****

**CONFÉRENCE DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE**

**BILAN DE L’ACTION**

**- ANNEE 2024 -**

**Document à transmettre dès la fin de l’action et au plus tard le 31 mars 2025 à :** **cfppa45@loiret.fr**

**Attention : Le versement du solde des actions dont le montant est égal ou supérieur à 3 000 € et l’examen d’une nouvelle demande de financement sont conditionnés**

|  |  |
| --- | --- |
| Porteur de projet  |  |
| Intitulé de l’action  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant attribué par la Conférence des financeurs | **€** |
| Dépense effective |  **€** |

|  |
| --- |
| Observation(s) différence montant attribué / dépense effective |

1. **Bilan général**

|  |
| --- |
| **Thématiques** |
| **Actions de prévention de la perte d’autonomie**Santé Globale/Bien vieillir * Nutrition
* Mémoire
* Sommeil
* Activités physiques et atelier équilibre/prévention des chutes
* Bien-être et estime de soi
* Prévention de la dépression / du risque suicidaire
* Santé bucco-dentaire
* Autre

 * 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

**Actions de soutien et d’accompagnement des proches aidants*** Information / sensibilisation
* Formation
* Soutien moral et psychosocial
 |

|  |
| --- |
| **Réalisation** |
| Action réalisée [ ]  |
| Action annulée [ ] \*\* |
| Action réalisée partiellement [ ] \*\* |
| Action réalisée partiellement et abandonnée [ ] \*\* |
| \*\* Préciser les motifs : |

|  |
| --- |
| **Type d’action** |
| Conférence [ ] Ateliers [ ]  Nombre de séances : Forum / salon [ ] Action de sensibilisation [ ] Autres *(à préciser)* [ ]  |

1. **Bilan quantitatif**

|  |
| --- |
| **Bénéficiaires de l’action** |
| Prévisionnel |  |
| Réel  |  |
| Effectif par tranche d’âge | 60 – 69 ans | 70 – 79 ans | 80 – 89 ans | 90 ans et + |
| *Femmes* |  |  |  |  |
| *Hommes* |  |  |  |  |
| GIR\* | 1 à 4 | 5 à 6 ou non giré |
| *Femmes* |  |  |
| *Hommes* |  |  |

\*Si connu

|  |
| --- |
| **Situation personnelle** |
| Nombre de personnes vivant : *(nombre)* |
| Seul(e) |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Avec le/la conjoint(e) |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Avec les enfants |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Avec les parents |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Avec une autre personne |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
| **Moyens de locomotion utilisés par les participants** |
|  |  | *(nombre)* |
| Propres moyens |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Covoiturage |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Transport public |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Transport mis en place spécifiquement pour l’action [ ] (à préciser) :  |[ ]

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |

|  |
| --- |
| **Lieu de résidence** |
| Nombre de personnes vivant : *(nombre)* |
| Dans la commune |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| A moins de 10 km |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Entre 10 et 20 km |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| A plus de 20 km |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |
| Absence d’information |[ ]

|  |
| --- |
|  |

 |

1. **Bilan qualitatif**

A l’issue de l’action, êtes-vous en capacité d’identifier un impact positif sur

* L’état de santé des participants : oui [ ]  non [ ]
* L’évolution des comportements des participants : oui [ ]  non [ ]
* Les bénéfices apportés par l’action (à préciser ci-dessous) oui [ ]  non [ ]

L’action a-t-elle permis d’orienter des seniors vers d’autres actions de prévention organisées sur le territoire ? (à développer) oui [ ]  non [ ]

|  |
| --- |
| **Lieu(x) de réalisation de l’action** |
| Commune (s) | *
*
*
*
*
 |
| Canton(s)\* |
| Beaugency |[ ]  Montargis |[x]
| Châlette-sur-Loing |[ ]  Olivet |[ ]
| Châteauneuf-sur-Loire |[ ]  Orléans 1\*  |[ ]
| Courtenay |[ ]  Orléans 2\*  |[ ]
| La Ferté-Saint-Aubin |[ ]  Orléans 3\*  |[ ]
| Fleury-les-Aubrais |[ ]  Orléans 4\* |[ ]
| Gien |[ ]  Pithiviers |[ ]
| Lorris |[ ]  Saint-Jean-de-Braye |[ ]
| Malesherbes |[ ]  Saint-Jean-de-la-Ruelle |[ ]
| Meung-sur-Loire |[ ]  Saint-Jean-le-Blanc |[ ]
|  |  | Sully-sur-Loire |[ ]

\*Cartographie des cantons d’Orléans en annexe

|  |
| --- |
| **Moyens de communication mis en œuvre** |
| Moyens de communication utilisés | [ ]  Flyers[ ]  Mailing[ ]  Presse locale[ ]  Affiches[ ]  Affichage communal / bulletin communal[ ]  Open agenda loiret <https://openagenda.com/loiret>[ ]  Pour bien vieillir[ ]  Réseau[ ]  Autre(s) (à préciser) :   |

|  |
| --- |
| **Mode d’évaluation de l’action** |
| Méthodologie de l’évaluation | [ ]  Questionnaire\*Nombre de questionnaires envoyés / remis : Nombre de retour :en % : [ ]  Tour de table[ ]  Autre (à préciser) :  |
| Au regard des retours, l’objectif est-il atteint ?  | [ ]  oui [ ]  non |
| Observations des participants : |
| Taux de satisfaction des participants : (merci de préciser les critères de satisfaction mesurés) |

\*Transmettre un exemplaire vierge du questionnaire ainsi qu’une synthèse des réponses anonymisée

 Ne pas transmettre les questionnaires complétés par les participants

|  |
| --- |
| **Partenariat** |
| Partenaire(s) | Rôle dans l’action | Financement |
|   |   |  € |
|   |   |  € |
|   |   |  € |
|   |   |  € |
|  |  |  € |
|  |  |  € |
| La mise en œuvre de l’action a-t-elle permis de créer de nouvelles collaborations avec de nouveaux partenaires ? (à développer) oui [ ]  non [ ]  |

|  |
| --- |
| **Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l’action** |
| Aucune difficulté [ ]  |
| * **Difficultés à mobiliser les partenaires**

Aucune difficulté [ ] Trouver une commune [ ] Promouvoir l’action [ ] Apporter un service complémentaire à l’action [ ] Apporter des financements supplémentaires à l’action [ ]  |
| * **Difficultés matérielles**

Aucune difficulté [ ] Trouver une salle appropriée [ ] Trouver le matériel nécessaire à la conduite de l’action [ ] Autres difficultés matérielles (à préciser) [ ]  |
| * **Autres difficultés**

Mobilisation de bénévoles [ ] Mobilisation des participants [ ] Observation(s) : |

1. **Bilan global**

|  |
| --- |
| **Bilan global de l’action** |
| Points forts identifiés par les participants | Points faibles identifiés par les participants |
| *
*
*
*
 | *
*
*
*
 |
| Points forts identifiés par l’opérateur | Points faibles identifiés par l’opérateur |
| *
*
*
 | *
*
*
 |

|  |
| --- |
| **Remarques / observations** |

Date :

Nom :

Fonction :

 Signature

**Merci de joindre à ce bilan, tous documents nécessaires à l’évaluation de l’action financée, dont notamment :**

* **Facture(s) claire(s) et détaillée(s)**
* **Détail des charges de personnels non nominatif**
* **Tous documents illustrant la mise en œuvre et la réalisation de l’action**
* **Un modèle de questionnaire d’évaluation de l’action**
1. **Bilan financier**

*Double-cliquer sur le tableau ci-dessous pour compléter le document*

