



**DOSSIER DE CANDIDATURE 2019**

**Présence IDE de nuit en EHPAD**

**Remarques préalables :**

Le présent dossier de candidature **doit impérativement être présenté par le porteur du dispositif**, c'est à dire la structure qui recevra le financement. Cette structure, pour des raisons budgétaires **doit appartenir à une catégorie d'établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée (donc EHPAD ou SSIAD)**.

Ce dossier de candidature a été constitué sur la base d'un formulaire électronique. En pratique il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte, des cases à cocher, des listes déroulantes dans lesquelles seront saisies différentes réponses prédéterminées. Il peut être envoyé par tout moyen (page web, courriel, supports divers) et **rempli directement à l'écran** par le destinataire de manière confortable (opérations de Copier-Coller possibles). Cet outil est relativement bien adapté à un travail collaboratif (échanges entre partenaires pour corrections, relecture, etc...). Il permet en outre de créer des documents dont la présentation normalisée est plus aisée à consulter. Enfin ces formulaires peuvent alimenter une base de données.

**Nom du dispositif proposé à la candidature :**

Selon un format "standardisé", veuillez indiquer ci-dessous le nom du dispositif proposé à la candidature en précisant le "régime de travail des IDE (donc Astreinte ou Garde\_)" suivi de la "raison sociale du porteur\_", "sa commune\_" puis le département\_ suivi du texte "IDEdeNUIT\_2019" (ex: astreinte\_EHPAD\_la\_Mémoire\_des\_Ailes\_Le\_Couriat\_81\_IDEdeNUIT\_2019). Ce libellé devra être utilisé pour nommer le dossier de candidature.

Cliquez ici pour indiquer le nom du dispositif

.

**Rappel du calendrier:**

Appel à candidature : *8 juillet 2019*

Délai pour le dépôt des dossiers : *13 septembre 2019 (minuit)*

Instruction des candidatures et décision : *octobre 2019*

Démarrage : *1 février 2020 dernier délai*

**Dossier de candidature à transmettre par voie électronique à :**

*🖰 : ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr*

Pour toute précision et / ou complément d'information, vous pouvez contacter, durant les mois de juillet et septembre, la personne en charge du suivi de ce dossier :

*Martial DANGIN*

*Direction de l'Autonomie*

*Pôle Qualité des Prestations Médico-Sociales*

*🖰 : martial.dangin@ars.sante.fr*

*🕿 : 04.81.10.60.92*

1. **DISPOSITIF EXISTANT OU A METTRE EN PLACE**

**Indiquez si, le dispositif proposé à la candidature correspond à** (*cochez la case*) :

* 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 requiert des adaptations majeures [ ]

**Si le dispositif proposé à la candidature est déjà existant, indiquez :**

|  |  |
| --- | --- |
| Année de mise en place |  |
| Type de financement | *Choisissez dans la liste* |
| Montant annuel (€) |  |
| Date de fin de financement |  |

**Commentaires (saisie libre dans le cadre ci-dessous):**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS DU DISPOSITIF**

Différents types d'établissements sont à distinguer ci-après :

* **Le porteur** : c'est le destinataire unique des financements. Compte tenu des règles budgétaires, il doit impérativement appartenir *à une catégorie d'établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée (donc* ***EHPAD ou SSIAD****) identifié par les acteurs du projet.*

**Les partenaires :** il s'agit des *établissements qui bénéficieront des interventions du personnel IDE de nuit à titre gratuit* quel que soit le mode d'organisation retenu.

* **Le prestataire :** Il s'agit d'une 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…
	1. **Identité / Caractéristiques du porteur**

Indiquez dans la colonne de droite

|  |  |
| --- | --- |
| Type d'établissement (liste déroulante) | Choisissez un élément. |
| n° FINESS ET (à saisir) |  |
| n° FINESS EJ (à saisir) |  |
| Raison sociale (à saisir) |  |
| Adresse postale | Rue (à saisir) |  |
| Code postal (à saisir) |  |
| Commune (à saisir) |  |
| Personne à contacter | Nom, Prénom (saisir) |  |
| Téléphone (à saisir) |  |
| Email (à saisir) |  |
| Capacité (places d'hébergement permanent installées) |  |
| GMP (à saisir) |  |
| PMP et année de validation (à saisir) |   |
| ETP du médecin Co (à saisir) |  |
| Le porteur est-il l'employeur direct de tous les IDE de nuit (cocher la case) ?  | Oui, de tous [ ] Oui, de certains [ ] Non [ ]  |

N° FINESS : A chaque établissement et à chaque entité juridique est attribué un numéro FINESS à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro du département d'implantation : n° FINESS ET : c'est le numéro FINESS de l'établissement (ET) qui correspond à une implantation géographique; n° FINESS EJ : c'est le numéro de l'entité juridique (EJ ) qui correspond à la notion de personne morale (détient des droits -autorisations, agréments, conventions- lui permettant d'exercer ses activités dans des établissements).

**Remarques :** le porteur peut ou non être l'employeur direct des IDE de nuit. S'il fait appel à des IDE d'EHPAD partenaires, (ex: dispositif d'astreinte où des IDE des EHPAD partenaires participent) ou à des IDE d'un prestataire (ex : IDE d'un service de CH ou groupement d'IDE libéraux),il n'est pas l'employeur direct de l'ensemble des IDE. Dans ces cas,une convention devra être établie entre le porteur et chacun des employeurs (partenaires et/ou prestataires) et être annexée à la candidature. 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).

**Pour les dispositifs de garde au service des urgences** veuillez impérativement fournir en annexe un document attestant que les missions de ces IDE sont exclusivement dédiées aux personnes âgées et prioritairement aux résidents d'EHPAD (interventions dans les EHPAD, puis auprès des résidents d'EHPAD aux urgences) puis aux personnes de 75 ans et plus de la filière urgence.

* 1. **Partenaires EHPAD et EHPA perc. crédits A.M** (Double cliquez dans le tableau et une fois celui-ci activé, remplissez les différents champs)

****

* 1. **Etablissements partenaires "autres" qu'EHPAD et EHPA crédit A.M**

Si des établissements autres que des EHPAD et des EHPA percevant des crédits de l'Assurance Maladie (EHPAD crédit A.M.), sont intégrés au dispositif proposé à la candidature, veuillez préciser dans le tableau ci-dessous le type de structure, leur FINESS, leur dénomination, leur commune et le nombre de places d'Hébergement Permanent installées.

Comme précédemment double cliquez dans le tableau et une fois celui-ci activé, remplissez les différents champs

****

* 1. **Synthèse**

Indiquez dans le tableau ci-dessous (en prenant en compte tous les partenaires et le porteur) : le nombre d'établissements (Nb ET) impliqués dans le dispositif, le nombre de places d'hébergement permanent installées (capacité HP), le nombre de conventions et/ou de lettre d'intentions établies entre le porteur et les partenaires (Nb convent° / intent°), le nombre de médecin-coordinateur et/ou attaché (Nb med-Co), GMP moyen et le PMP moyen.

Mode de calcul de :

$$GMP moyen=\frac{\left(GMP1×Capacité HP1\right)+(\left(GMP2×Capacité HP2\right)+\left(GMP3×Capacité HP3\right)…}{∑capacité HP}…, $$

$$PMP moyen=\frac{\left(PMP1×Capacité HP1\right)+(\left(PMP2×Capacité HP2\right)+\left(PMP3×Capacité HP3\right)…}{∑capacité HP}…, $$

****

**Rappel :** descalibrages "cibles" basés sur les retours d'expériences sont fournis dans le cahier des charges (voir détails en page 9 du cahier des charges) et rappelés ci-dessous:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Employeur IDE | Régime de travail | Type d'intervention | Nombre places HP EHPAD |
| EHPAD | Astreinte | Urgences\*\* | 300-500 |
| EHPAD | Garde | Programmées\*\*\* et Urgences | 800 |
| SU\* | Garde | Urgences | 2 000 |

Calibrage cible des types d'interventions et du nombre de places d'hébergement permanent (HP) d'EHPAD de 3 dispositifs. SU\*: Service des Urgences ; Urgences\*\*: intervention pour situations d'urgences non vitales ; Programmées\*\*\*: interventions programmées.

Ces calibrages cibles ne constituent pas des limites strictes et vous pourrez exposer vos arguments quant à vos choix organisationnels (cf. § 7) après avoir détaillé les besoins des résidents (§ 3), l'intégration du dispositif dans son territoire (§ 4), les missions dévolues aux IDE de nuit (§ 5) et les modalités organisationnelles (§ 6).

* 1. **Structures "Prestataires"**

Remarque : ne remplir la partie "prestataire" 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 et annexée à la candidature. 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.

* + 1. Prestataire(s) rattaché(s) à un établissement de santé

Si un prestataire est rattaché à un établissement de santé (ex: Hôpital au service des Urgence ou HAD), veuillez remplir le tableau ci-dessous :

****

* + 1. Groupement d'infirmiers libéraux

Si la prestation "IDE de nuit" est confiée à un groupement d'infirmiers libéraux, il sera nécessaire de fournir en annexe un document précisant le(s) lieu(x) d'exercice et les numéros ADELI des IDE concernés.

****

* + 1. Autres type de prestataires

Saisie libre

* 1. **Commentaires**

Saisie libre

1. **LES BESOINS DES RESIDENTS**

Un état des lieux pour l'ensemble des établissements du dispositif proposé à la candidature (porteur et partenaires) relatif aux besoins *en soins de nuit* des résidents, aux *difficultés rencontrées et aux motifs de recours aux dispositifs de permanence des soins ambulatoires, au SAMU-Centre15 et aux urgences* est attendu.Cette identification peut être réalisée sur la base des dossiers médicaux des résidents, du suivi des hospitalisations non programmées de jour et de nuit (nombre, motifs, période diurne ou nocturne, durée des hospitalisations), des retours d'hospitalisations, des décès qui ont eu lieu dans et hors de chacun des établissements …. Une réflexion spécifique doit également être menée sur la gestion de la douleur en fin de vie. **Une estimation chiffrée du nombre de sollicitations de l'IDE de nuit / mois pour l'ensemble du dispositif devra être indiquée**.

Saisie libre

1. **INTEGRATION DU DISPOSITIF DANS SON TERRITOIRE**

Le dispositif proposé à la candidature requiert une réflexion territoriale (cf. § 5.2. du cahier des charges) qui repose, notamment, sur la triple contrainte de respecter un périmètre géographique compatible avec des interventions pour des situations "d'urgence non vitales" (soit, sauf cas particulier à expliciter, un temps de trajet maximal de 30-40 minutes entre tous les établissements du dispositif), de s'assurer que, sur le territoire considéré, des EHPAD ne se retrouveront pas isolés et dans l'incapacité d'intégrer un futur dispositif d'IDE de nuit et les calibrages cibles détaillés dans le cahier des charges.

* 1. **Principales caractéristiques du périmètre géographique couvert par le dispositif :**
* Département (liste déroulante) : *Choisissez le département dans la liste*
* Type de territoire : *Choisissez le type de territoire dans la liste*
* Périmètre géographique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom de commune | Distance entre ces communes (en minutes, menu déroulant) |
| Commune la plus à l'Est | *Cliquez ici pour taper du texte.* | *Choisissez un élément.* |
| Commune la plus à l'Ouest | *Cliquez ici pour taper du texte.* |
| Commune la plus au Sud | *Cliquez ici pour taper du texte.* | *Choisissez un élément.* |
| Commune la plus au Nord | *Cliquez ici pour taper du texte.* |

* 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 atteints, précisez :
	+ le nombre d'EHPAD du périmètre non inclus : *Choisissez un élément.*
	+ pourquoi (Saisissez votre texte dans le cadre ci-dessous)

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.

* 1. **La permanence des soins ambulatoires et le service des urgences sur ce territoire :**
* Localisation du service des urgences le plus proche :
	+ Commune :  *saisissez la commune*
	+ Nom de l'Hôpital : *Cliquez ici pour taper le nom de Nom de l'Hôpital*
	+ Nb d'établissements du dispositif dont la distance / urgences est > 30min 
* 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…): Saisissez votre texte dans le cadre ci-dessous
	1. **Commentaires (saisie libre dans le cadre ci-dessous):**

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **MISSSIONS DEVOLUES 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 (cochez les cases). Si certains partenaires ne peuvent bénéficier de certains types d'interventions, veuillez le préciser dans l'encadré ci-dessous.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Porteur |  | Partenaires |
|  | Oui | Non |  | Oui | Non |
| Réponse aux sollicitations (ex: tel) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| Conseil/avis sans déplacement |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| Interventions *in situ* (déplacements) |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| * Pour des situations d'urgences non vitales\*
 |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| * Pour soulager les douleurs de fin de vie
 |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| * Pour des actes programmés
 |[ ] [ ]   |[ ] [ ]

Situations d'urgences non vitales\* : voir définition dans le § 4.1., p6 du cahier des charges.

Si le périmètre d'intervention des IDE de nuit inclut des gestes programmés, veuillez indiquer dans le cadre ci-dessous s'ils sont circonscrits ou non à des actions particulières, à des établissements spécifiques et/ou dans le temps, si oui, précisez lesquels et/ou quelle temporalité. Veuillez également exposer les critères d'exclusion et indiquer si les missions de l'IDE ont été formalisées au sein d'une fiche de poste, d'un cahier des charges ou d'une procédure (si oui, veuillez annexer le document au dossier de candidature).

Saisie libre

1. **MODALITES ORGANISATIONNELLES**
	1. **Fonctionnement du dispositif 365 jours/an**

Le dispositif proposé a-t-il été conçu pour être fonctionnel 365/an, sauf cas de force majeure (ex: intempéries empêchant les déplacements) et absence pour maladie ou formation permanente ? (cochez la case)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fonctionnel 365j/an |
| Oui |[ ]
| Non |[ ]

Si le dispositif n'a pas conçu pour être fonctionnel 365 jours/an, indiquez dans le cadre ci-dessous les jours et les motifs.

* 1. **Régime de travail des IDE de nuit**

Indiquez dans le tableau ci-dessous le régime de travail souhaité des IDE de nuit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| Astreinte |[ ] [ ]
| Garde |[ ] [ ]
| Astreinte et Garde |[ ] [ ]

* + 1. Si le dispositif repose exclusivement sur des Astreintes

|  |  |
| --- | --- |
| Nb IDE de nuit souhaité ? |  |
| Démarche d'information/sollicitation des IDE initiée ? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si Oui, nb total IDE volontaires |  |
|  Dont IDE provenant du porteur |  |
|  Dont IDE des partenaires |  |
|  Dont IDE des prestataires |  |
| Si Non, capacité estimée de mobilisation des IDE (liste déroulante de choix): | Choisissez un élément. |
| Horaires de travail semaine |  |
| Horaires de travail WE (si différents du précédent) |  |
| Horaires de travail jours fériés (si différents de semaine ou WE) |  |

Commentaires libres :

Veuillez taper votre texte ici

* + 1. Si le dispositif repose exclusivement sur des Gardes

|  |  |
| --- | --- |
| Nb total ETP IDE de nuit souhaité ? |  |
|  dont ETP des IDE du porteur |  |
|  dont ETP des IDE des partenaires |  |
|  Dont ETP des IDE des prestataires  |  |
| Capacité estimée de recrutement des IDE (liste déroulante) | Choisissez un élément. |
| Lieux où seront postés les IDE (liste déroulante) | Choisissez un élément. |
|  Si rotation, fréquence de rotation |  |
| Horaires de travail semaine |  |
| Horaires de travail WE (si différents du précédent) |  |
| Horaires de travail jours fériés (si différents du WE) |  |

* *CAS PARTICULIER : La garde au service des urgences* *d'un établissement de santé.*

Le déplacement de l'IDE est-il subordonné à l'avis préalable du médecin régulateur / des urgences : oui [ ]  non [ ]

Commentaires libres pour les dispositifs de garde:

Veuillez taper votre texte ici

* + 1. Si le dispositif repose sur une combinaison d'astreintes et de gardes

Veuillez décrire le mode organisationnel du dispositif IDE proposé à la candidature en précisant le fonctionnement par rapport au régime de travail des IDE, et notamment :

* Le nombre (cas des astreintes) ou les ETP (cas des gardes) d'IDE de nuit souhaité(s) ;
* La provenance des IDE de nuit en distinguant le porteur des partenaires et des prestataires,
* Si les IDE des structures ont été informées et sont volontaires,
* Intervention à partir d'une structure ("toujours" la même) et pouvant se déplacer dans les autres établissements si besoin ou sur la base d'une rotation entre certains ou tous les établissements du dispositif…
* recours ou non à des prestations extérieures (hors EHPAD et SSIAD) d'IDE de nuit (ex: IDE d'un CH)
* basé sur le recrutement spécifique d'IDE de nuit et/ou sur la mobilisation du personnel IDE déjà en place.
* rattachement administratif des IDE : une seule structure, certaines ou toutes les structures du dispositif…
	1. **Moyens dédiés au dispositif IDE de nuit**

Détailler dans la cadre ci-après, les moyens mis à disposition des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (ex : mise à disposition d’un véhicule ou véhicule personnel, 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…).

1. **CHOIX ORGANISATIONNELS – ARGUMENTAIRES**

Si les modalités organisationnelles que vous souhaitez mettre en place / pérenniser ne sont pas en adéquation avec les calibrages cibles, vous pouvez détailler vos arguments dans l'encadré ci-après. Toutefois, il semble nécessaire de rappeler que ces calibrages ont été établis dans le but de pouvoir déployer les dispositifs IDE de nuit auprès du plus grand nombre d'EHPAD et sur la base de retours expérientiels.

1. **PROCESSUS A METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE ROLE DES IDE DE NUIT**
	1. **Procédures harmonisées entre les établissements partenaires**
		1. 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 dans le cadre ci-dessous 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. 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 devront être précisées. Les conventions éventuelles, les protocoles mis en œuvre dans les établissements devront être transmis.

* + 1. Connaissance des établissements partenaires

Décrivez dans le cadre ci-dessous les modalités retenues ou envisagées pour que les IDE de nuit connaissent préalablement les établissements partenaires, le système d'information, les patients, l'organisation de la pharmacie…. 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 dans le cadre ci-dessous le mode opératoire retenu ou mis en œuvre ainsi que le calendrier prévisionnel 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 problèmes 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 dans le cadre ci-dessous, les protocoles élaborés, le mode opératoire retenu ou mis en œuvre ainsi que le calendrier prévisionnel pour les médecins libéraux intervenant dans les établissements 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 dans le cadre ci-dessous la procédure et précisez les partenaires impliqués dans son élaboration. Si ce document est disponible il devra être associé au dossier de candidature.

1. **BUDGET PREVISIONNEL 2020 (année pleine)**

Indiquez le **budget annuel prévisionnel du dispositif proposé à la candidature**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en € (1)** | **Produits** | **Montant en € (1)** | Subvention(s) :Accordée(s) = A Attendue(s) = T |
| **60 Achats** |  | **70 Rémunération des services** |  |   |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |   |
| Achats matières et fournitures |  | Participation des usagers |  |   |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |   |
| **61 Services externes** |  | **74 Subventions** |  |   |
| Locations immobilières et mobilières |   | Etat (à détailler) |  |   |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |   |   |
| Assurance  |   | Région(s) : |   |   |
| Documentation |   | ARS |  |   |
| Autres |   | Département(s) : |   |   |
|  |   | Commune(s) : |   |   |
| **62 Autres services externes** |  | Organismes sociaux : (à détailler) |   |   |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |   |   |
| Publicités et publications |   | ASP (emplois aidés) |   |   |
| Déplacements et missions |   | Autres établissements publics : |   |   |
| Services bancaires, autres |   | Aides privées : |   |   |
|   |   | Autres (à préciser) |   |   |
| **63 Impôts et taxes** |  | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |   |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Cotisations des adhérents |   |   |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |   |   |
| **64 Frais du personnel (2)** |  |   |   |   |
| Rémunération des personnels |  | **76 Produits financiers** | 0 |   |
| Charges sociales |  | (Préciser) |   |   |
| Autres charges de personnel |   |   |   |   |
| **65 Autres charges de gestion** |  | **77 Produits exceptionnels** | 0 |   |
| (Préciser) |  | (Préciser) |   |   |
| **66 Charges financières** |  |   |   |   |
| (Préciser) |  |   |   |   |
| **67 Charges exceptionnelles** |  | **78 Reprises** | 0 |   |
| (Préciser) |  | Reprise sur amortissement |   |   |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** |  | Reprise sur provision |   |   |
| (Préciser) |   |   |   |   |
| CHARGES INDIRECTES |   |   |   |
| **Charges fixes de fonctionnement** |   |   |   |   |
| **Frais financiers** |   |   |   |   |
| **Autres** |   |   |   |   |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |   |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (3)** |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |   |
| Secours en nature |   | Bénévolat |  |   |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |   | Prestations en nature |  |   |
| Personnel bénévole |   | Dons en nature |  |   |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |   |

* 1. **Mode de calculs utilisés pour établir le budget prévisionnel**

Veuillez préciser dans l'encadré ci-dessous, 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 : la convention collective, l'échelon/indice majorée IDE souhaitée, indemnisation ou non des temps d'astreintes, des temps d'interventions [nombre d'interventions théorique x temps moyen d'une intervention]…) ;
* les frais liés à la coordination et/ou à 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, entretien/réparation, assurance, éventuelle location 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**

Veuillez indiquer le coût annuel à la place du dispositif : 

Mode de calcul : $x=\frac{financement annuel demandé (€)}{nb de places HP couverts par le dispositif}$

Rappel des modèles économiques "cibles" (cf. p14-15 du cahier des charges)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Employeur IDE | Régime de travail | Type d'intervention | Coût annuel à la place d'HP |
| EHPAD | Astreinte | Urgences\*\*\* | 80-120 €/HP.an |
| EHPAD | Garde | Programmées\*\*\*\* et Urgences | 150-220 €/HP.an |
| SU\* | Garde | Urgences | 80-120 €/HP.an |
| HAD\*\* | Garde | Programmées et Urgences | 150-220 €/HP.an |

SU\* = Service des Urgences ; HAD\*\* = Hospitalisation à Domicile ; Urgences\*\*\* = intervention pour situations d'urgences non vitales ; Programmées\*\*\*\* = interventions programmées.

1. **COMMENTAIRES LIBRES**

Veuillez taper votre texte ici