

**À l’attention des structures porteuses de dispositif existant ou qui souhaitent le développer**

**Dispositif d’infirmier(ère)s de nuit mutualisé(e)s entre plusieurs EHPAD en :**

* Astreinte de nuit
* Garde de nuit

**Direction de l’Autonomie – Département Parcours Personnes Âgées**

**2022**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Table des matières

[I. PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET ET DES PARTENAIRES 3](#_Toc100742730)

[II. INTÉGRATION DU DISPOSITIF DANS SON TERRITOIRE 7](#_Toc100742735)

[III. MISSIONS DÉVOLUES AUX IDE DE NUIT 8](#_Toc100742736)

[IV. MODALITÉS ORGANISATIONNELLE 9](#_Toc100742737)

[V. PROCESSUS À METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE RÔLE DES IDE DE NUIT 10](#_Toc100742739)

[VI. BUDGET ET CALENDRIER PRÉVISIONNELS 12](#_Toc100742742)

[VII. PIÈCES À JOINDRE 14](#_Toc100742743)

[VIII. ATTESTATION SUR L’HONNEUR 15](#_Toc100742744)

# PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET ET DES PARTENAIRES

## DISPOSITIF EXISTANT OU À METTRE EN PLACE

Indiquez si le dispositif proposé à la candidature correspond à :

* Un projet à mettre en place [ ]
* Un dispositif existant qui ne requiert pas d’adaptation [ ]
* Un dispositif existant qui nécessite des adaptations mineures [ ]
* Un dispositif existant qui nécessite des adaptations majeures [ ]

Si le dispositif proposé à la candidature est déjà existant, année de mise en place :

* 1. **ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU DISPOSITIF**

Lexique :

* **« Porteur »** : destinataire unique des financements. Compte tenu des règles budgétaires en vigueur, il doit impérativement appartenir à une catégorie d’établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée = EHPAD ou SSIAD ;
* **« EHPAD partenaires »** : établissements qui bénéficieront des interventions du personnel IDE de nuit à titre gratuit quel que soit le mode d’organisation retenu ;
* **« Prestataire »** : structure autre que le porteur et les partenaires qui assure la prestation « IDE de nuit » pour l’ensemble des établissements intégrés dans le dispositif. Le prestataire peut être un établissement de santé (ex : service des urgences, HAD), un groupement d’infirmiers libéraux…

## IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

Raison sociale l’EHPAD / établissement de santé / SSIAD / groupement d’infirmières libérales :

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 (Activité Principale Exercée) :

Catégorie juridique (ex : Association déclarée (9220)) :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

GMP :

PMP et année de validation :

ETP du médecin coordonnateur :

Le porteur est-il l’employer direct de tous les IDE de nuit : [ ] Oui [ ] Non

***Remarque :*** *le porteur peut ou non être l’employeur direct des IDE de nuit. S’il fait appel à des IDE d’EHPAD partenaires ou à des IDE d’un prestataire, il n’est pas l’employeur direct de l’ensemble des IDE. Dans ces cas, une convention sera à établir entre le porteur et chacun des employeurs (partenaires et/ou prestataires). Cette convention devra préciser, notamment, les montants et leurs modalités de versement, les modalités d’exécution de l’action, les obligations du contractant, le suivi et le contrôle de l’action (voir détails dans l’encadré en page 10 du cahier des charges).*

## IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

* + 1. LES EHPAD PARTENAIRES

**EHPAD n°1 :**

Nom de l’EHPAD :

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

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°2 :**

Nom de l’EHPAD :

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

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°3 :**

Nom de l’EHPAD :

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

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

*Rajouter EHPAD n°4, EHPAD n°5… si besoin.*

* + 1. SYNTHÈSE

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’établissements impliqués dans le dispositif |  |
| Nombre de places d’hébergement permanent et temporaire installées |  |
| Nombre de conventions et/ou de lettre d’intention établies entre le porteur et les partenaires [[1]](#footnote-1) |  |
| Nombre de médecin-coordonnateur et/ou attaché (Nombre + ETP) |  |
| GMP moyen |  |
| PMP moyen |  |

Mode de calcul :

GMP moyen = (GMP1 x capacité HP1) + (GMP2 x capacité HP2) + (GMP3 x capacité HP3)…

 Σ capacité HP

PMP moyen = (PMP1 x capacité HP1) + (PMP2 x capacité HP2) + (PMP3 x capacité HP3)…

 Σ capacité HP

* + 1. PRESTATAIRES

***Remarque :*** *remplir cette partie que si des prestations IDE de nuit sont confiées à des structures extérieures aux EHPAD et aux SSIAD. Si des IDE de prestataires sont mobilisés, une convention spécifique entre le porteur et le prestataire devra être établie. Elle précisera le mode de financement du prestataire (ex : rémunération forfaitaire ou rémunération différenciée de l’astreinte et de l’acte de l’IDE) et que ce financement sera du ressort exclusif du porteur pour tous les EHPAD inclus dans le dispositif.*

Prestataire(s) rattaché(s) à un établissement de santé :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | N°1 | N°2 | N°3 |
| Type de structure |  |  |  |
| Raison sociale |  |  |  |
| FINESS géographique |  |  |  |
| FINESS juridique |  |  |  |
| Commune |  |  |  |
| Service de rattachement  |  |  |  |
| Nom du responsable de service  |  |  |  |
| Convention / Lettre d’intention |  |  |  |

Groupement d’infirmiers libéraux :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | N°1 | N°2 | N°3 |
| Nom du cabinet  |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Commune |  |  |  |
| Modalité d’exercice (SCP, SCM…) |  |  |  |

Autres types de prestataire :

*Précisez*

# INTÉGRATION DU DISPOSITIF DANS SON TERRITOIRE

Le dispositif IDE de nuit requiert une réflexion territoriale qui repose sur la triple contrainte de :

* Respecter un périmètre géographique compatible avec des interventions pour des situations « d’urgence non vitales » : sauf cas particulier à expliciter, temps de trajet maximal de 30-40 minutes entre tous les établissements du dispositif ;
* S’assurer que, sur le territoire considéré, des EHPAD ne se retrouveront pas isolés et dans l’incapacité d’intégrer un futur dispositif IDE de nuit ;
* Du modèle économique détaillé dans le cahier des charges (astreinte, gardes avec urgences relatives, gardes avec urgences relatives et gestes programmés).
	1. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE COUVERT

PAR LE DISPOSITIF[[2]](#footnote-2)

* Département :
* Type de territoire :
* Périmètre géographique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom des communes | Distance entre ces communes (en minutes)  |
| 1. Commune la plus à l’Est
2. Commune la plus à l’Ouest
 | 1)2) |  |
| 1. Commune la plus au Nord
2. Commune la plus au Sud
 | 1)2) |  |

Si des EHPAD ne sont pas inclus dans le dispositif proposé à la candidature dans un périmètre géographique de 30-40 minutes et que les seuils cibles ne sont pas atteints, précisez :

* Le nombre d’EHPAD non inclus :
* Pourquoi :
	1. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET LE SERVICE DES URGENCES

SUR CE TERRITOIRE

* Localisation du service des urgences le plus proche :
* Commune :
* Nom de l’hôpital :
* Nombre d’établissements du dispositif dont la distance / urgences est > 30 minutes :
* Fonctionnement de la Permanence des Soins Ambulatoires sur ce territoire (horaire semaine et WE, visites, point fixe de consultation, transport, effectivité lors de la nuit profonde…) :

# MISSIONS DÉVOLUES AUX IDE DE NUIT

Veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les missions dévolues aux IDE de nuit en distinguant les réponses apportées au porteur et à l’ensemble des partenaires.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PORTEUR | PARTENAIRES |
| Réponse aux sollicitations (ex : appels téléphoniques) | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| Conseil / avis sans déplacement | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| Interventions in situ (déplacement) :* Pour des situations d’urgences non vitales
* Pour soulager les douleurs de fin de vie
* Pour des actes programmés
 | [ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non |

Certains partenaires ne peuvent pas bénéficier de certaines interventions : [ ] Oui [ ] Non

*Expliquez :*

Si le périmètre d’intervention des IDE de nuit inclut des gestes programmés, expliquez s’ils sont circonscrits :

* à des actes particuliers : [ ] Oui [ ] Non
* à des établissements spécifiques et/ou dans le temps : [ ] Oui [ ] Non

*Si oui, précisez lesquels et/ou quelle temporalité :*

Une fiche de poste IDE de nuit a été formalisée : [ ] Oui [ ] Non

Un cahier des charges a été formalisé : [ ] Oui [ ] Non

Une/des procédure(s) a/ont été formalisées[[3]](#footnote-3) : [ ] Oui [ ] Non

# MODALITÉS ORGANISATIONNELLE

* 1. FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 365 JOURS/AN

Le dispositif proposé a t’il été conçu pour être fonctionnel 365 jours/an, sauf cas de force majeure (ex : intempérie empêchant les déplacements) et absence pour maladie ou formation permanente ?

[ ] Oui [ ] Non

Si le dispositif n’a pas été conçu pour être fonctionnel 365 jours/an :

*Expliquez les jours et les motifs :*

* 1. **RÉGIME DE TRAVAIL DES IDE DE NUIT**

Régime de travail souhaité des IDE de nuit : [ ]  Astreinte

[ ]  Garde avec urgences relatives

[ ]  Garde avec urgences relatives et gestes programmés

Possibilité de mise en œuvre de la télémédecine :

[ ] Oui [ ] Non [ ] En projet

Expliquez :

# **DANS LE CADRE D’UNE ASTREINTE DE NUIT**

* Nombre d’IDE souhaité :
* Démarche d’information / sollicitation des IDE initiée : [ ] Oui [ ] Non

Si oui :

* Nombre total d’IDE volontaires :
* Dont IDE provenant du porteur :
* Dont IDE provenant des partenaires :
* Dont IDE provenant des prestataires :
* Statut des IDE :
* Formation de l’IDE ou des IDE (diplômé(s) ou expérimenté(s) en gérontologie et ayant suivi la formation du Centre d’Enseignement des Soins d’Urgence (CESU) sur la régularisation :

[ ] Oui [ ] Non

*Expliquez :*

* Horaires de travail semaine :
* Horaires de travails week-end :
* Horaires de travail jours fériés (si différents de semaine ou week-end) :
	+ 1. **DANS LE CADRE D’UN DISPOSITIF DE GARDE**
* Nombre total d’IDE de nuit souhaité :
* Dont ETP des IDE du porteur :
* Dont ETP des IDE des partenaires :
* Dont ETP des IDE des prestataires :
* Statut des IDE :
* Formation de l’IDE ou des IDE (diplômé(s) ou expérimenté(s) en gérontologie et ayant suivi la formation du Centre d’Enseignement des Soins d’Urgence (CESU) sur la régularisation :

[ ] Oui [ ] Non

*Expliquez :*

* Capacité estimée de recrutement des IDE :
* Lieux où seront postés les IDE :
* Si rotation, fréquence des rotations :
* Horaires de travail semaine :
* Horaires de travail week-end :
* Horaires de travail jours fériés :
* Commentaires libres pour les dispositifs de garde :
	1. **MOYENS DÉDIÉS AU DISPOSITIF IDE DE NUIT**

Détaillez les moyens mis en œuvre des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (ex : mise à disposition d’un véhicule ou véhicule personne, d’un téléphone portable, d’un accès informatique aux dossiers patients au sein des établissements partenaires [voire à partir du domicile], aux différents locaux et notamment à la pharmacie des établissements et au matériel infirmier…)

# PROCESSUS À METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE RÔLE DES IDE DE NUIT

* 1. PROCÉDURES HARMONISÉES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES

# **GUIDER L’IDE DE NUIT DANS SA GESTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ IMPRÉVUS ET LES ÉQUIPES EN POSTE DE NUIT EN DÉFINISSANT LES MOTIFS DE RECOURS À L’IDE**

*Décrivez ci-après les procédures visant à guider l’IDE de nuit et/ou les équipes en poste de nuit dans les établissements, les protocoles d’urgence, les partenariats existants ou sollicités ainsi que l’implication du SAMU-Centre 15, des services des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires et de la filière gériatrique dans ces procédures*

# **CONNAISSANCES DES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES**

*Décrivez-ci après les modalités retenues ou envisagées pour que les IDE de nuit connaissent préalablement les établissements partenaires, le système d’information, les résidents, l’organisation de la pharmacie, l’accès aux DLU tenus à jour et validé médicalement…*

*Précisez la fréquence de passage dans chaque établissement partenaire.*

* 1. **RECONNAISSANCE DU RÔLE DE L’IDE DE NUIT AUPRÈS DES SERVICES HOSPITALIERS ET LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES**

*Mentionnez ci-après le mode opératoire retenu ou mis en œuvre pour que le dispositif IDE de nuit (établissements impliqués, missions dévolues, mode de recours) soit connu et reconnu auprès du SAMU-Centre 15, du service des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires (gestion et orientation des résidents dans le cas de problème de santé nocturnes) et de la filière gériatrique (retour d’hospitalisation).*

* 1. **MISE EN PLACE DE PROTOCOLES ET INCITATION DES PRATICIENS LIBÉRAUX À RÉDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES**

*Indiquez ci-après les protocoles élaborés, le mode opératoire retenu/mis en œuvre pour que les médecins libéraux intervenant dans les EHPAD partenaires soient incités à rédiger des prescriptions anticipées.*

* 1. **COORDINATIONS ENTRE LES ÉQUIPES MÉDICALES DE JOUR ET L’IDE DE NUIT (CAS DES GARDES)**

*Si un mode de coordination entre les équipes médicales de jour des différents établissements et l’IDE de nuit a été établi ou en cours, décrivez succinctement ci-après la procédure[[4]](#footnote-4) et précisez les partenaires impliqués dans son élaboration.*

# BUDGET ET CALENDRIER PRÉVISIONNELS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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****(à préciser)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières****(à préciser)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles****(à préciser)** |  | **76 - Produits financiers****(à préciser)** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels****(à préciser)** |  |
| **68- Dotation aux amortissements****(à préciser)** |  | **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**  |

* 1. **MODE DE CALCULS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LE BUDGET PRÉVISIONNEL**

Précisez ci-après pour chaque poste budgétaire le mode de calcul utilisé, notamment pour ce qui concerne :

* *Les frais liés aux IDE de nuit (rémunération + charges) selon leur régime de travail (ex : convention collective, l’échelon/l’indice majorée IDE souhaitée, indemnisation ou non des temps d’astreintes, des temps d’interventions [nombre d’interventions théoriques X temps moyen d’une intervention]…)*
* *Les frais liés à la coordination et/ou l’organisation du dispositif (ex : temps dédié du cadre de santé, d’un temps administratif)*
* *Les coûts associés aux déplacements (kilométrage prévisionnel [nombre de déplacements théorique X km moyen], carburant, entretion/réparation, assurance, éventuelle location de véhicule (à déterminer au prorata de l’utilisation du véhicule entre période diurne et nocturne))*
* *Les charges diverses telles que téléphone (location téléphone + forfait), fournitures de bureau, informatique…*
	1. **MODÈLE ÉCONOMIQUE**
* Précisez le coût annuel à la place du dispositif (x):

Mode de calcul : x = financement annuel demandé (€)

 Nbre de places HP + HT couverts par le dispositif

* 1. **LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLES ET UN CALENDRIER**

**PRÉVISIONNEL**

*Décrire les différents jalons du projet*

# 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 du projet dans le tissu national et/ou local.

* Un budget prévisionnel ;
* Un relevé d’identité bancaire ;
* Les statuts signés et datés (pour les établissements sous statuts associatifs) ;

Si existence des documents :

* Conventions / lettres d’intention établies entre le porteur et les EHPAD partenaires ;
* Carte du territoire positionnant les différents établissements inclus et non inclus dans le dispositif ;
* Fiche de poste, le cahier des charges et la/les procédure(s) mettant en lumière le rôle, les missions / interventions de l’IDE de nuit ;
* Procédure de coordination entre les équipes médicales de jour et l’IDE de nuit.

# ATTESTATION SUR L’HONNEUR

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou non) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), *(Prénom Nom)* ………………………………………………………………………………………………………..

Représentant(e) légal(e) de la structure …………………………………………………………………………………………… :

* S’engage à mettre en œuvre le projet conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
* S’engage à répondre à l’évaluation, et à ses demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l’impact de l’action ;
* Demande une subvention de : ………… €

Fait le : ……………………………………………………………

À : …………………………………………………………………..

Signature :

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

1. Les conventions / lettres d’intention sont à annexer au dossier de candidature. [↑](#footnote-ref-1)
2. Une carte du territoire positionnant les différents établissements inclus et non inclus dans le dispositif peut être fournie afin d’illustrer la réflexion territoriale conduite [↑](#footnote-ref-2)
3. Si oui, la fiche de poste, le cahier des charges et la/les procédure(s) sont à annexer au dossier de candidature [↑](#footnote-ref-3)
4. Si une procédure existe, l’annexer au dossier de candidature [↑](#footnote-ref-4)