



# APPEL À CANDIDATURES 2024

## Prévention de la perte d'autonomie au sein des EHPAD de la Côte d'Or

Cibles :

Usagers de l'EHPAD et personnes externes de plus de 60 ans

**DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS : Mardi 19 Mars 2024 à 18h**

### CONTACT :

Anne-Sophie PETROVIC – Chargée de mission

Adresse courriel : [ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr)

Téléphone : 07.62.19.31.61

### 1. Cadre de l'appel à candidatures

L'ARS BFC, en lien avec la Conférence départementale-métropolitaine de la prévention de la perte d'autonomie, lance un appel à candidatures pour la mise en place **d'actions collectives de prévention** visant à réduire ou retarder la perte d'autonomie des **résidents d'EHPAD en Côte d'Or et des personnes de plus de 60 ans venant de l'extérieur**.

Les actions de prévention doivent permettre de lutter contre les principaux facteurs de risques chez la personne âgée à savoir :

- les chutes ;
- la dénutrition ;
- la dépression ;
- la iatrogénie médicamenteuse ;
- les troubles sensoriels et neurocognitifs.

Cet appel à candidatures s'inscrit dans la limite des crédits ARS, alloués par la CNSA, dédiés à la prévention en EHPAD, d'un montant de 225 000€ pour la Côte d'Or pour l'année 2024.

### a. Pour rappel

L'ARS propose par ailleurs, un plan d'action régional de prévention en EHPAD, autour de deux actions phares :

- le programme OMEGAH 2 (Objectif Mieux-Etre Grand Age Hébergement), déployé par le Pôle de Gérontologie et d'Innovations (PGI).  
Ce programme a été renouvelé en 2022 et est proposé gratuitement aux EHPAD.  
Il comporte désormais les modules suivants :
  - Equilibre, où en êtes-vous ? – EHPAD activités physiques adaptées (APA)
  - PAC Eurêka résidents – stimulation cognitive et psychosociale
  - PASS Alimentation – prévention de la dénutrition
  - La vie à pleines dents, longtemps – prévention hygiène bucco-dentaire
  - Escrimez-vous – APA
  - Dansez, c'est la santé – APA
  - Les alternatives non médicamenteuses
  - Les troubles psycho-comportementaux
  - Bien-être et santé mentale
- le festival EHPAD'ONS-NOUS ! qui permet de favoriser l'accès à l'art et à la culture et de soutenir ainsi le lien social pour les résidents par des propositions artistiques et culturelles pour eux et avec eux.

Si vous êtes intéressé pour votre EHPAD vous pouvez prendre contact avec le PGI :

Par mail : [omegah@pole-gerontologie.fr](mailto:omegah@pole-gerontologie.fr)

Par tél : 07 69 62 38 94

En plus des offres citées précédemment, l'ARS pourra financer d'autres projets relatifs à la prévention des personnes accompagnées par des structures médico-sociales. Les demandes seront à adresser dans le cadre de l'appel à candidature régional annuel et seront financées par des crédits ponctuels (CNR).

### b. Détails de l'appel à candidatures

Le présent appel à candidatures complète ce programme et offre aux EHPAD les possibilités suivantes :

- les actions en complément des modules Omegah ;  
*NB : concernant les actions relatives aux alternatives non médicamenteuses, l'Agence sera attentive à la qualité des dossiers déposés ;*
- les actions en complément du plan antichute ;
- l'activité physique adaptée : renfort en professeur APA et équipements APA  
*NB : sous réserve de ne pas avoir bénéficié d'un renfort APA lors du précédent appel à candidatures (2023) et avec une prise en charge maximale de 7 500€ et avec un coût horaire maximum pour un professeur APA de 50€/h.*

Les actions de prévention éligibles sont les actions **collectives** qui visent à informer, à sensibiliser ou à modifier des comportements individuels pour retarder la perte d'autonomie

Elles sont destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant en EHPAD et à celles venant de l'extérieur comme les aidants, les bénéficiaires de l'accueil de jour, des personnes adressées par le CCAS/mairie, des personnes réalisant des visites au sein de l'EHPAD, etc. L'organisation du transport pour ces personnes vivant à domicile doit également faire partie du projet si nécessaire. Ces modalités de transports pourront s'appuyer sur les services

existants, de type transports à la demande des personnes âgées avec l'accord du partenaire porteur du dispositif.

Cet élargissement du public cible fera l'objet d'un critère de pondération dans l'instruction des dossiers.

## 2. **Critères d'éligibilité**

### **Conditions d'éligibilité :**

- tout EHPAD et accueil de jour autonome ;
- être en capacité de soutenir économiquement et financièrement le projet proposé ;
- réaliser le ou les projet(s) dans le département de la Côte-d'Or ;
- le cas échéant, avoir transmis un bilan de(s) l'action(s) retenue(s) dans le cadre de l'appel à candidatures prévention en EHPAD 2023. Dans l'hypothèse où l'action 2023 n'est pas terminée à la date de candidature du projet 2023, un bilan provisoire est à transmettre.
- les demandes de participation financière ne pourront pas concerner des actions à visée commerciale.

### **Actions et dépenses inéligibles :**

- les dépenses d'investissement concernant du matériel autre que le matériel nécessaire aux actions  
*NB : pour le matériel nécessaire aux actions, seul l'achat du matériel est financé par l'ARS et l'abonnement est à la charge du porteur.*
- les dépenses de personnel de l'établissement prévues pour la mise en œuvre de l'action,
- les actions de prévention menées exclusivement en individuel,  
*NB : l'achat de matériel d'APA qui se réalise en individuel, de type vélo connecté par exemple, est considérée comme une action de prévention menée exclusivement en individuel.*
- les actions destinées exclusivement aux professionnels,
- les actions de formation des aidants,
- les dépenses de soins liées à l'intervention des professionnels suivants : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, chirurgiens-dentistes, orthophonistes remboursables aux assurés au titre de l'Assurance maladie ou incluses dans le forfait soins global,
- la participation financière aux frais d'hébergement, de repas, location et achat de véhicule pour les personnels,
- les dépenses de structure liées à des travaux d'aménagement, de terrassement.

**La mise en place de l'action ne devra pas entraîner d'impact financier pour le résident.**

**Concernant d'éventuels projets relatifs à l'achat ou la location de casques de réalité virtuelle,** l'Agence vous invite à vous rapprocher du Conseil Départemental de Côte-d'Or qui propose une offre en la matière.

Le Conseil Départemental dispose de sept conseillers numériques qui peuvent, selon les besoins, proposer des actions et animations dans les EHPAD. Ce service est totalement gratuit et peut être soumis à un conventionnement dans certains cas s'inscrivant sur la durée. A votre demande, des casques de réalité virtuelle disponibles dans les espaces numériques labellisés Côte-d'Or peuvent également être mis à votre disposition.

Pour plus de renseignements ou pour prendre contact avec ces conseillers : [conseil.numerique@cotedor.fr](mailto:conseil.numerique@cotedor.fr).

### 3. Calendrier de la mise en œuvre des actions

Cet appel à candidatures concerne l'année 2024, pour des **actions de prévention démarrées avant le 31 décembre 2024 et qui pourront se terminer au plus tard le 30 avril 2025.**

### 4. Examen, sélection des dossiers et modalités d'attribution du financement

Les candidatures devront comporter l'ensemble des pièces demandées (annexes 1 à 4 ou 5, ainsi que le(s) devis correspondant(s) au dossier). Elles sont à transmettre via l'interface démarches simplifiées en vous connectant sur le lien suivant :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/appel-a-candidatures-2024-prevention-de-la-perte-d>

L'instruction des dossiers de candidatures sera réalisée conjointement entre l'ARS de BFC et le bureau de la Conférence départementale-métropolitaine de la prévention de la perte d'autonomie.

L'attribution de la participation financière sera formalisée par une notification de financement (CNR) adressée par le Directeur Général de l'ARS à l'organisme porteur de projet.

### 5. Calendrier

- Date limite de réponse pour les projets 2022 : **mardi 19 mars 2024** ;
- Notification des décisions par l'ARS : **à partir du 23 avril 2024** ;
- Délégation de crédits par l'ARS : **en juin – juillet 2024** ;
- Mise en œuvre de l'action par l'EHPAD : **à démarrer avant le 31 décembre 2024 et qui pourra se terminer au plus tard le 30 avril 2025** ;
- Bilan à retourner par mail à la DD 21 ARS [ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr) selon le modèle présenté en annexe 5 : **dès la réalisation de l'action et au plus tard le 2 mai 2025.**

### 6. Informations diverses et rappels

Le candidat s'engage à ne communiquer que des informations exactes, réelles et sincères. Il devra décrire précisément son projet faisant l'objet d'une demande de financement et justifier son inscription dans la thématique concernée.

La recevabilité du dossier de candidature ne vaut pas engagement. Toute décision de participation financière est prise par l'ARS.

L'ARS soutient dans le cadre de cet appel à candidatures des dépenses de projets ponctuelles, limitées dans le temps, qui ne doivent pas se confondre avec une subvention de fonctionnement ou d'investissement induisant des frais pérennes de personnels ou d'achat de matériels.

Les financements alloués ne doivent pas entraîner ou compenser le désengagement de partenaires antérieurement engagés et favoriser des effets de substitution.

Les dépenses présentées doivent pouvoir être justifiées par des pièces comptables justificatives probantes. Les dépenses présentées sont éligibles à condition d'être engagées, initiées ou réalisées en 2024.

Enfin, les dépenses présentées doivent être liées et nécessaires à la réalisation du projet. La Conférence départementale-métropolitaine de la prévention de la perte d'autonomie et l'ARS,

dans le cadre de l'instruction du projet, peuvent ainsi être amenées à écarter des dépenses si le lien avec l'opération n'est pas clairement défini.

# APPEL À CANDIDATURES 2024

Prévention de la perte d'autonomie  
au sein des EHPAD de la Côte d'Or

Cibles :  
résidents de l'EHPAD et personnes externes de plus de 60 ans

## ANNEXE 1: IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**Nom de la structure :**

Statut juridique :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal :

Ville :

N° téléphone :

N° fax :

Courriel :

N° SIRET :

Code APE :

## **ANNEXE 2 : FICHE DE PRESENTATION DU PROJET (1 FICHE PAR ACTION)**

DEMANDE DE FINANCEMENT D' ACTIONS COLLECTIVES DE PREVENTION DE PERTE D'AUTONOMIE EN EHPAD <i>Fiche projet</i>	
Présentation du porteur de projet	Nom de la structure :
	Nom de la personne chargée du suivi du dossier : <span style="float: right;">Fonction :</span>
	Tél : <span style="float: right;">Mail :</span>
Intitulé de l'action	
Principales thématiques visées par l'action	<input type="checkbox"/> Activités physiques adaptées / ateliers équilibre / prévention des chutes <input type="checkbox"/> Santé mentale / compétences psychosociales / estime de soi <input type="checkbox"/> Mémoire / vitalité cognitive/ ateliers de stimulation <input type="checkbox"/> Alimentation/ dénutrition / santé buccodentaire <input type="checkbox"/> Iatrogénie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres, à préciser : .....
Public(s) cible(s)	<input type="checkbox"/> Résidents EHPAD <input type="checkbox"/> Personnes âgées venant de l'extérieur (non résidentes à l'EHPAD) de plus de 60 ans <input type="checkbox"/> Autre, à préciser.....
Description et objectif(s) de l'action	Besoins observés / origine du besoin :
	Objectif(s) de l'action :
	Déroulé de l'action :
	Comment cette action s'inscrit-elle dans le projet global de l'établissement (lien avec le projet d'établissement, projets déjà initiés, groupe de travail en place, etc.) ?

	<p>Nombre de personnes potentiellement touchées par l'action :</p> <p>Dont nombre des personnes âgées extérieures participant à l'action :</p>	
	<p>Nombre d'ateliers/séances prévu(e)s :</p>	
	<p>Modalités de repérage des participants :</p>	
	<p>Personne(s) dédiée(s) à l'animation des ateliers (profil, précisions si personnel interne ou non) :</p>	
Modalités et calendrier de réalisation	<p>Calendrier (étapes de réalisation) :</p> <p>Date de démarrage :</p> <p>Durée de l'action :</p>	
	<p>Moyens humains dédiés à l'intégralité du projet :</p>	
	<p>Moyens matériels dédiés au projet et outils de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matériel :</li> <li>- Communication interne :</li> <li>- Communication externe :</li> </ul>	
	<p>Partenariats envisagés pour la mise en place de l'action (nom des partenaires mobilisés et nature de leur implication) :</p>	
Modalités d'évaluation du projet	<p>Résultats attendus et effets (à court, moyen et plus long terme) :</p> <p>Quelle méthode et quels outils utilisés pour évaluer l'impact de l'action ?</p>	
Autres actions de prévention	<p>Des modules OMEGAH ont-ils été déployés les années précédentes ou sont-ils en cours de déploiement ? :</p>	
Financement	<p>Nature du soutien sollicité (à cocher) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Aide au démarrage / projet nouveau</p> <p><input type="checkbox"/> Aide au déploiement / projet existant</p>
	<p>Montant de la subvention demandée à l'ARS :</p>	



### **ANNEXE 3 : BUDGET PREVISIONNEL PAR PROJET**

Les candidats doivent présenter un budget prévisionnel du projet envisagé.

**Ce budget doit être détaillé et équilibré (total des charges égal au total des produits).**

<b>CHARGES</b>	<b>Montant</b>	<b>PRODUITS</b>	<b>Montant</b>
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
<b>60 – Achats</b>		<b>70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services</b>	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		<b>74- Subventions d'exploitation<sup>11</sup></b>	
Autres fournitures		Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
<b>61 - Services extérieurs</b>		-	
Locations		Conférence des financeurs/ARS	
Entretien et réparation		Région(s) :	
Assurance		-	
Documentation		Département(s) :	
<b>62 - Autres services extérieurs</b>		-	
Rémunérations intermédiaires et honoraires		Intercommunalité(s) : EPCI <sup>12</sup>	
Publicité, publication		-	
Déplacements, missions		Commune(s) :	
Services bancaires, autres		-	
<b>63 - Impôts et taxes</b>		Organismes sociaux (détailler) :	
Impôts et taxes sur rémunération,		-	
Autres impôts et taxes		Fonds européens	
<b>64- Charges de personnel</b>		-	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)	
Charges sociales		Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		Aides privées	
<b>65- Autres charges de gestion courante</b>		<b>75 - Autres produits de gestion courante</b>	
<b>66- Charges financières</b>		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
<b>67- Charges exceptionnelles</b>		<b>76 - Produits financiers</b>	
<b>68- Dotation aux amortissements</b>		<b>78 – Reprises sur amortissements et provisions</b>	
CHARGES INDIRECTES			
<b>Charges fixes de fonctionnement</b>			
<b>Frais financiers</b>			
<b>Autres</b>			
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	
<b>CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES<sup>13</sup></b>			
<b>86- Emplois des contributions volontaires en nature</b>		<b>87 - Contributions volontaires en nature</b>	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>La subvention de.....€ représente .....% du total des produits :</b>			
(montant attribué/total des produits) x 100.			

## **ANNEXE 4 : ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) .....

représentant légal de (identification de la structure) .....

- Certifie que (identification de la structure) .....  
est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des  
cotisations et paiements correspondants.

- Certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de  
l'ensemble des demandes de subvention introduite auprès d'autres financeurs publics.

- Demande une participation financière de : .....Euros.

- **M'engage à réaliser le projet dans les conditions définies dans la convention.**

Fait pour valoir ce que de droit,

A :

Date :

Nom et signature du responsable légal de l'organisme :

Cachet de l'organisme ou raison sociale :

## **ANNEXE 5 : MODELE TYPE DE BILAN DE L'ACTION A RETOURNER**

### **(1 BILAN PAR ACTION)**

### ***Bilan de l'action en EHPAD***

*(A transmettre à [ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-DCPT-DD21@ars.sante.fr) dès la fin de l'action et au plus tard le 2/05/2025)*



**Tableau à renvoyer une fois l'action terminée, accompagné (si possible) de photographies de l'action. Ces photographies pouvant être utilisées par l'ARS et/ou la Conférence départementale-métropolitaine, le porteur devra veiller au respect du droit à l'image des personnes y figurant.**

**Nom de la structure :**

**Dates de réalisation de l'action :**

**Date du financement de l'action :**

**Description synthétique de l'action :**

**Bilan d'activité :**

Répartition	Nombre de bénéficiaires
Hommes	
Femmes	
GIR 1 à 4	
GIR 5 à 6 ou non giré	
Moins de 60 ans	
De 60 à 69 ans	
De 70 à 79 ans	
De 80 à 89 ans	
De 90 ans ou plus	
<i>Dont résidents en EHPAD</i>	

**Bilan financier**

<b>Montant alloué ARS</b>	
<b>Montant consommé</b>	

**Observations (difficultés rencontrées, bonnes pratiques, ...) :**