du projet réalisé en 2024. Coup de pouce prévention finance des projets pluriannuels sans excéder 3 ans.

Les budgets prévisionnels 2025-2026 sont-ils déjà fixés : OUI NON

Attention : les détails des budgets prévisionnels 2025-2026 seront exigés au moment de remplissage du dossier de participation au financement