|  |
| --- |
| **Commission des Financeurs de la Prévention de la Perte d’Autonomie (CFPPA) du Cantal****Dossier de candidature****Cadre de réponse pour les AAP 2026 relatifs aux actions financées par la CFPPA** **POUR LA MISE EN ŒUVRE D’ACTIONS DE PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE DESTINEES AUX HABITANTS DU CANTAL AGES DE 60 ANS OU PLUS, AUTONOMES OU EN PERTE D’AUTONOMIE** |

# Sommaire

[Sommaire 2](#_Toc209518409)

[1 Présentation de la structure 3](#_Toc209518410)

[2 Informations générales sur l’action 4](#_Toc209518411)

[3 Contexte de l’action 6](#_Toc209518412)

[4 Description de l’action 7](#_Toc209518413)

[4.A. Qui sont les bénéficiaires de l’action ? 7](#_Toc209518414)

[4.B. Où se déroule l’action ? 9](#_Toc209518415)

[4.C. Quand se déroule l’action ? 10](#_Toc209518416)

[4.D. Quelle est l’évaluation envisagée ? 11](#_Toc209518417)

[4.E. Quelles sont les activités prévues ? 12](#_Toc209518418)

[4.F. Quels sont les moyens mobilisés ? 12](#_Toc209518419)

[5 Partenaires 13](#_Toc209518420)

[6 Budget 14](#_Toc209518421)

[7 Pièces à joindre 14](#_Toc209518422)

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Pour vous accompagner** Le cahier des charges : Notice explicative pour vous accompagner dans la démarche 2026 (à télécharger et à lire avant de remplir ce cadre de réponse) :A destination des structures qui souhaitent proposer une action pour l’année 2026, il précise le cadre et les conditions de financement de l’action ou des actions que vous présentez **Des blocs d’explications gris** sont présents tout le long de la démarche.  |
|  |

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **1 action = 1 dossier à déposer** * Il est nécessaire de déposer 1 dossier pour 1 action.
* Une action peut être ponctuelle (type conférence) ou composée d’un ensemble de séances aux objectifs communs. Si une action fait partie d’un ensemble plus large d’un projet avec des objectifs différents (nutrition, prévention des chutes…), **1 dossier pour chaque action** est à déposer.
* Si une **même action** est réalisée dans plusieurs communes ou auprès de groupes de personnes différentes, le dépôt d’un seul dossier est suffisant.
 |
|  |

# 1 Présentation de la structure

* **Coordonnées de la structure qui va mener l’action** (champ obligatoire)**:**
	+ Nom de la structure :
	+ Sigle :
	+ Statut juridique :
	+ N° SIRET/SIREN
	+ N° RNA (pour les associations) :
	+ Code NAF (APE) :
	+ Téléphone :
	+ Adresse de la structure *:*
	+ Mail de la structure
	+ Adresse du Siège social :
	+ Code postal :
	+ Commune :
	+ Adresse de l’Antenne (si différente) :
	+ Code postal :
	+ Commune :
	+ Votre structure est-elle affiliée à une Fédération ?
	+ Si oui, laquelle ?
* **Coordonnées du responsable légal de la structure** (champ obligatoire)**:**
	+ Prénom et Nom du responsable légal :
	+ Fonction du responsable légal :
	+ Mail du responsable légal :
	+ Téléphone du responsable légal :
* **Coordonnées du responsable de projet** (champ obligatoire)**:**
	+ Prénom et Nom du responsable de projet :
	+ Fonction du responsable du projet :
	+ Mail du responsable du projet :
	+ Téléphone du responsable du projet :
	+ Autre personne à contacter :
* **Présentation de votre structure** (champ obligatoire)**:**

Présentez succinctement votre structure (historique, expérience, champ d’action, implantation géographique...)

|  |
| --- |
|  |

# 2 Informations générales sur l’action

* **Votre action concerne l’axe...** (champ obligatoire, un seul choix possible)**:**

Ο Axe 1 : amélioration de l’accès aux équipements et aux aides techniques individuelles

Ο Axe 3 : coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile (SAD)

Ο Axe 4 : soutien aux actions d’accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d’autonomie

Ο Axe 5 : développement d’autres actions collectives de prévention

**Si vous avez coché « Axe 5 », merci de préciser :**

* Votre action concerne... (champ obligatoire, un seul choix possible):
	+ Ο Une seule thématique > choisir la thématique dans la liste ci-dessous
	+ Ο Plusieurs thématiques > choisir la thématique la thématique dominante **et** identifier la ou les thématique(s) secondaire(s)

Liste des thématiques :

* + - Nutrition
		- Mémoire / stimulation cognitive
		- Sommeil
		- Activités physiques et atelier équilibre/prévention des chutes
		- Bien-être et estime de soi
		- Santé bucco-dentaire
		- Prévention de la dépression/du risque suicidaire
		- 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
* **Intitulé de l’action** (champ obligatoire) **:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **S’agit-il…** (champ obligatoire, un seul choix possible)**:**

Ο d’une nouvelle action

Ο d’une action ponctuelle

Ο du renouvellement d’une action financée une précédente année par la CFPPA

Ο d’une action présentée une précédente année à la CFPPA mais non financée

**Question supplémentaire si la structure a sélectionné « renouvellement » :**

* Le bilan (champ obligatoire, un seul choix possible) :
	+ Ο a déjà été transmis à la Commission des financeurs
	+ Ο sera transmis prochainement > préciser la date même approximative : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Ο ne pourra pas être transmis > expliquer pour quelles raisons ? Champ libre

|  |
| --- |
|  |

**Question supplémentaire si la structure a sélectionné « renouvellement » ou « action présentée une précédente année » :**

* Quels sont les axes majeurs d’amélioration apportés à l’action ? ( champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Votre action est-elle envisagée pour...** (un seul choix possible)**:**
	+ Ο une année
	+ Ο une année avec reconduction possible
	+ Ο un déploiement progressif et pluriannuel

# 3 Contexte de l’action

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **L’origine du projet** * **Les éléments de diagnostics et les constats de terrain** permettent d’étayer le projet, d’expliquer les problématiques de santé liées à la perte d’autonomie et les besoins que le projet ambitionne de traiter. Les éléments de diagnostic peuvent être issus des recherches pluridisciplinaires, des expériences des acteurs de référence ou des acteurs de terrain. Plusieurs ressources sont listées dans le cahier des charges (lien en haut du formulaire).
* **Les modalités de conception du projet** (reprise d’un projet existant, enquête auprès des bénéficiaires…) apportent également des informations sur l’origine du projet.
 |
|  |

* **À quelles problématiques de santé et à quels besoins du territoire d’intervention répond l’action (objectifs généraux)** ? Merci de citer les éléments de diagnostic, les références ou les constats de terrain étayant votre action. (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **À quelles priorités de la CFPPA répond l’action ?** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Comment l’action a-t-elle été conçue ?** (champ obligatoire, un seul choix possible) :

Ο L’action a été conçue par notre structure

Ο À partir d’une action déjà mise en œuvre dans un autre département

Ο À partir d’une action qui a démontré l’adoption de changement de comportements des participants à travers une évaluation d’impact

**Question supplémentaire si la structure a sélectionné « À partir d’une action déjà mise en œuvre dans un autre département » :**

* **Où et par qui ?** (champ obligatoire) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Question supplémentaire si la structure a sélectionné « À partir d’une action qui a démontré l’adoption de changement de comportements » :**

* **Quel est le nom du programme et les références des articles ou communications scientifiques qui étayent l’action** ? (champ obligatoire) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 4 Description de l’action

## 4.A. Qui sont les bénéficiaires de l’action ?

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication**  **Le public ciblé** * Les actions financées par la CFPPA s’adressent **aux personnes âgées de 60 ans et plus** en situation de handicap ou non, éligibles ou non à l’allocation personnalisée d’autonomie (APA), qui vivent à domicile ou en établissement, qu’il soit public ou privé, **ainsi qu’aux proches aidants** de ces personnes.
* Une attention particulière sera portée aux actions qui contribuent à **lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et à atteindre les personnes en situation de vulnérabilité** (démarche d’aller-vers).
 |
|  |

* **Les bénéficiaires visés par l’action** (champ obligatoire)

 vivent à leur domicile

 vivent en EHPAD

 sont des proches aidants

Si vous sélectionnez plusieurs choix pour la même action, vous avez à identifier les bénéficiaires de l’action par catégorie (vivant à domicile **ou** vivant en EHPAD **ou** les proches aidants) **et pour chacune des données :** genre, catégorie l’âge et le GIR de chaque catégorie de bénéficiaires.

|  |
| --- |
| **Personnes ciblées par l’action** |
| Situation du public | * Bénéficiaires reconnus en perte d’autonomie (GIR 1 à 4)
* Bénéficiaires non reconnus en perte d’autonomie (GIR 5 à 6)
* Bénéficiaires autonomes
 |
| Tranches d’âge | **60 – 69 ans** | **70 – 79 ans** | **80 – 89 ans** | **Plus de 90 ans** |
|  |  |  |  |

* **Quelles sont les caractéristiques des personnes spécifiquement ciblées par l’action ? (Âge, situation géographique, critères de fragilité...)** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Les bénéficiaires ont-ils été impliqués dans la conception de l’action ? Si oui, comment ?** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Quels sont les moyens et outils envisagés pour communiquer l’action ?** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Envisagez-vous une démarche particulière pour atteindre les personnes en situation de vulnérabilité ? Si oui, laquelle ?** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Quel est le nombre de participants uniques envisagé ?** \_\_\_\_\_\_\_ (champ obligatoire)

C’est-à-dire le nombre de personnes différentes qui participeront à l’action. Une personne qui participe à deux temps d’une même action est à compter qu’une seule fois. Si l’action s’adresse à plusieurs groupes différents, faire le total du nombre de personnes prévues sur l’ensemble des groupes.

* **Avez-vous des précisions à apporter sur le nombre de participants (nombre de personnes par groupe, justification du nombre envisagé...) ? Si oui, lesquelles ?** (champ facultatif) :

|  |
| --- |
|  |

## 4.B. Où se déroule l’action ?

* **L’action se déroule…** (champ obligatoire,un seul choix possible)**:**

Ο En présentiel Ο À distance Ο Hybride présentiel / à distance

**Questions supplémentaires si la structure sélectionne « En présentiel » :**

* Le lieu est-il accessible aux personnes ciblées ? (champ obligatoire)**:**

|  |
| --- |
|  |

* Quelles modalités de transport prévoyez-vous le cas échéant ? (champ obligatoire)**:**

|  |
| --- |
|  |

**Question supplémentaire si la structure sélectionne « À distance » :**

* Qu’avez-vous prévu pour faciliter la mise en œuvre de l’action à distance (visite chez le bénéficiaire, matériel...) ? (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

**Si la structure sélectionne « Hybride présentiel / à distance », les trois questions supplémentaires ci-dessus seront demandées.**

* **Merci de lister si possible les adresses des lieux où se déroule l’action ou à défaut les territoires (communes, communautés de communes ou quartiers)** (champ obligatoire) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Secteur géographique concerné** | **Ville(s)** | **canton(s)** |
| * Arrondissement de Mauriac
* Arrondissement de Saint-Flour
* Arrondissement d’Aurillac
 |  |  |

## 4.C. Quand se déroule l’action ?

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Date et durée** Les informations suivantes décrivent le déroulé d’une action type. Si une même action est proposée à plusieurs groupes, merci d’indiquer le déroulé auprès d’un seul groupe. Par exemple, si une structure propose une action en 12 séances à raison d’une séance par semaine à 4 groupes différents, merci d’indiquer "12 séances" pour le nombre de séances et "une fois par semaine" pour la fréquence.  |
|  |

* **S’agit-il...** (champ obligatoire)**:**

Ο d’une action ponctuelle (type conférence) Ο d’une action sur plusieurs séances

**Questions supplémentaires si la structure sélectionne « d’une action ponctuelle » :**

* Date de réalisation (même prévisionnelle) (champ obligatoire) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_
* Durée en nombre d’heures (champ obligatoire) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questions supplémentaires si la structure sélectionne « d’une action sur plusieurs séances » :**

* Date de début (même prévisionnelle) (champ obligatoire) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_
* Date de fin (même prévisionnelle) (champ obligatoire): \_ \_ / \_ \_ / \_ \_
* Durée totale de l’action en nombre de semaines : \_\_\_\_ (champ obligatoire)
* Nombre de séances prévues (champ obligatoire) : \_\_\_
* Durée d’une séance (champ obligatoire): \_\_\_\_
* Fréquences des séances : (champ obligatoire)**:**

Ο Une fois par semaine

Ο Deux fois par semaine

Ο Trois fois par semaine

Ο Autre

* **Avez-vous des précisions à apporter sur les dates et durées de l’action (fréquence ou durée variable, plusieurs dates prévues...) ? Si oui, lesquelles ?** (champ facultatif) :

|  |
| --- |
|  |

## 4.D. Quelle est l’évaluation envisagée ?

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **La démarche d’évaluation** * Une démarche d’évaluation commence par une description des réalisations et des effets ou impacts attendus. Les effets ou impacts sont les changements que le projet vise, en particulier pour les bénéficiaires. Cette description peut ensuite être complétée par une évaluation qui cherche à rendre compte et mesurer les impacts réellement atteints.
* En matière de prévention, les effets ou impacts attendus pour les bénéficiaires peuvent être l’acquisition de connaissances en matière de santé, des intentions de changement ou des changements effectifs de comportements. Exemples : le bénéficiaire connaît les adaptations possibles dans son logement pour éviter les chutes, il augmente le nombre de sorties et loisirs, il modifie ses habitudes alimentaires, il intègre une activité physique dans son quotidien...
 |
| **Pour être en mesure de remonter ces éléments, ils sont à intégrer dans tout support d’évaluation que vous mettez en œuvre pendant et à la fin de l’action** |

* **Pouvez-vous décrire les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action (objectifs spécifiques) ?** (champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

* **Quelles méthodes envisagez-vous pour suivre et évaluer les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action ?** S’il n’est pas prévu d’évaluation particulière, merci d’expliquer ce choix.(champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

## 4.E. Quelles sont les activités prévues ?

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Décrire les activités de l’action** La description des activités doit contenir pour chaque séance type : * le nom
* la durée
* les professionnels mobilisés
* le but de la séance (objectifs opérationnels)
* le déroulé d’une séance avec si possible des exemples d’activités
* les indicateurs d’évaluations si vous en disposez.

Une action peut être composée d’une seule ou plusieurs séances types.  |
|  |

• **Description d’une séance type** (champ obligatoire)**:**

|  |
| --- |
|  |

## 4.F. Quels sont les moyens mobilisés ?

* **Merci de lister les ressources humaines mobilisées (compétence, formations diplômantes ou certifiantes, expérience, nombre), (**champ obligatoire) :

|  |
| --- |
| **Moyens humains :** |

* **Merci de joindre les CV ou toute pièce pouvant justifier de la qualification des intervenants**
* **Merci de lister les moyens matériels et techniques mobilisés pour mettre en œuvre l’action (**champ obligatoire) :

|  |
| --- |
|  |

# 5 Partenaires

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Les partenariats** Le rôle des partenaires peut être multiple : * **avant l’action** : pour concevoir l’action, identifier les problématiques spécifiques du territoire, repérer et recruter le public ciblé…
* **au cours de l’action** : prêt de matériel, intervention au cours d’une ou plusieurs séances pour présenter l’offre locale...
* **tout au long ou après l’action** : partage d’expérience et de conseils, évaluateur externe…

Quel que soit le moment d’intervention du partenaire, son implication et son rôle sont à prévoir dès la conception de l’action. Il est demandé ci-dessous de lister les partenaires ayant formalisé leur engagement et les partenaires sans engagement à date.Afin d’éviter **tout doublonnage de demande de financement et de remontées de bénéficiaires**, il convient de faire part au(x) partenaire(s) que le projet sera l’objet d’une demande de financement auprès de la CFPPA. Dans le cas où le partenaire souhaite candidater à la CFPPA pour le financement de la même action, les partenaires conviennent de la part des financements sollicités auprès de la Commission pour chacun d’entre eux ainsi que des modalités de remontées des bénéficiaires par chaque partenaire. Ce montage sera précisé ci-dessous |
|  |

* **Merci de lister les noms et les rôles des partenaires avec lesquels un engagement est formalisé** (joindre ci-dessous les preuves d’engagement (champ facultatif) :

|  |
| --- |
|  |

* **Preuves d’engagements à joindre** (champ facultatif) :
* **Merci de lister les noms et les rôles des partenaires sans engagement formalisé à ce jour**

(champ facultatif) :

|  |
| --- |
|  |

# 6 Budget

* **Montant total du projet (pour 2026)** (champ obligatoire) **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Montant sollicité auprès de la CFPPA pour 2026** (champ obligatoire) **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Budget** Merci de joindre le budget prévisionnel en utilisant le modèle (cerfa 12156-06 ) ou ci-dessous. Pour les projets pluriannuels dont une partie concerne la demande au titre de 2026, le budget transmis identifie le coût au titre de l’année 2026. Au sein du budget, nous vous invitons à bien préciser : * Les co-financements en lien avec les partenaires identifiés de l’action
* Les coûts de matériel
* La participation financière des participants le cas échéant

Pour connaître à quoi correspond chaque poste du budget, consultez la « notice pour vous accompagner dans votre demande de subvention » page 8 à 12 et 18.  |
|  |

# 7 Pièces à joindre

|  |
| --- |
| **Bloc d’explication** **Liste des pièces à joindre : vous référer au cahier des charges en fonction de votre statut** |
|  |

|  |
| --- |
| **BUDGET PREVISIONNEL DE L’ACTION : Nom de l’action**  |
| **CHARGES** | **MONTANTS** | **PRODUITS** | **MONTANTS** |
| **60 – Achats** | **0** | **70 – Vente de produits finis, prestations de services, marchandises** | **0** |
| 60610 - Carburant |   |   |   |
| 60611 - EDF / Eau / Chauffage |   |   |   |
| 6063 - Petit Equipement / Produits d'entretien |   | **74- Subventions d’exploitation** | **0** |
| 6064 - Fournitures de bureau |   |  |   |
| 6065 - Denrées et boissons / Convivialité |   | Etat : (précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) :  |   |
| 6068 - Produits de Prévention |   |   |   |
| **61 - Services extérieurs** | **0** |  Conseil régional : |   |
| 611 - Sous Traitance Générale |   |  |   |
| 612 - Crédit Bail |   | Conseil départemental : |   |
| 6132 - Location Immobilière |   |   |   |
| 6135 - Autres Locations dont charges de co-propriété |   | **Conférence des Financeurs** |  |
| 614 - Charges Locatives |   |  |   |
| 615 - Entretien et Maintenance |   |  Etablissements publics nationaux (ANSP (Agence nationale de santé publique)  |   |
| 616 - Assurances |   |  |   |
| 618 - Frais d'inscription aux formations et colloques / Documentation |   | Intercommunalité (s) : EPCI ou commune(s): |   |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0** |   |   |
| 622 - Honoraires |   | Organismes d’Assurance Maladie : |   |
| 623 - Impression, éditions, cadeaux |   |   |   |
| 625 - Frais de Mission (déplacements, hébergement, per diem) |   | Fonds européens |   |
| 626 - Affranchissement / Télécommunications |   | Agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |   |
| 6282 - Participation aux frais de Siège ou frais inter-établissements |   | Autres établissements publics |   |
| 62 - Cotisations et divers autres services extérieurs |   | Aides privées |   |
| **63 - Impôts et taxes** | **0** |   |   |
| 631 - Taxe sur Salaire |   | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0** |
| 635 / 637 - Impôts et Taxes (sauf Taxe sur salaire) |   | 7546 - Dons Reversés par le Siège |   |
| 63 - Divers (participation à l'effort de construction et de formation profess, provisions |   | 754 - Collecte de Fonds |   |
| **64- Charges de personnel** | **0** | 7561 - Cotisations volontaires |   |
| 641 - Salaires Bruts / Primes / Provisions pour CP, autres frais de personnel, CET |   | 75 - Autres Produits & Financements Privés |   |
| 645 - Charges Sociales |   | **76 - Produits financiers** |  |
| 647 - Autres charges sociales (ticket resto, transport , médecine) |   | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| 64 - Divers salaires |   | **79 – Transfert de charges** | **0** |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  |  |   |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 - Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |   | Bénévolat |   |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |   | Prestations en nature |   |
| Personnel bénévole |   | Dons en nature |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |

Je soussigné(e) XXXX en qualité de XXXX,

Engage ( Nom de la structure) à respecter l’ensemble des conditions décrites dans le cahier des charges.

Date :

Signature :