**GRILLE D’EVALUATION REGIONALE**

**APPEL A CANDIDATURES PREVENTION EN EHPAD ET SSIAD**

**THEMATIQUE : PREVENTION DE L’IATROGENIE MEDICAMENTEUSE**

Votre projet d’action contribue à la politique de prévention pour mieux accompagner le vieillissement en bonne santé et favoriser l’autonomie des personnes âgées en EHPAD. Votre action a été financée et doit débuter au plus tard au 1er trimestre 2025.

En effet, toutes les actions retenues dans l’appel à candidature et mises en œuvre dans la région donneront lieu à une évaluation d’ensemble à échéance d’un an, courant 2025. Les actions qui seront présentées dans le cadre du prochain appel à candidatures, à savoir celui de 2025, devront justifier d’une évaluation intermédiaire.

Pour permettre cette évaluation, un certain nombre d’indicateurs seront suivis. Nous vous proposons des éléments de méthodes afin de préparer le recueil de données.

le modèle ci-après de grille de recueil des données des bénéficiaires de votre projet doit être complété à chaque étape clé :

* + - T1= avant le lancement du projet,
    - T2= à 6 mois
    - T3= à 1 ans.

**Première partie : identification**

**Raison sociale et coordonnées de l’établissement porteur :**

**N° FINESS ET :**

**Nom et coordonnées (tel/mel) de la personne chargée de compléter la grille :**

**Deuxième partie – générale : données globales de suivi et d’évaluation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de mise en place de l’action |  | |
| Nombre d’établissements concernés par l’action | EHPAD |  |
| SSIAD |  |
| CCAS / CLIC |  |
| Nombre de personnes bénéficiaires par cette action de prévention sur une année | Nombre de résidents de l’EHPAD ou personnes suivies par le SSIAD porteur du projet |  |
| Nombre de résidents oupersonnes suivies par des structures partenaires à l’action **venus sur le site du porteur** |  |
| Nombre de personnes âgées bénéficiaires résidant **à domicile** |  |
| Nombre personnes bénéficiaires sorties en cours d’action (n’ayant pas mené l’action à son terme) |  |
| Nombre de professionnels impliqués dans cette action sur une année | Soignants: |  |
| Médecin |  |
| Chirurgien dentiste |  |
| IDE |  |
| AS / AMP |  |
| Rééducateur : |  |
| **En équivalents temps plein** | Kinésithérapeute |  |
| Rééducateur APA |  |
| Psychomotricien(ne) |  |
| Ergothérapeute |  |
| Diététicien(ne) |  |
| Psychologue |  |
| Intervention d’un prestataire extérieur - spécifiquement pour l’action | Oui / Non |  |
| **Réunions de pilotage** | Oui / Non (si oui, nombre de réunions par semestre) |  |
| **Réunions de coordination des intervenants** | Oui / Non (si oui, nombre de réunions par semestre) |  |

**En quelques mots, les effets positifs ou les freins/difficultés constatés par l’action quant à l’ouverture de l’ESMS sur l’extérieur :**

|  |
| --- |
|  |