

**DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE** |  |
| **N° SIRET**  |  |
| **Adresse** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIRECTEUR ou Personne habilitée à représenter la structure** |  |
| **Téléphone secrétariat** |  |
| **e-mail secrétariat** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **REFERENT BUDGETAIRE du projet** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **Programme d’actions** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé de l’action**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Subvention demandée**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs**  | *Objectifs généraux et spécifiques.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description** | *Décrire le contexte général (besoins de santé identifiés, articulation avec l’existant,…) et décrire les études ou les dispositifs qui concluent à l’efficacité de ce type action (études publiées, littérature grise, …)**Description détaillée de la stratégie d’intervention**Description détaillée de la gouvernance/pilotage du projet (incluant les articulations régionales et nationales)**Résultats attendus et impacts visés**Valorisation et perspectives du projet :* *- après sa réalisation : quelle pérennisation/quelles perspectives pour le projet ?* *- en terme de communication (public, médias …)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Calendrier prévisionnel** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu d’intervention** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Territoire géographique d’intervention** | [ ]  Contrat Local de Santé *(précisez)* : [ ]  Ville (s) (*précisez)*: [ ]  Département (s) (*précisez)* : [ ]  Région Occitanie[ ]  Autres (*précisez)*:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Publics cibles** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d’interventions** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de bénéficiaires** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Moyens humains et matériels sur lesquels porte la demande de subvention (détail des ETP, matériel, déplacements, charges indirectes…)** | Moyens humains :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Qualification (diplôme, formation) | Temps consacré à l’action (heures ou équivalent temps plein) | Coût (salaire chargé) | Montant demandé à l’ARS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Est-il envisagé de procéder à un (ou des) recrutement pour la mise en œuvre du projet ? non [ ]  oui [ ]  Si oui, combien (en ETPT) : …. Moyens matériels : Autre :  |

|  |
| --- |
| **NB : Budget Prévisionnel à compléter dans le fichier Excel joint** |

|  |
| --- |
| **Evaluation**  |

La conception d’une action doit comporter dès la demande de subvention un volet évaluation qui doit faire l’objet d’une description précise. Ceci permettra de fournir tous les éléments requis pour le suivi de l’action et pour « l’évaluation finale » des actions.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de processus** | **Valeurs cibles** **Au 31/12/2024** | **Valeurs cibles au 31/12/2025** | **Valeurs cibles au 31/12/2026** | **Outils d’évaluation** |
| Constitution et démarrage de l’EMA-composition équipe selon cahier des charges | **Avant le 31 janvier 2024** |  |  | Transmettre au 31/01/2024 les noms et diplômes de chaque membre de l’équipe |
| Pourcentage d’ES (hors coopération intraGHT) ayant établi une convention avec l’EMA au niveau du territoire couvert  |  | 20% | 30% | Transmettre le nom des structures |
| Pourcentage d’EHPAD (hors coopération intraGHT) ayant établi une convention avec l’EMA au niveau du territoire couvert  | 20% | 50% | 70% | Transmettre le nom des structures |
|  |  |  |  |  |
| **Indicateurs d’activité** | **Valeurs cibles** |  |  | **Outils d’évaluation** |
| Pourcentage d’ES et d’EHPAD du territoire (y compris ceux du GHT) qui ont un référentiel (diagnostic et traitement des infections les plus courantes) | 30% | 50% | 60% |  |
| Nombre de conseils/consultations donnés par an (différencier conseil vers ville, autres ES, EHPAD) | 2 pour 1 000 habitants  | 1 pour 1 000 habitants | 1 pour 2 000 habitants | Traçabilité à effectuer  |
| Nombre de visites d’établissements par an | 15 | 15 | 15 |  |
| Nombre de participations aux commissions de coordination pluri-professionnelles des EMS | 10 | 10 | 10 |  |
| Nombre de participations aux commissions des anti-infectieux, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) des autres ES du territoire | 10 | 10 | 10 |  |
| Formation : nombre de personnels formés par catégories professionnelles (en identifiant particulièrement les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d’EHPAD) | 3% des médecins généralistes et coordonnateurs | 10% des médecins généralistes et coordonnateurs | 15% des médecins généralistes et coordonnateurs |  |
| Formation : nombre de réunions/formations à destination des référents en antibiothérapies et des médecins généralistes | 3 | 5 | 5 | Copie des mails d’invitation aux réunions |
| Formation : nombre de formations à destination des professionnels des établissements médico-sociaux par catégories socio-professionnelles | 3 | 5 | 5 |  |
| Nombre d’audits réalisés par l’EMA | 2 | 2 | 2 |  |
| Auto-évaluation des pratiques des professionnels dans les ES suivis par l’EMA | +30% par rapport à 2022 | +50% par rapport à 2022 | +70% par rapport à 2022 |  |
| **Indicateurs de résultats** | **Valeurs cibles** |  |  | **Outils d’évaluation** |
| Consommation globale d’antibiotique en DDJ dans le territoire couvert par l’EHPAD | -3% par rapport à 2022 | -4% par rapport à 2022 | -5% par rapport à 2022 |  |
| Consommation d’antibiotiques en ES en DDJ pour 1000 journées d’hospitalisation | -2% par rapport à 2022 | -3% par rapport à 2022 | -5% par rapport à 2022 |  |
| Consommation d’antibiotiques en ville en DDJ/1000 habitants par jour | -3% | -4%par rapport à 2022 | -5%par rapport à 2022 |  |
|  |  |  |  |  |
| Consommation d’antibiotiques critiques en ville en DDJ/1000 habitants par jour | -3% | -5% par rapport à 2022 | -8% par rapport à 2022 |  |
| Nombre de prescription d’antibiotiques J01 en EHPAD pour 100 résidents-jours | < 0,4 | < 0,35 | < 0,3 |  |
| Nombre de DDJ d’antibiotiques en EHPAD pour 100 résidents-jours | < 5 | < 4,3 | < 3,5 |  |
| Evolution du taux de recours aux tests rapides de diagnostics | +30% par rapport à 2022 | +50% par rapport à 2022 | +70% par rapport à 2022 |  |
| Pourcentage d’antibiothérapie de durée>7 jours en ville | ˂25% | ˂20% | ˂10% |  |
| Pourcentage d’ordonnances de sortie d’hospitalisation contenant au moins 1 antibiotique | X% | (X-5)% = Y% | (Y-5)% |  |

|  |
| --- |
| **Attestation**  |

*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'établissement auprès duquel vous déposez cette demande.*

Je soussigné(e), (nom et prénom)......................................................................…………………...........

représentant(e) légal(e) de la structure ……………………………………….........

Déclare

- que la structure est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent dossier ;

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 20..

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 20..

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 20..

- Demander une subvention de : …………………… € au titre de l'année 20..

- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de la structure (joindre un RIB)

*Si le signataire n'est pas le représentant statutaire ou légal, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures - celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter) lui permettant d'engager celle-ci.*

Fait, le ............................................ à .......................................................................................................

Signature

|  |
| --- |
|   |