

Démarche : AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

Organisme : En attente de saisi

## Identité du demandeur

Email

Etablissement  
SIRET

Dénomination

Forme juridique

## Formulaire

Dans le cadre du plan national et triennal antichute des personnes âgées, de son déploiement en région Nouvelle-Aquitaine, et plus précisément l'axe 4 « l'activité physique, meilleure arme antichute », l'ARS souhaite soutenir la mise en place d'une nouvelle offre de prévention basée sur des programmes probants d'activité physique adaptée, au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'activité physique est une thérapie non médicamenteuse qui possède un haut niveau de preuve de son effet sur la santé des personnes âgées et particulièrement contre les chutes et le risque de chute. L'enjeu de cet appel à candidature est l'expérimentation d'un modèle d'accompagnement probant visant à diminuer le nombre de chutes des personnes âgées en EHPAD par la mise en place de programme d'activité physique adaptée (APA).

Les programmes antichute par l'APA ciblent les résidents en GIR 3 ou 4 prioritairement. Ce programme se décline en 3 grandes phases : l'évaluation, la programmation de séances et le suivi post séances d'APA et souhaite impliquer l'ensemble des professionnels des établissements par la mise en place de sessions de sensibilisation à l'activité physique, au plaisir de bouger et à la lutte contre la sédentarité. Ce programme est porté par les EHPAD en partenariat étroit avec les Enseignant.e.s en APA (salarié.e.s ou prestataires).

### Identification du Département de Nouvelle-Aquitaine

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Charente
- Charente Maritime
- Corrèze
- Creuse
- Deux Sèvres
- Dordogne
- Gironde
- Haute Vienne
- Les Landes
- Lot et Garonne

# AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

Pyrénées Atlantiques

Vienne

Z.défaut

## 1/ IDENTIFICATION de la STRUCTURE PORTEUSE

**NOM de la structure porteuse du programme**

**Numéro du département**

**Numero FINESS GEOGRAPHIQUE de la structure porteuse**

(sans espace)

**Numero FINESS JURIDIQUE de la structure porteuse**

(sans espace)

**SIRET de la structure porteuse**

SIRET

Dénomination

Forme juridique

**Code APE de la structure porteuse**

(4 chiffres + 1 lettre, sans espace)

**Adresse postale complète de la structure**

**Représentant légal de la structure porteuse**

NOM/ Prénom

# AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

**Fonction du représentant légal de la structure porteuse**

**N° de téléphone du représentant légal de la structure porteuse**

(sans espace)

**Courriel du représentant légal au sein de la structure porteuse**

(sans espace)

**Personne ressource (en charge de la mise en place du programme antichute) au sein de la structure porteuse**

NOM/Prénom,

si différente de la personne représentante légale de la structure porteuse

**Fonction de la personne ressource (en charge de la mise en place du programme antichute) au sein de la structure porteuse**

si différente de la personne représentante légale de la structure porteuse

**N° de téléphone de la personne ressource au sein de la structure porteuse**

si différente de la personne représentante légale de la structure porteuse

(sans espace)

**Courriel de la personne ressource au sein de la structure porteuse**

si différente de la personne représentante légale de la structure porteuse (sans espace)

**Nom de la 1ère structure partenaire de la structure porteuse**

si existante

**Adresse postale complète de la 1ère structure partenaire**

## AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

**Personne ressource ( en charge de la mise en place du programme antichute)au sein de la 1ère structure partenaire**

NOM/Prénom

**Courriel de la personne ressource au sein de la 1ère structure partenaire**

(sans espace)

**Nom de la 2ème structure partenaire de la structure porteuse**

(si existante)

**Adresse postale complète de la 2ème structure partenaire**

**Personne ressource ( en charge de la mise en place du programme antichute)au sein de la 2ème structure partenaire**

NOM/Prénom

**Courriel de la personne ressource au sein de la 2ème structure partenaire**

(sans espace)

## 2/ IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE PARTENAIRE

Si la structure porteuse possède un enseignant APA en tant que salarié  
merci de remplir la section 3-identification du salarié responsable

**NOM de la structure prestataire du programme**

**SIRET de la structure prestataire**

SIRET

# AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

Dénomination

Forme juridique

**SIREN de la structure prestataire**

(sans espace)

**Code APE de la structure prestataire**

(4 chiffres + 1 lettre, sans espace)

**Adresse postale de la structure prestataire**

N° et Nom de rue

Code Postal et Ville

**représentant légal de la structure prestataire**

NOM/Prénom

**Fonction du représentant légal de la structure prestataire**

**N° de téléphone du représentant légal au sein de la structure prestataire**

(sans espace)

**Courriel du représentant légal au sein de la structure prestataire**

(sans espace)

**Personne ressource (en charge de la mise en place des programmes antichute) au sein de la structure prestataire**

NOM/Prénom; si différente de la personne représentante légale de la structure prestataire

## AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

### Fonction de la personne ressource (en charge de la mise en place des programmes antichute) au sein de la structure prestataire

si différente de la personne représentante légale de la structure prestataire

### N° de téléphone de la personne ressource au sein de la structure prestataire

si différente de la personne représentante légale de la structure prestataire  
(sans espace)

### Courriel de la personne ressource au sein de la structure prestataire

si différente de la personne représentante légale de la structure prestataire (sans espace)

## 3/ IDENTIFICATION du SALARIE RESPONSABLE en ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

### NOM et Prénom du Salarié au sein de la structure porteuse

### Fonction du salarié au sein de la structure porteuse

### N° de téléphone du salarié au sein de la structure porteuse

(sans espaces)

### Courriel du salarié au sein de la structure porteuse

(sans espace)

## 4/ ETATS DES LIEUX

### Avez-vous reçu une réponse favorable à l'AAC 2024 ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Présentation des structures porteuse et partenaires (le cas échéant)

- Nombre de chutes et d'hospitalisations des résidents sur les années précédentes.

- Merci de préciser les actions soutenues par l'ARS-NA en matière de prévention des chutes.

# AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

## Présentation des résidents recueillis

- Modalités d'hébergements proposés,
- Nombre de résidents avec proportion GIR pour les structures porteuse et partenaires

## Quelles sont vos expériences précédentes en activité physique adaptée pour les résidents

(type, fréquence, prestataire, etc...)

## Dans le cadre d'une structure porteuse ou partenaire possédant un salarié APA

Merci de préciser sa date d'entrée dans la structure, la quotité ETP et l'organisation de son emploi du temps.

## Présentation de la structure prestataire

Expériences précédentes,  
professionnels de la structure (diplômes en activité physique adaptée,  
N° de carte professionnelles,  
expériences en lien avec l'appel à candidature ,  
connaissance du public cible,  
organisation interne de la structure, système de remplacement en cas d'absence, etc...)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre d'intention des partenaires ou convention partenariale pour la réalisation du programme antichute par l'activité physique adaptée

## 5/ MODALITES de MISE en OEUVRE du PROGRAMME ANTICHUTE

### Nombre de programme antichute souhaités pour la structure porteuse

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

2

4

### Nombre de programmes antichute souhaités pour la 1ère structure partenaire

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

2

4

### Nombre de programmes antichute souhaités pour la 2ème structures partenaire

## AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

2

4

### Nombre potentiel de résidents pouvant être inclus dans les programmes antichute que vous souhaitez mettre en place ?

Merci de renseigner également la proportion des GIR des résidents que vous souhaitez inclure dans vos programmes antichute.

### Inclusion / exclusion des résidents

Quels sont vos modalités d'inclusion et d'exclusion des résidents ?

### Modalités de maintien d'un nombre suffisant de résidents dans les programmes

Afin de maintenir un nombre suffisant de résidents dans vos programmes, quelles sont vos modalités de remplacements des résidents ?

### Organisation des déplacements

Quelle sera votre gestion des déplacements des résidents vers le lieu de pratique ?

### Organisation des évaluations

Quelle sera votre organisation des évaluations (tests de condition physique et questionnaires, modalités de passation des tests et professionnels impliqués, etc.)

### Organisation des programmes antichute

Quelle sera votre organisation pour le partage des données quant au programme antichute et le remplissage des indicateurs demandés par l'ARS-NA via le fichier Excel ? (nomination d'une personne responsable du remplissage du fichier Excel, organisation le cas échéant avec le prestataire, calendrier d'envoi du fichier, etc.)

## AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

### Planning activité physique

Quel sera votre planning et le positionnement des séances en activité physique adaptées sur l'année ? (Programme type d'une semaine en ce qui concerne les séances d'APA et d'éducation/sensibilisation, organisation du suivi sur l'année 2 , etc.)

### Thématiques des séances d'activité physique adaptée

Quelles sont-elles? et comment vont-elles s'organiser durant la 1ère année du programme antichute ?

### Matériels des séances d'activité physique adaptées

Quelle sera votre gestion du matériel et dans quels lieux les séances d'activité physique adaptées vont se dérouler ?

### Organisation des sessions

- Pouvez-vous nous préciser l'organisation des sessions d'éducation/sensibilisation à la santé par l'activité physique ?
- Quelles vont être les modalités, les personnes cibles, les thématiques, le calendrier, etc...?

### Suivi de la 2ème année du programme

Durant la deuxième année du programme antichute, pouvez vous nous décrire votre organisation quant aux sessions de suivi des résidents post programme d'activité physique adaptée ?

### Communication/Information

Comment allez-vous organiser les modalités de transmissions d'informations entre la structure porteuse, les structures partenaires et le prestataire en APA le cas échéant ?

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Calendrier prévisionnel de la mise en œuvre du projet

(Programme et suivi sur 2 ans)

### Communication interne/externe

## AAC 2025 : Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée

Dans le cadre de la communication interne et externe,

Qu'allez-vous mettre en place ou organiser pour mettre en lumière ce programme antichute au sein de vos structures ?

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Budget prévisionnel détaillé

merci de la placer ci après.