

**Direction Culture**

**Jeunesse et Sports**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agence régionale de santé**  **de Guyane** 66, avenue des Flamboyants C.S 40696 - 97336 Cayenne Cedex [www.ars.guyane.sante.fr](http://www.ars.guyane.sante.fr/) | **Direction Culture Jeunesse et Sports de Guyane**  4 rue du Vieux Port – CS60011  97321 Cayenne Cedex |

**FORMULAIRE BILAN ACTIONS CULTURE SANTÉ 2024**

Document à compléter et à retourner par mail à l’Agence Régionale de Santé Guyane et à la Direction Culture Jeunesse et Sports de Guyane

**A RENVOYER AU PLUS TARD LE 31 juillet 2025**

**ARS Guyane**

**Adresse postale**: 66 avenue des Flamboyants, CS40696, 97336 Cayenne Cedex

**Contacts mails référents culture/santé**:

[ars-guyane-culturesante@ars.sante.fr](mailto:ars-guyane-culturesante@ars.sante.fr) ou

[helene.euzet@ars.sante.fr](mailto:helene.euzet@ars.sante.fr)

**DCJS Guyane**

**Adresse postale**: 4 rue du Vieux Port CS60011 – 97321 Cayenne Cedex

**Contacts mails référents culture/santé**:

dgcopop-eac-973@guyane.pref.gouv.fr

Le bilan doit être élaboré en **concertation par les partenaires** de l’action (établissement et intervenant culturel)

Établissement sanitaire (nom, adresse, e-mail) :

Acteur culturel (nom, adresse, e-mail) :

Intitulé de l’action culturelle :

Dates de réalisation de l’action culturelle :

**1 - BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF**

**EFFETS DE L’ACTION : joindre à ce formulaire environ 15 lignes de présentation et 1 ou 2 photos pour illustrer votre action culturelle**

**Rappeler les objectifs du projet :**

* Du point de vue des participants (usagers de l’établissement), des personnels de l’établissement, des partenaires culturels, des publics extérieurs le cas échéant.

**Les atouts et difficultés rencontrées dans la conduite du projet :**

* Définition des objectifs.
* Mise en œuvre des actions.
* Méthode d’accompagnement et de régulation.
* Partenariat.
* Institution.

**Préciser :**

* La conformité de l’action réalisée par rapport à ce qui était prévu.
* Nombre d’intervenants culturels, d’ateliers, de patients par ateliers.
* Nombre total de patients, de soignants, éventuellement de publics extérieurs.
* Nombre de restitutions (présentations publiques, de spectacles, DVD, CD, livres, d’œuvres créées …).
* Nombre de réunions du comité de pilotage, nombre de réunions du comité de suivi.

**2 - BILAN FINANCIER A PRESENTER**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POSTES DE DÉPENSES** | **MONTANT SUBVENTION ACCORDE** | **Si subvention déjà par ailleurs partiellement obtenue précisez le montant**  **et le financeur** | **RECETTES ÉVENTUELLES**  (dons, mécénat, dotation par l’établissement, participation  des bénéficiaires…) | **DÉPENSES RÉALISÉES** |
| Rémunération artistes et intervenants (préciser tarif horaire) |  |  |  |  |
| Déplacements et frais divers |  |  |  |  |
| Matériel et fournitures diverses |  |  |  |  |
| Frais de communication |  |  |  |  |
| Autres charges (à préciser) |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**3 – SIGNATURES (obligatoire)**

**Directeur(trice) de l'établissement sanitaire ou médico-social :**

Nom, prénom :

Date : Signature :

**Président(e) ou directeur(trice) de la structure culturelle :**

Nom, prénom :

Date : Signature :