





















**CONSEIL DEPARTEMENTAL**

 **GUADELOUPE**



**ANNEXE 9**

**Bilan d’activité**

**Programme Coordonné de Financement**

**2021**

* **Bilan intermédiaire Bilan final**

**NOM DE LA STRUCTURE : -------------------------------------------------------------------------------------------------**

**AXE CONCERNE : AXE 1 AXE 3 AXE 4 AXE 5 AXE 6**

**NOM DE LA STRUCTURE : --------------------------------------------------------------------------------------------------**

**CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE**

**DE LA GUADELOUPE**

Votre projet a été soutenu dans le cadre de l’appel à projets 2021 de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d’Autonomie et son déploiement devait s’achever 12 mois après la date de démarrage indiquée sur le certificat d’engagement adressé au Conseil Départemental.

Afin de communiquer le bilan intermédiaire de votre projet, veuillez compléter ce formulaire pour un retour **au plus tard le 30 avril 2022** aux adresses mails suivantes :

* conferencedesfinanceurs@cg971.fr
* direction.autonomie@cg971.fr

L’ensemble du document doit obligatoirement être renseigné.

Tout formulaire incomplet sera irrecevable.

1. **Identification de la structure** \*

Nom :

Statut juridique :

Adresse du siège social :

Code postal :

Commune :

Courriel :

Téléphone :

N° SIRET/SIREN :

1. **Responsable du projet et du suivi** \*

Nom :

Prénom :

Fonction :

N° de Téléphone :

Courriel :

1. **Intitulé du projet** \*
2. **Axe concerné** \*

AXE 1□ AXE 3□ AXE 4□ AXE 5□ AXE 6□

1. **Type d’action** \*

Action(s) individuelle(s) □ Action(s) collective(s) □

1. **Thématique du projet** \*
2. **Accès aux équipements et Aides techniques individuelles**
* Aides techniques inscrites au sein de la LPPR
* Téléassistance
* Pack domotique
* Autres nouvelles technologies
* Amélioration de l’accès
* Autres aides techniques
* Autres actions
1. **Actions individuelles de prévention mises en œuvre par un SAAD**

(*Préciser les actions mises en place)*

* Lien social
* Activité physique adaptée
* Atelier équilibre/prévention de chutes
* Atelier nutrition
* Atelier mémoire
* Atelier sommeil
* Atelier bien-être et estime de soi
* Autres
1. **Actions individuelles de prévention mises en œuvre par un SPSAD**

(*Préciser les actions mises en place)*

* Lien social
* Activité physique adaptée
* Atelier équilibre/prévention de chutes
* Atelier nutrition
* Atelier mémoire
* Atelier sommeil
* Atelier bien-être et estime de soi
* Autres
1. **Soutien aux actions d’accompagnement des proches aidants**
* Information
* Formation
* Soutien psychosocial
* Prévention santé
1. **Actions de prévention collectives**

**Santé Globale/Bien vieillir :**

* Atelier Nutrition
* Atelier Mémoire
* Atelier Sommeil
* Activités physiques adaptées
* Atelier équilibre/prévention des chutes
* Bien-être et estime de soi
* Autre (préciser) …………………………………………………………………….

**Autres thématiques actions collectives de prévention :**

* Lien Social
* Habitat et cadre de vie
* Mobilité (dont sécurité routière)
* Accès aux droits
* Usage du numérique
* Préparation à la retraite
* Autres actions collectives de prévention
1. **Type d’activité** (ateliers, conférence-débat, visioconférence…) \*
2. **Objectifs de l’action** \*
* Rappel des objectifs initiaux fixés dans le dossier présenté pour répondre à l’appel à projet 2019
* Evolution éventuelle des objectifs initiaux
* Commentaires/explications
1. **Réalisation du projet**
2. **Territoires concernés par le projet** \*
* CAP EXCELLENCE
* CA LA RIVIERA DU LEVANT
* CA NORD GRANDE-TERRE
* CA NORD BASSE-TERRE
* CA GRAND SUD CARAIBES
* CC MARIE-GALANTE
1. **Réalisation du projet**
2. **Communes concernées par le projet** (tenir compte des communes arrêtées par convention sauf en cas de modification validée par la Conférence des Financeurs) \*
* Anse-Bertrand 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Bouillante 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Capesterre Belle-Eau 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Désirade 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Les Saintes 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Marie-Galante 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Morne-à-L’Eau 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Petit-Canal 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Pointe-Noire 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Sainte-Rose 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Vieux-Fort 1ère intervention sur le secteur OUI NON
* Vieux-Habitants 1ère intervention sur le secteur OUI NON
1. **Précisez le (s) lieu (x) de réalisation** \*
2. **Date de démarrage de l’action auprès des bénéficiaires** \*

------/-----/-------

JJ MM AAAA

1. **Date de fin de l’action** \*

------/-----/-------

JJ MM AAAA

1. **Réalisation de l’action et contexte de mise en œuvre** (précisions calendaires, méthodologie, étapes de déploiement du projet, justifications de retards éventuels …) \*
* L’action s’est-elle déroulée selon le calendrier prévu ?
* Si non, justifiez les retards éventuels.
* Méthodologie : précisez les moyens humains réellement impliqués, moyens matériels réellement engagés dans l’action.
* Avez-vous réalisé des actions pendant la période du confinement ? si oui, précisez lesquels, la méthodologie mise en œuvre (visioconférence, vidéos, WhatsApp appel ou vidéo), le nombre de participants, leur tranche d’âge, nombre de femmes et d’hommes.
* Avez-vous utilisé les subventions allouées pour la mise en œuvre des actions COVID-19 ? Si, oui indiquez la somme et détaillez les achats effectués (joindre les factures).
1. **Données quantitatives**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’actions – d’ateliers prévus | Nombre d’actions/ateliers réalisés  | Dates de début et fin de l’action | Périodicité et horaire (préciser matin ou après-midi) | Durée totale du cycle d’ateliers ou d’actions  | Points forts et points à améliorer | Nombre d’ateliers, de séances restant à réaliser  |
|  | Exemple : 8 ateliers nutrition par mois soit un total de 48 ateliers sur une période de 6 mois |  | Exemple :2 ateliers nutrition : 1 fois par semaine 1 atelier mémoire : 1 fois par mois | Exemple : Atelier nutrition : 1 heure/séance soit un total de 480 heures  |  | Au vu du budget prévisionnel validé par la Conférence des Financeurs |

1. **Déroulé de l’action**
2. **Profil des participants** \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total des participants** | **Répartition par sexe** | **Niveau de dépendance** | **Classes d’âge** |
| Préciser la thématique de l’atelier | Femmes | hommes | GIR 1 à 4 (ou bénéficiaire APA) | GIR 5- 6 ou inconnu (non bénéficiaire APA) | 60 ans | 60/69 ans | 70/79 ans | 80/89 ans  | 90 ans et plus |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Coût éventuel restant à la charge des bénéficiaires appliqué (€/personne)**\*
2. **Synthèse de l’évaluation financière de l’action (en complément du budget réel)** \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coût prévisionnel de l’action | Coût réel de l’action  | Ecart  |
|  |  |  |

1. **Utilisation de la subvention Conférence des financeurs utilisée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Montant de la subvention utilisée | Montant de la subvention non utilisée | Ecart (montant) | Justifiez les écarts entre le prévisionnel et le réalisé |
|  |  |  |  |

1. **Représentation du budget réel (comptes charges et comptes produits)** \*

BUDGET REEL COMPTES PRODUITS

Renseigner le tableau en fonction des sommes réellement perçues

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C. Départemental  |  | ETAT |  | ARS |  |
| CGSS |  | CNSA |  |  |  |
| C. Régional |  | FSE |  |  |  |
| COMMUNE  |  | DAC |  |  |  |
|  CCAS |  |  |  |  |  |
| EPCI |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES PRODUITS** |  |

GES - RENSEIGNEZ LE TA

BUDGET REEL COMPTES CHARGES

Renseigner le tableau en fonction de vos charges réelles

BLEAU EN FONCTION DE VOS CHARGES REELLES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  **C H A R G E S D I R E C T E S** |  |
| Prestations de services | **Réel**  | **Ecarts /au BP** |  Autres services extérieurs | **Réel**  | **Ecarts /au BP** | Rémunération des personnels | **Réel**  | **Ecarts /au BP** |
| Achats matières et fournitures |  |  | Rémunérations intermédiaires et sociales honoraires |  |  | Charges sociales |  |  |
| Autres fournitures |  |  | Publicités et publications |  |  | Autres chargesde personnel |  |  |
| Locations immobilières et mobilières |  |  | Missions et déplacements |  |  | Autres charges de gestioncourante |  |  |
| Entretien et réparation |  |  | Service Bancaire |  |  | Chargesfinancières |  |  |
| Assurance |  |  | Impôts et taxes sur rémunération |  |  | Charges exceptionnelles |  |  |
| Documentation |  |  | Autres impôts et taxes |  |  | Dotation aux amortissements |  |  |
|  |  |  **C H A R G E S I N D I R E C T E S**  |  |
| Charges fixes de fonctionnement | **Réel**  | **Ecarts /au BP** | Frais Financiers | **Réel**  | **Ecarts /au BP** | Autres | **Réel**  | **Ecarts /au BP** |
| **TOTAL DES CHARGES** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES - RENSEIGNEZ LE TABLEAU EN FONCTION DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES ET DE LEUR UTILISATION** |
|  | **C O N T R I B U T I O N S V O L O N T A I R E S** |  |
| Bénévolat | Prestations en nature | Dons en nature |
|  **EMPLOI DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES**  |
| Personnel bénévole | Mise à disposition gratuite de biens et deservices | Prestation |

# **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

1. **Données qualitatives**
2. **Méthodologie d’évaluation auprès des bénéficiaires** \*

Transmettre une synthèse des questionnaires de satisfaction renseignés par les bénéficiaires de l’action

1. **Précisions et détail de l’évaluation qualitative intermédiaire de l’action** \*

(Selon les indicateurs prédéfinis, les résultats observés, la satisfaction et les effets perçus par les bénéficiaires de l’action, ce qui a fonctionné, difficultés rencontrées…)

**Exemple de difficultés rencontrées** :

* Mobilisation du public
* Intégrer les personnes qui en ont le plus besoin aux actions (personnes fragiles, isolées...)
* Mobilisation des partenaires
* Non mise à disposition de(s) la salle(s) envisagée(s)
* Versement tardif des subventions
* Crise sanitaire
* Respect du calendrier prévisionnel
* Manque de communication sur l’offre des actions programmées
1. **Un suivi post-action est-il prévu, si oui précisez** \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quel type de suivi avez-vous utilisé** | **Points forts** | **Points à améliorer** |
| Téléphone  |  |  |
| Rendez-vous à domicile/extérieur |  |  |
| Réseaux sociaux |  |  |
| Supports envoyés à domicile |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |

1. **Partenariat et communication**
2. **Partenaires opérationnels locaux impliqués et rôles de ceux-ci dans le déploiement de l’action** \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire**  | **Rôle du partenaire** | **Points forts** | **Points à améliorer** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Quels moyens de communication avez-vous utilisé pour promouvoir l’action ?** \*

|  |  |
| --- | --- |
| Quelles actions de communication sur le projet avez-vous mis en œuvre ? |  |
| Quels supports avez-vous réalisé (les transmettre : flyers, articles de presse…) ? |  |
| Indiquez les vecteurs ou supports de communication qui vous paraissent les plus efficaces pour la mobilisation du public |  |
| Quelles sont les difficultés que vous avez rencontré et comment avez-vous pallié à celles-ci ? |  |

1. **Perspectives pour l’avenir de l’action \***

Quelles perspectives à venir pour cette action ou ses actions (arrêt de l’action, reproduction à l’identique, évolution du type d’action, autre territoire envisagé)