

**Juin 2021**

**Dossier de candidature**

**pour**

**la mise en œuvre d’une Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie**

 **2024**

**Nom de l’établissement demandeur**

**Envoi de votre dossier au plus tard le 28/02/2025.**

1. **Présentation du demandeur**
	1. **Identification**

Nom de la structure ou du porteur:

Commune d’implantation:

N° FINESS géographique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Code APE :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Adresse de correspondance, si différente :

Code postal :

Commune :

* 1. **Identification du représentant légal**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

* 1. **Identification de la personne chargée du présent dossier** (si différente du représentant légal)

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

1. **Présentation de l’établissement support et de son organisation en matière de bon usage des antibiotiques**
	1. **Présentation générale**

Renseigner le nombre de lits d’hospitalisation de MCO, réanimation, USLD, SSR, psychiatrie, urgences, HAD et hémodialyse ci-dessous, l’activité en général, le type de services MCO, et le cas échéant la dynamique partenariale avec les secteurs d’orthopédie, hématologie, de soins intensifs, hygiène, microbiologie, pharmacie ou autres jugés pertinents.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de lits | Hémodialyse (postes) | HAD | TOTAL |
| MCO | PSY | REA | URGENCES | USLD | SSR |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Organisation en matière de bon usage des antibiotiques (BUA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| **Politique et implication des instances en matière de BUA et structuration de votre activité**  |  |  |
| Existence d’une politique et d’objectifs en matière de bon usage des antibiotiques dans l’établissement de santé (ES) |  |  |
| Existence d’une commission des antiinfectieux (CAI) ou à défaut si mutualisée avec d’autres ES, participation régulière à celle-ci |  |  |
| Existence d’un guide sur le bon usage des antibiotiques, régulièrement mis à jour et facilement consultable par les prescripteurs |  |  |
| Existence d’une ligne de conseil en antibiothérapie facilement accessible et régulièrement utilisée par les prescripteurs  |  |  |
| Collaboration fréquente avec le microbiologiste de votre établissement |  |  |
| Collaboration fréquente avec le pharmacien de votre établissement |  |  |
| Collaboration régulière avec l’équipe opérationnelle d’hygiène de votre établissement |  |  |
| Correspondants identifiés sur la thématique du BUA dans les services clefs (chirurgie, soins intensifs, hématologie…) |  |  |
| Le programme d’action et les résultats des actions entreprises par l’équipe en charge du BUA sont transmis et présentés à la CME au moins annuellement |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| **Surveillance et communication** |  |  |
| Surveillance annuelle des consommations d’antibiotiques  |  |  |
| Surveillance annuelle épidémiologique de la sensibilité de certains couples clés antibiotique/bactérie |  |  |
| Communication annuelle dans certains services clefs de votre établissement des résultats des consommations d’antibiotiques et (si disponible) de sensibilité de certains couples clés antibiotique/bactérie |  |  |
| Communication annuelle en CAI et/ou en CME des résultats des consommations d’antibiotiques de votre établissement  |  |  |
| Communication annuelle en CAI et/ou en CME des résultats d’épidémiologie bactérienne de votre établissement  |  |  |

* 1. **Présentation de l’équipe multidisciplinaire en antibiothérapie (EMA) en place au sein de l’établissement ou équivalent**
* *Modalités de fonctionnement global et au quotidien :*
* *Description des travaux de l'équipe candidate sur les 5 dernières années justifiant de son expérience dans le domaine considéré (+ justificatifs de la compétence des membres de l’équipe) :*
* *Composition et effectifs en nombre d’équivalents temps plein (ETP) :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Catégories de personnel dans votre équipe | Identité(Nom, prénom) | Nombre d’ETP spécifiquement dédiés à l’EMA intervenant dans l'établissement |
| Médecin (préciser spécialité) |  |  |
| Pharmacien |  |  |
| Microbiologiste |  |  |
| Infirmier  |  |  |
| Secrétaire/Coordonnateur |  |  |
| Autre personnel permanent, précisez : |  |  |

1. **Présentation du projet d’EMA répondant à l’appel à candidature**

Le projet détaillé doit pouvoir :

* Répondre aux missions décrites dans le cahier des charges
* Proposer une organisation en réponse au cahier des charges
* Proposer un programme sur 3 ans adapté au territoire géographique de votre GHT, en se basant sur la stratégie de montée en charge en 2 phases, décrite dans le cahier des charges
	1. **La description du projet et de ses conditions de mise en œuvre**

*Décrire précisément et en détail le projet selon les modalités décrites ci-dessus en précisant les établissements et secteurs d'intervention pressentis (ES/ESMS/Ville) pour la phase 1. Merci de préciser le nombre total d’ES, d’EHPAD et de médecins généralistes situés dans le territoire géographique de votre GHT.*

*Décrire la composition de l’EMA et l’établissement de rattachement de celle-ci :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégories de personnel dans votre équipe** | **Identité**(Nom, prénom) | **Phase 1** **Nombre d’ETP** spécifiquement dédiés à l’EMA  | **Phase 2****Nombre d’ETP** envisagés spécifiquement dédiés à l’EMA |
| Infectiologue  |  |  |  |
| Pharmacien |  |  |  |
| Microbiologiste |  |  |  |
| Médecin généraliste |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Secrétaire/Coordonnateur |  |  |  |

*Précisez si des conventionnements assortis de financement avec d’autres ES/ESMS vous paraissent envisageables.*

*Préciser les points forts et les faiblesses perçus à ce stade :*

*Par exemple, ressources du territoire déjà bien connues, interactions existantes avec ce réseau : référents en antibiothérapie d’autres ES, équipes mobiles d’hygiène, contacts avec médecins coordinateurs d’EHPAD, médecins généralistes, autres professionnels de santé*

*Préciser les manques ou difficultés perçus à ce stade :*

* 1. **Le calendrier prévisionnel**

*Précisez à partir de quand vous pensez pouvoir mettre en place votre EMA :*

1. **Pièces à joindre**

Le dossier de candidature doit comporter les pièces permettant d’attester les modes de collaboration avec les organismes partenaires, les modalités des partenariats formalisés, de l’ancrage du porteur de projet dans le tissu local.

* Les copies des attestations, diplômes et certificats des membres de l’EMA en lien avec les compétences attendues
* Un relevé d’identité bancaire original
* CV du responsable du projet et de ses principaux collaborateurs
* La déclaration publique d’intérêt du responsable du projet
* L’engagement de la structure devant héberger l’EMA
* Un budget prévisionnel pour les deux premières années de fonctionnement de l’EMA (annexe 1)

Le fait de postuler à cet appel à candidature engage les candidats au respect des dispositions des articles L. 1451-1 à L. 1452-3 du Code de la santé publique

**Annexe 1 : BUDGET PRÉVISIONNEL 2025 DE L’ACTION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| CHARGES DIRECTES |  | RESSOURCES DIRECTES |  |
| **60 – Achats** |  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation[2]** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS
 |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * Préfecture
 |  |
| Locations |  | * Cohésion sociale – Jeunesse Sport
 |  |
| Entretien et réparation |  | * Agriculture
 |  |
| Assurance |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Documentation |  | Région(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | - Conseil régional … |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Département(s) : |  |
| Frais de gestion |  | - Conseil général … |  |
| Publicité, publication |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  |
| Déplacements, missions |  | - |  |
| Frais postaux et téléphone |  | Commune(s) : |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - CCAS… |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| Autres impôts et taxes |  | - Régime Local d'Assurance Maladie |  |
| **64- Charges de personnel** |  | - CAF, CARSAT, CPAM, Mutualité… |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
|  |  | Aides privées |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **76 - Produits financiers** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements** |  | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| CHARGES INDIRECTES |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  | Ressources propres |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |
| CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES |  |  |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 Secours en nature |  | 870 Bénévolat |  |
| 861 Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | 871 Prestations en nature |  |
| 862 Prestations |  |  |  |
| 864 Personnel bénévole |  | 875 Dons en nature |  |
| **TOTAL (total des charges + compte 86)** |  | **TOTAL (total des produits + compte 87)** |  |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |