****



**DOSSIER DE CANDIDATURE**

EQUIPE MOBILE D’HYGIENE en EHPAD

Nom de l’établissement porteur :

**PREAMBULE**

L’Agence Régionale de Santé des Hauts de France souhaite mettre en place un dispositif territorial d’équipes mobiles d’hygiène (EMH) en EHPAD afin de soutenir les équipes soignantes, notamment les médecins[[1]](#footnote-1) et infirmiers coordonnateurs dans leurs missions de prévention et de prise en charge des pathologies infectieuses.

En effet, le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes, précise que l’alinéa 15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l’établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d’urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d’antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.*

*Il peut intervenir pour tout acte, incluant l’acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n’est pas en mesure d’assurer une consultation par intervention dans l’établissement, conseil téléphonique ou téléprescription.*

*Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.»*

Les enjeux de l’EMH sont de :

soutenir et accompagner le personnel soignant des EHPAD dans la mise en œuvre d’une démarche globale de prévention et de maitrise du risque infectieux associé aux soins dans le cadre du projet d’établissement ;

* aider à la rédaction des DARI et à la gestion d’épisodes infectieux ;
* contribuer au développement de la prévention individuelle et collective en aidant les professionnels à se former, à mener des actions, à organiser la surveillance et à anticiper les risques infectieux individuels des résidents.

En cohérence avec le PRS 2018-2028 des Hauts de France, le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)[[2]](#footnote-2) et les recommandations de l’ANESM[[3]](#footnote-3), les risques prioritaires ciblés dans un objectif de réduction des risques infectieux sont :

* la vaccination des résidents et du personnel, notamment contre la grippe,
* le bon usage des antibiotiques,
* la lutte contre les BMR et les BHRe,
* la détection, la prévention et la prise en charge des épidémies d’IRA, de GEA, de gale et d’infection à clostridium difficile.

Cette équipe a pour vocation de mettre à disposition des différents EHPAD, sur un territoire donné, un temps d’IDE hygiéniste émanant d’une équipe opérationnelle d’hygiène hospitalière.

**RAPPEL DE LA PROCEDURE**

Les projets d’équipes mobiles d’hygiène seront déployés selon des territoires fixés par l’ARS en annexe au présent appel à candidature.

Les établissements supports ayant reçu un avis favorable lors du premier appel à candidature peuvent de nouveau postuler pour une demande d’extension, ainsi que ceux ayant reçu un avis défavorable en prenant en compte les motifs de refus.

Les dossiers de candidature seront adressés :

* par courrier, en 2 exemplaires papiers, en recommandé avec accusé de réception, à l’adresse suivante :

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

Direction Sécurité Sanitaire et Santé Environnementale

Service de veille sanitaire/ Projet EMH en EHPAD

556 avenue Willy Brandt - 59777 EURALILLE

# &

* et par mail, à l’adresse suivante : ars-hdf-veillesanitaire@ars.sante.fr

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement support : présentation du porteur** | |
| **Titulaire de l’autorisation** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom et**  **adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Nom, prénom, fonction et coordonnées (mail et tel) de la personne chargée du dossier** |  |

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

Renseigner le nombre de lits d’hospitalisation de MCO, réanimation, USLD, SSR, psychiatrie, urgences, HAD et hémodialyse ci-dessous (joindre la fiche de recensement DREES), l’activité en général, le type de services MCO, la dynamique partenariale avec le secteur gériatrique.

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

**1.2 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. |  |  |

**1.3 Présentation de l’EOH**

* Bureaux, logistique : *préciser brièvement la configuration des locaux de l’EOH et les matériels à disposition*
* 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. Le projet

Décrire le projet, le territoire d'intervention pressenti (en s'appuyant sur le découpage territorial du tableau en annexe de l’appel à candidature), 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 du premier appel à candidature.

Préciser les ressources du territoire (EHPAD, équipes mobiles d’hygiène existantes en EHPAD financées ou pas, 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 par écrit\* avec le porteur de projet

\* *L’adhésion des EHPAD, du territoire défini, au projet doit être attestée (produire une lettre d’engagement du représentant légal de chaque EHPAD pour une durée de 4 ans minimum).* ***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**  **cordonnateur** | | **IDE hygiéniste diplômé(e)** | | **Convention de partenariat** | |
| **O/N\*** | **ETP** | **O/N** | **ETP** | **EOH**  **O/N**  **(Si oui, nom de l’ES)** | **Autre**  **en clair** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*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.

***Apporter toute précision nécessaire sur les EHPAD partenaires :***

1. Conditions de mise en œuvre

**4.1 Projet de service de l’équipe mobile d’hygiène**

Décrire le projet de service incluant les modalités d’organisation et de fonctionnement, dont modalités d’accompagnement envisagées et de pérennisation du dispositif, de mise à disposition de l’IDE hygiéniste (bureaux, ordinateur, téléphone, véhicule, ressources pour les formations),  les acteurs partenaires, etc. (cf. chapitre VI.1 de l’appel à candidature et chapitre 4 du cahier des charges sur les missions des EMH).

***Apporter toute précision nécessaire sur les EHPAD partenaires :***

**4.2 Composition de l’équipe mobile d’hygiène**

Infirmier(e) hygiéniste : ETP et nombre estimés en fonction du nombre d’EHPAD engagés dans le dispositif :

*(Préciser si les professionnels sont mutualisés et le cas échéant, avec quelle autre unité)*

***Apporter toute précision nécessaire sur la composition de l’équipe***

**4.3 Plan de communication prévu**

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

1. Calendrier de mise en œuvre
2. ANNEXES

* **Conventions de partenariat existantes (mentionnées dans le dossier)**
* **Lettres d’engagement des EHPAD adhérant au projet (cf. lettre type)**
* **Diplômes des praticiens et infirmiers de l’EOH**
* **Budget prévisionnel (cf. MODELE TYPE)**
* **IBAN (RIB)**

1. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes [↑](#footnote-ref-1)
2. PROPIAS juin 2015 : [www.sante.gouv.fr/propias](http://www.sante.gouv.fr/propias) [↑](#footnote-ref-2)
3. Les bonnes pratiques de soins en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes - octobre 2007 [↑](#footnote-ref-3)