

Démarche : Evaluation des actions - AAC "Prévention en EHPAD et SSIAD" 2025

Organisme : ARS ARA - Direction de l'autonomie - pôle qualité

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Votre dossier de candidature concernant l'Appel A Candidatures « Prévention en EHPAD et SSIAD » 2025 a été retenu sur une ou plusieurs actions (prévention de la dénutrition, activité physique adaptée, prévention de la dépression).

Comme il était indiqué dans le cahier des charges de l'appel à candidatures 2025 et afin de mieux accompagner les EHPAD et les SSIAD, ainsi que d'adapter les éventuels financements à venir, l'Agence Régionale de Santé met en place une évaluation d'impact des actions financées.

Pour ce faire nous avons élaboré des grilles d'évaluation régionales format EXCEL (prévention de la dénutrition, activité physique adaptée, prévention de la dépression).

Sur Démarches Numériques, vous devez récupérer les grilles d'évaluation à compléter et les déposer anonymisées seulement lorsque l'action sera terminée, sur le même formulaire, selon le mode opératoire ci-dessous.

Pour rappel, les actions financées en 2025 devront débuter au plus tard au premier trimestre 2026.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire à l'adresse "ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr".

### Région

Ce formulaire est destiné aux établissements de la région ARA. Les autres seront rejetés.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ ARS Auvergne Rhône Alpes

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01 - Ain

☐ 03 - Allier

☐ 07 - Ardèche

☐ 15 - Cantal

☐ 26 - Drôme

☐ 38 - Isère

## Evaluation des actions - AAC "Prévention en EHPAD et SSIAD" 2025

- ☐ 42 - Loire
- ☐ 43 - Haute Loire
- ☐ 63 - Puy de Dôme
- ☐ 69 - Rhône
- ☐ 73 - Savoie
- ☐ 74 - Haute Savoie

### 1. Identification de la personne à contacter

#### Première personne à contacter

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

#### Deuxième personne à contacter

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

## 2. Identification de la structure

### FINESS ET

Il s'agit du FINESS géographique correspondant à votre EHPAD ou SSIAD et figurant sur votre notification de financement datée du 19 septembre 2025, en dessous de votre adresse.

Nom de la structure

Adresse

## 3. Grilles d'évaluation par thématique et caractérisation de l'action

### Vous souhaitez :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Télécharger les grilles d'évaluation VIERGES

☐ Déposer vos grilles d'évaluation COMPLETEES après la fin de l'action

### Quelle est la thématique de votre action :

Pour rappel, si vous êtes financé pour plusieurs actions, vous devez remplir un formulaire par action financée.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 1/ Prévention de la dénutrition (repérage) et sensibilisation sur le bien-manger, le plaisir des repas

☐ 2/ Promotion de l'activité physique adaptée

☐ 3/ Repérage de la dépression et prévention du suicide, prévention du syndrome de glissement

### Grille évaluation prévention de la dénutrition

Dans le ZIP ci dessous vous trouverez :

- Un "Lisez-moi"

- Une grille d'évaluation

### Grilles évaluation APA

Dans le ZIP ci dessous vous trouverez :

- Un "Lisez-moi"

- La grille d'évaluation Etablissement

- La grille d'évaluation Porteur

### Grilles évaluation repérage de la dépression

Dans le ZIP ci dessous vous trouverez :

- Un "Lisez-moi"

- La grille d'évaluation Etablissement

- La grille d'évaluation Porteur

## Evaluation des actions - AAC "Prévention en EHPAD et SSIAD" 2025

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez ci-dessous vos grilles d'évaluation de l'action "Prévention de la dénutrition" anonymisées et complétées

#### RAPPEL :

Les grilles doivent être complétées au début de l'action à T0 puis à la fin de l'action.

Les grilles "établissement" après ANONYMISATION des données et la grille de synthèse "porteur" anonymisée sont à déposer, ci-dessous, à la fin de l'action.

Si vous devez transmettre plusieurs documents complémentaires, merci de constituer un unique dossier zippé.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez ci-dessous vos grilles d'évaluation de l'action APA anonymisées et complétées

#### RAPPEL :

Les grilles doivent être complétées au début de l'action à T0 puis à la fin de l'action.

Les grilles "établissement" après ANONYMISATION des données et la grille de synthèse "porteur" anonymisée seront à déposer, ci-dessous, à la fin de l'action.

Si vous devez transmettre plusieurs documents complémentaires, merci de constituer un unique dossier zippé.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez ci-dessous vos grilles d'évaluation de l'action "Prévention de la Dépression" anonymisées et complétées

#### RAPPEL :

Les grilles doivent être complétées au début de l'action à T0 puis à la fin de l'action.

Les grilles "établissement" après ANONYMISATION des données et la grille de synthèse "porteur" anonymisée sont à déposer ci-dessous, à la fin de l'action.

Si vous devez transmettre plusieurs documents complémentaires, merci de constituer un unique dossier zippé.

### Caractérisation des actions engagées

Afin de vous aider à répondre aux 5 questions suivantes, concernant le type d'action, les publics accompagnés, les professionnels intervenants, le type de partenaires impliqués, la fréquence d'une action et la durée d'une séance, vous pouvez vous reporter à grille de codage ci-dessous.

#### Type action proposée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ A1\_Ateliers d'activité physique adaptée (APA)
- ☐ A2\_Actions de prévention santé (thématiques ciblées)
- ☐ A3\_Ateliers de stimulation sensorielle, cognitive ou artistique
- ☐ A4\_Ateliers culinaires et nutritionnels
- ☐ A5\_Groupes de parole et soutien psychologique
- ☐ A6\_Ateliers intergénérationnels et lien social
- ☐ A7\_Actions d'accompagnement individuel ou personnalisé
- ☐ A8\_Formations et sensibilisation des professionnels
- ☐ A9\_Formations aidants

Indiquez la durée de l'action réalisée (en mois)

Indiquez le nombre de personnes ayant bénéficié de l'action

## Evaluation des actions - AAC "Prévention en EHPAD et SSIAD" 2025

### Type de publics accompagnés

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ R1\_Personnes âgées en EHPAD
- ☐ R2\_Personnes âgées vivant à domicile
- ☐ R3\_Résidents en résidences autonomie / foyers-logements
- ☐ R4\_Aidants (familiaux ou professionnels)
- ☐ R5\_Personnes âgées atteintes de pathologies neuro-évolutives
- ☐ R6\_Professionnels de santé ou d'accompagnement
- ☐ R7\_Publics mixtes ou intergénérationnels

### Type des professionnels intervenants

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ P1\_Professionnels de l'activité physique adaptée (APA)
- ☐ P2\_Professionnels de rééducation et de mobilité
- ☐ P3\_Professionnels de la nutrition et alimentation
- ☐ P4\_Professionnels du soin médical et infirmier
- ☐ P5\_Professionnels du soin psycho-social et mental
- ☐ P6\_Professionnels de l'animation et du lien social
- ☐ P7\_Personnel soignant et accompagnants du quotidien
- ☐ P8\_Professionnels de formation à la prévention santé

### Type des partenaires impliqués

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ T1\_Structures médico-sociales
- ☐ T2\_Intervenants du soin à domicile
- ☐ T3\_Structures sanitaires/hospitalières
- ☐ T4\_Acteurs institutionnels
- ☐ T5\_Professionnels de santé libéraux ou paramédicaux
- ☐ T6\_Prestataires spécialisés prévention santé
- ☐ T7\_Intervenants en APA, bien-être ou thérapeutique
- ☐ T8\_Acteurs associatifs, citoyens ou culturels
- ☐ T9\_Elèves d'école, lycée

### Fréquence des séances

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ F1\_Quotidienne
- ☐ F2\_Hebdomadaire
- ☐ F3\_Mensuelle
- ☐ F4\_Ponctuelle (de temps en temps)
- ☐

## Evaluation des actions - AAC "Prévention en EHPAD et SSIAD" 2025

### Durée d'une séance

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ D1\_ Une heure

☐ D2\_ Demi-journée

☐ D3\_ Journée entière

Nombre d'heures réalisées au total pour l'action

## 4. Engagement

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non