

Démarche : Appels à projets Ehpad 2026 / Mise en place d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie en Ehpad / Parcours alimentation-activité physique et sportive adaptée-hygiène bucco-dentaire

Organisme : ARS de Normandie

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Candidature à l'appel à projets de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie / CFPPA 14-27-50-76

Dossier de candidature

Vous pouvez remplir votre dossier en plusieurs fois. Pour se faire cliquez sur "Enregistrer le brouillon". Une fois votre dossier complété, cliquez bien sur "Soumettre le dossier".

Ehpad Porteur

Nom de l'Ehpad porteur du projet

Adresse

Nombre de places (hébergement permanent)

Nom du directeur/de la directrice

Téléphone direction

Merci de bien vouloir renseigner le numéro de téléphone sans espace ni signe de ponctuation ex : 0235012345

Courriel direction

Actions financées antérieurement par l'ARS et la CFPPA (2022 à 2025)

Année

Indiquer les financements 2022 à 2025 le cas échéant

Thématique (renseigner une demande par thématique)

Montant accordé

Avancement de l'action

Il s'agit ici d'indiquer ce qui a pu être réalisé à ce jour sur l'action financée antérieurement, nombre d'ateliers/bénéficiaires de l'action, reports éventuels, etc...

Dépenses déjà réalisées

Il s'agit de préciser ici l'utilisation des crédits octroyés pour l'action en question, les dépenses réalisées

Année

Indiquer les financements 2022 à 2025 le cas échéant

Thématique (renseigner une demande par thématique)

Montant accordé

Avancement de l'action

Il s'agit ici d'indiquer ce qui a pu être réalisé à ce jour sur l'action financée antérieurement, nombre d'ateliers/bénéficiaires de l'action, reports éventuels, etc...

Dépenses déjà réalisées

Il s'agit de préciser ici l'utilisation des crédits octroyés pour l'action en question, les dépenses réalisées

Appels à projets Ehpad 2026 / Mise en place d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie

Année

Indiquer les financements 2022 à 2025 le cas échéant

Thématique (renseigner une demande par thématique)

Montant accordé

Avancement de l'action

Il s'agit ici d'indiquer ce qui a pu être réalisé à ce jour sur l'action financée antérieurement, nombre d'ateliers/bénéficiaires de l'action, reports éventuels, etc...

Dépenses déjà réalisées

Il s'agit de préciser ici l'utilisation des crédits octroyés pour l'action en question, les dépenses réalisées

Pilotage de l'action proposée pour 2026

Nom de la personne en charge du dossier

Fonction de la personne

Téléphone de la personne

Merci de bien vouloir renseigner le numéro de téléphone sans espace ni signe de ponctuation ex : 0235012345

Courriel

Ehpad associés

Nombre d'Ehpad associés

Nom de l'Ehpad

Commune

Nombre de places (hébergement permanent)

Nombre d'Ehpad associés

Nom de l'Ehpad

Commune

Nombre de places (hébergement permanent)

Nombre d'Ehpad associés

Nom de l'Ehpad

Commune

Nombre de places (hébergement permanent)

Description de l'action

Titre de l'action

Thématiques

Renseigner une demande par thématique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Alimentation-nutrition gaspillage alimentaire

☐ Activité physique adaptée (APA)

☐ Hygiène bucco-dentaire

Antériorité de l'action

Si il y a trois thématiques, renseigner un dossier par thématique. Les actions déjà financées par l'ARS ou la CFPPA depuis 2022 inclus ne sont pas éligibles.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Action nouvelle

☐ Action pré-existante mais non financée par la CFPPA ou l'ARS

☐ Renouvellement d'une action déjà existante et financée par la CFPPA ou l'ARS

☐

Description le cas échéant

Problématique à l'origine du projet (contexte, constats, diagnostics)

Présentation de la stratégie globale et de la logique de parcours alliant obligatoirement l'alimentation, l'activité physique adaptée et l'hygiène bucco-dentaire de l'Ehpad.

Description des interactions

Présentation synthétique de l'action

Contenu, compétences mobilisées, fréquence, durée, organisation logistique etc... Doit permettre de saisir en quelques lignes en quoi consiste l'action

Présentation plus détaillée de l'action

Décrire les objectifs généraux, méthode

Plan d'actions

Décrire plus en détail le plan d'action (objectifs opérationnels, moyens nécessaires)

Implication des résidents et des familles dans le programme d'actions établi

Oui/Non - Expliquer les modalités

Implication du personnel soignant dans la construction du programme d'actions

Oui/Non - Expliquer les modalités

Désignation d'un référent de l'action

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, préciser son titre, ses qualifications et son rôle

Inscription du programme d'actions dans le projet d'établissement

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Périmètre géographique du projet

(commune(s), distance entre les structures le cas échéant, etc...)

Autres partenariats prévus ou engagés

Indiquer les partenaires de l'action (autre qu'un Ehpad) et pour chaque partenaire cité, merci d'indiquer le niveau d'engagement : contact, groupe de travail, convention...

Nom et qualité du ou des prestataires extérieurs

Merci également de préciser le coût du prestataire (coût horaire, coût journée, etc...) selon devis

Commentaires

Modalités de mise en oeuvre

Appels à projets Ehpad 2026 / Mise en place d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie

Date prévisionnelle de début de l'action

En cas de report il conviendra d'en informer l'ARS

Calendrier prévisionnel de mise en oeuvre

Compétences mobilisées

(qualification, nombre d'ETP, vacation, ...)

Moyens matériels

Formation du personnel

Indiquez le nom du prestataire, le coût de la formation et le nombre de professionnels à former

Action de sensibilisation des résidents et des familles

Expliquer les modalités

Modalités de communication

Nombre de personnes âgées de l'Ehpad concernées

Indiquez le nombre de résidents qui bénéficieront du projet (inclure les résidents des Ehpad associés, le cas échéant)

Commentaires

Suivi/Évaluation

Indicateurs de suivi d'évaluation : (à mettre en regard des objectifs concernés)

Il s'agit de définir quelques indicateurs classiques (nombre d'ateliers, de bénéficiaires, âges, genre...). Des indicateurs de résultats peuvent être proposés pour évaluer l'impact et la satisfaction. Ce point pourra être affiné si l'action est retenue.

Pérennisation et reproductibilité

Expliciter les facteurs de pérennisation

Commentaires

Budget

Coût global du projet

Montant d'aides sollicité

Montant demandé dans le cadre du présent AAP en le détaillant par poste de dépenses (fonctionnement, investissement...)

Financements complémentaires hors ARS le cas échéant

Indiquer le montant et l'organisme concerné ainsi que si la demande a été acceptée ou est toujours en cours d'instruction

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Budget prévisionnel

Explication des charges

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Devis

Les devis de recours à des prestations externes et en cas d'acquisition de petit matériel sont nécessaires. Les joindre ici en un seul fichier.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des partenaires

Les lettres signées seront regroupées sur un seul et même fichier pdf

Seuls les documents de ce formulaire numérique seront analysés. Aucun document annexe ne sera étudié.