

**Juin 2021**

**Dossier de candidature**

**pour**

**la mise en œuvre d’une EMH intervenant en EHPAD/MAS/FAM**

**Sept 2021**

**Nom de l’établissement demandeur**

**Envoi de votre dossier au plus tard le 3 septembre 2021.**

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 d’hygiène**
	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, la dynamique partenariale avec le secteur gériatrique et du handicap.

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

* 1. **Organisation en matière d’hygiène**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| **Politique et implication des instances en matière d’hygiène** |  |  |
| Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales (IN) existent dans l’établissement de santé. |  |  |
| Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d’établissement. |  |  |
| Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le contrat d’objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l’ARS. |  |  |
| Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet médical. |  |  |
| Le programme d’actions élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d’actions de lutte contre les IN. |  |  |
| La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) contribue à l’élaboration du programme d’actions de lutte contre les IN. |  |  |
| La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) est consultée pour avis ou contribue à l’élaboration du programme d’actions de lutte contre les IN. |  |  |
| Le programme d’actions de lutte contre les IN est transmis au Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail (CHSCT) pour information. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signalement des infections nosocomiales** |  |  |
| Il existe une procédure de signalement interne d’infection nosocomiale. |  |  |
| Il existe une procédure de signalement externe d’infection nosocomiale. |  |  |
| Le nom du responsable du signalement est transmis à l’ARS et au CPias. |  |  |
| Il existe une procédure de gestion de crise formalisée. |  |  |

* 1. **Présentation de l’EOHH**
* *Bureaux, logistique : préciser brièvement la configuration des locaux de l’EOHH et les matériels à disposition*
* *Modalités d’intervention*
* *Activités*
* *Effectifs en ETP :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégories de personnel dans l’EOH | Identité(Nom, prénom) | Nombre d’ETP spécifiquement dédiés à la LIN\* intervenant dans l'établissement | Nombre d’ETP ayant un diplôme en Hygiène hospitalière |
| Médecin |  |  |  |
| Pharmacien |  |  |  |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier non cadre |  |  |  |
| Technicien en hygiène |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
| Autre personnel permanent, précisez : |  |  |  |

\*LIN : lutte contre les infections nosocomiales

1. **Présentation du projet**
	1. **Les objectifs du projet**
	2. **La description du projet et de ses conditions de mises en œuvre**

*Décrire le projet, le territoire d'intervention pressenti, les motivations et préciser s’il fait intervenir un ou plusieurs établissements partenaires en cas de groupement de coopération sanitaire.*

*Préciser les ressources du territoire (EHPAD, équipes mobiles d’hygiène existantes en EHPAD financées ou pas, etc) et les manques perçus à ce stade.*

*Décrire le projet de service incluant les modalités d’organisation et de fonctionnement, dont modalités d’accompagnement envisagées, de mise à disposition de l’IDE hygiéniste (bureaux, ordinateur, téléphone, véhicule, ressources pour les formations), les acteurs partenaires, etc.*

*Décrire la composition de l’EMH dont pour l’Infirmier(e) hygiéniste : ETP et nombre estimés en fonction du nombre d’EHPAD engagés dans le dispositif :*

*Préciser le plan de communication prévu*

* 1. **Présentation des établissements partenaires engagés par écrit\* avec le porteur de projet**

\* *L’adhésion des EHPAD, MAS, FAM du territoire, au projet doit être attestée (produire une lettre d’engagement du représentant légal de chaque ESMS pour une durée de 3 ans minimum).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom ESMS** | **Finess géo.** | **Ville** | **Département** | **Nom du gestionnaire** | **Statut juridique** | **Capacité totale autorisée** | **Capacité totale installée** | **Médecin** **cordonnateur** | **IDE hygiéniste diplômé(e)** | **Convention de partenariat** |
| **O/N\*** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **EOH****O/N****(Si oui, nom de l’ES)** | **Autre** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*O/N : oui/no

Préciser, pour chaque EHPAD fédéré, les évolutions attendues de cette coopération en fonction des rapports annuels d’activités médicales et /ou des documents d’analyse du risque infectieux (DARI).

Indiquer les partenariats existants avec d’autres EHPAD non-inscrits dans le projet le cas échéant.

* 1. **Le calendrier prévisionnel**
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 national et/ou local.

* Les lettres d’engagement des ESMS adhérant au projet – annexe 1
* Les diplômes des praticiens et infirmiers de l’EOHH
* Le budget prévisionnel – annexe 2
* Un relevé d’identité bancaire original

**Annexe 1 : lettre d’engagement type**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *LOGO de l’EHPAD/MAS/FAM* | **Lettre d’engagement sur l’intervention d’une équipe mobile d’hygiène (emh) en ehpad , MAS, FAM** | *LOGO de l’établissement porteur* |

Je soussigné(e), Monsieur / Madame ***« nom à préciser »***, directeur / directrice de l’EHPAD/MAS/FAM **« nom de l'EHPAD/MAS/FAM + adresse »**, m’engage à adhérer au projet d’équipe mobile d’hygiène (EMH).

Le **« nom de l’établissement porteur + adresse »**, porte le projet pour les ESMS localisés dans un périmètre proche de ce dernier.

Si la candidature de l’établissement porteur est retenue, l’EHPAD/MAS/FAM ci-dessus mentionné bénéficiera, pendant 3 ans à minima, d’un temps d’infirmier(e) hygiéniste de 12 jours annuels. Ces journées de travail comprennent le temps passé sur site et du temps dit de « bureau » pour accomplir les missions détaillées au sein du cahier des charges et participer aux journées régionales, ainsi qu’aux réunions de coordination animées par le CPias.

Le projet sera déposé à l’ARS Grand Est par l’établissement porteur le 3 septembre 2021 au plus tard, pour une réponse au plus tard le 30/09/2021.

Si le projet reçoit un avis favorable, l’EMH pourra intervenir à compter de 1/11/2021.

Fait en deux exemplaires à **« lieu à préciser »,** le **|\_\_||\_\_| / |\_||\_| / |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|**

|  |  |
| --- | --- |
| *Le directeur/La directrice de l’établissement santé**Mme/M.* ***« nom à préciser »*** | *Le directeur/La directrice de l’EHPAD**Mme/M.* ***« nom à préciser »*** |

**Annexe 2 : BUDGET PRÉVISIONNEL 2021 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** |