****

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

EQUIPE MOBILE D’HYGIENE (EMH) en EHPAD

**Ce dossier est à remplir pour toute demande d’extension d’une EMH existante ou de création d’une nouvelle EMH.**

**Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Objet de la demande :**

🞏 Demande d’extension d’une EMH existante

Date de la création de l’EMH : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

🞏 Demande de création d’une EMH

1. **Présentation de l’établissement support**

|  |
| --- |
| **EHPAD porteur de l’EMH** |
| **Département EHPAD porteur** |  |
| **Nom et adresse de l’EHPAD porteur**  |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom, prénom et****adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **ETP personnel et nombre de lits de l’EHPAD porteur** |  |
| **Nom, prénom, fonction et coordonnées (mail et tel) de la personne chargée du dossier** |  |
| **Nom et adresse l’ES de rattachement de l’EHPAD support** |  |
| **Activité de l’ES de rattachement de l’EHPAD (MCO, …)** |  |
| **Nombre de lits de l’ES de rattachement de l’EHPAD** |  |
| **Intervention de l’EOH dans l’EHPAD porteur** |  |

1. **Présentation de l’EMH**
* Effectifs :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégories de personnel dans l’EOH | Identité si déjà recruté(Nom, prénom) | Fonction (PH : pharmacien/Médecin, Ide : cadre/non cadre)  | ETP total (ETP EMH à 0,2 + ETP existant) | Titulaire d’un diplôme en Hygiène hospitalière | Date de recrutement ou envisagé |
| Praticien hygiéniste |  |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |  |  |
| Autre personnel permanent, précisez : |  |  |  |  |  |

1. **Présentation de l’EOH de l’ES de rattachement de l’EHPAD porteur**
* Effectifs :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégories de personnel dans l’EOH | Identité(Nom, prénom) | Nombre d’ETP intervenant dans l'établissement de rattachement de l’EHPAD porteur | Nombre d’ETP intervenant dans l’EHPAD porteur si intervention | Nombre d’ETP ayant un diplôme en Hygiène hospitalière |
| Médecin |  |  |  |  |
| Pharmacien |  |  |  |  |
| Cadre infirmier |  |  |  |  |
| Infirmier non cadre |  |  |  |  |
| Technicien en hygiène |  |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |  |
| Autre personnel permanent, précisez : |  |  |  |  |

* Activité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lien EMH - EOH** | OUI | NON |
| Organisation de réunions entre EMH et EOH |  |  |
| Mutualisation PH  |  |  |
| Mutualisation IDE |  |  |
| Mutualisation des procédures  |  |  |
| Mutualisation des locaux  |  |  |

1. **Le projet**

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.

Décliner les actions mises en place pour les établissements supports ayant reçu un avis favorable lors d’un précédent appel à candidature.

Préciser les ressources du territoire (nombre d’EHPAD, EHPAD bénéficiaires d’appui en hygiène, etc) et les manques perçus à ce stade. Le diagnostic sera complété dans un second temps lors de la mise en œuvre de l’EMH.

1. **Présentation des établissements partenaires engagés avec le porteur de projet**
	1. **Structures ayant déjà conventionné avec l’EMH**

Les EHPAD bénéficiaires doivent avoir signé une convention (cf. modèle en annexe de la convention cadre).

***Merci de ne pas modifier la présentation du tableau***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom EHPAD** | **Finess géo.** | **Ville** | **Département** | **Nom du gestionnaire** | **Statut juridique** | **Capacité totale autorisée** | **Capacité totale installée** | **Médecin** **coordonnateur** | **IDEC hygiéniste diplômé(e)** | **Référent hygiène identifié dans l’EHPAD****O/N** | **Convention de partenariat** |
| **O/N** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **O/N** | **Date** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Structures envisageant de conventionner avec l’EMH**

Les EHPAD souhaitant rejoindre le dispositif doivent fournir un engagement par écrit (lettre d’engagement du représentant légal). Une convention sera rédigée par la suite.

***Merci de ne pas modifier la présentation du tableau.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom EHPAD** | **Finess géo.** | **Ville** | **Département** | **Nom du gestionnaire** | **Statut juridique** | **Capacité totale autorisée** | **Capacité totale installée** | **Médecin****coordonnateur** | **IDEC hygiéniste diplômé(e)** | **Référent hygiène identifié dans l’EHPAD****O/N** | **Convention de partenariat** |
| **O/N** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **O/N** | **Date** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*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 ou actions déjà conduites avec d’autres EHPAD non inscrits dans le projet le cas échéant (cf. modèle de contrat d’intervention ponctuel dans la note de cadrage).

* 1. **Conditions de mise en œuvre**
		1. **Projet de service de l’EMH**

Décrire le projet de service incluant les modalités d’organisation et de fonctionnement, dont modalités d’accompagnement envisagées, d’intervention de l’IDE hygiéniste et du praticien hygiéniste (bureaux, ordinateur, téléphone, véhicule, ressources pour les formations),  les acteurs partenaires (Cpias, EMA,…), etc. Préciser si l’EMH souhaite intervenir au sein de l’EHPAD porteur (demande dérogatoire, maximum pouvant être autorisé = 20 % des lits de l’EHPAD porteur)

* + 1. **Plan de communication prévu**

Actions envisagées vers les EHPAD, les établissements de santé du territoire, les libéraux en lien avec les EHPAD, le CPias, les EMA…

ANNEXES

* **Calendrier de mise en œuvre**
* **Lettres d’engagement des EHPAD adhérant au projet (cf. lettre type)**
* **Conventions existantes (cf. Convention type)**
* **Diplômes des praticiens et infirmiers de l’EMH**
* **Budget prévisionnel (cf. Modèle type)**
* **IBAN (RIB)**