



Retrouvez toutes les informations utiles et tous les documents d'Handident en téléchargement sur le site internet d'Handident Franche-Comté : www.handident-franche-comte.fr

Toutes vos demandes ou vos courriers doivent être adressés à Handident Franche-Comté dont :

- L'adresse postale est : Handident Franche-Comté – Maison Dentaire -16 rue Ambroise Paré - 25000 Besançon
- L'adresse mail est : handidentdoubs@orange.fr
- Le n° de téléphone est 03.81.80.56.76 – service ouvert de 8h30 à 12h30 du lundi au vendredi

Pour programmer les dépistages dans l'établissement, appeler le service de coordination le matin au 03.81.80.56.76 ou mail : handidentdoubs@orange.fr.

Pour des soins dentaires sous MEOPA, appeler le :

- Si votre établissement est situé dans l'Aire Urbaine : 03.84.98.25.30 hôpital HNFC-Trévenans -
- Si votre établissement est situé dans le Doubs :
 - Soit le 03.81.66.82.34 Service d'Odontologie hospitalière CHRU de Besançon
 - Soit le 03.81.60.58.00 (CHS Novillars) soit le 03.81.38.54.54 (centre hospitalier de Pontarlier)
- Si votre établissement est situé en Haute Saône 03.84.96.60.60 GH 70 à Vesoul

Pour des soins dentaires sous anesthésie générale, appeler

Pour l'Aire Urbaine : 03.84.98.25.30 (HNFC Trévenans)

Pour le Doubs : 03.81.66.81.66 (centre hospitalier régional de Besançon)

Pour la Haute Saône : 03.84.96.60.60 (GH 70 à Vesoul)

CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre un établissement médico-social et l'association Handident Franche-Comté

Entre l'Établissement dénommé

dont l'adresse Postale est :

Dont l'adresse mail est :

Et l'Association Handident Franche-Comté

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : engagements mutuels

Compte tenu des besoins à satisfaire en santé bucco-dentaire au sein de l'établissement précité, Association Handident FC et l'établissement ont décidé de renforcer leur collaboration dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes accueillies par l'établissement.

La coopération entre l'établissement et l'association entrera en vigueur après réception de la convention signée et du règlement de la cotisation (voir article 9), (si chèque, à libeller à l'ordre Handident Franche-Comté).

Article 2 : engagements du réseau Handident FC

Le réseau Handident FC, selon un calendrier défini d'un commun accord, s'engage auprès de l'établissement :

1-à réaliser (ou faire réaliser)

Un dépistage annuel de l'ensemble des résidents, à la demande de l'établissement.

2-à former les personnels désignés par l'établissement à la prévention des risques buccodentaires et à l'éducation à la santé afin que chaque personne accueillie puisse bénéficier quotidiennement de soins d'hygiène bucco-dentaire.

- A noter qu'un établissement, compte tenu du nombre de personnes à former, puisse souhaiter que cette formation se déroule chez lui. Dans ce cas, s'adresser au service de coordination qui adoptera la conduite qui s'impose.

Article 3 : engagements de l'établissement

1 – les actions de dépistage

- L'établissement s'engage à accueillir le chirurgien-dentiste de Handident FC selon les dispositions adoptées d'un commun accord. Il mettra à la disposition de celui-ci durant le dépistage, si la demande en est formulée, un personnel (infirmier, aide-soignant ou autre) susceptible de l'assister durant le dépistage. L'établissement fera son possible pour que le dépistage bucco-dentaire porte sur 8 à 10 personnes par demi-journée.
- Si le patient a besoin de soins, le chirurgien-dentiste chargé du dépistage l'orientera vers le niveau de soins approprié (la filière de soins comporte 4 niveaux de soins).
- Après le dépistage une fiche intitulée « liste des personnes examinées » sera complétée et signée par le chirurgien-dentiste chargé du dépistage et par le responsable de l'établissement puis transmise par le praticien à Handident Franche Comté (modèle joint en annexe 2).
- Lors du dépistage, il sera remis au praticien dépisteur, le consentement éclairé rempli (mineurs).

2 – Continuité des soins : Pour garantir une meilleure santé bucco-dentaire, la continuité des soins doit impérativement être assurée et donc les prescriptions faites lors du dépistage doivent être suivies.

3 – Les actions de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire :

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire, un ou des praticiens désignés par Handident FC conduiront des actions de formation à la prévention et à l'éducation à la santé bucco-dentaire auprès du personnel désigné par l'établissement, éventuellement en présence des familles des personnes accueillies. Les personnels de l'établissement ainsi formés auront mission de répercuter conseils et consignes reçus auprès des personnes accueillies dans l'établissement, selon des moyens appropriés. Afin d'être en mesure d'apporter d'éventuelles corrections aux formations, une fiche d'évaluation, (dont modèle annexe 1) sera systématiquement remise à Handident FC à l'issue de chacune des formations.

Il sera demandé à l'établissement de désigner une personne référente en hygiène bucco-dentaire parmi son personnel.

4 – La santé bucco-dentaire et le projet d'établissement :

Il est souhaitable que l'établissement fasse de l'amélioration de la santé bucco-dentaire l'un de ses objectifs à atteindre. Pour faciliter cette démarche, une information susceptible d'être intégrée dans le projet d'établissement est téléchargeable sur le site internet d'Handident Franche-Comté.

Convention Constitutive et Charte du réseau : l'établissement reconnaît avoir pris connaissance de la Convention Constitutive et de la Charte du réseau téléchargeable sur le site internet Handident Franche-Comté, dans la rubrique réseau.

Article 4 : Evaluation des effets de la convention de partenariat

L'évaluation des effets de la convention portera sur :

- L'impact de la formation à la prévention et l'éducation à la santé bucco-dentaire sur les pratiques
- La mise en œuvre et le fonctionnement du réseau
- Le taux de satisfaction des résidents et de leur entourage
- L'évolution du nombre de résidents en alimentation mixée éventuellement.

Ces renseignements seront utilisés pour rédiger le rapport d'évaluation exigé par l'Agence Régionale de Santé.

Article 5 : référent Handident FC dans l'établissement

Dans la mesure du possible, il est demandé de désigner un interlocuteur privilégié pour Handident Franche-Comté dans chaque établissement qui sera appelé « Référent Handident FC »

Article 6 : Durée de la convention

La convention est établie pour une durée illimitée par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'un ou l'autre des partenaires.

Article 7 : Modifications de la convention

A la demande de l'une ou l'autre des parties, des modifications et/ou compléments pourront être apportés à la présente convention moyennant accord écrit entre les parties. Ces modifications ou compléments seront considérés comme étant des modalités intégrées à la convention et seront applicables à la date d'effet décidée d'un commun accord.

Article 8 : Litiges

L'objectif des partenaires étant d'assurer la prise en charge de personnes souvent fragiles, tout sera mis en œuvre pour éviter les litiges. Les 2 parties s'engagent donc à régler tout différend éventuel à l'amiable préalablement à la mise en application de l'article 9.

Article 9 : cotisation pour l'adhésion au réseau et/ou à l'association

1- Cotisation de l'établissement à Handident FC

A noter : la cotisation annuelle a pour objet les frais de fonctionnement de l'association HANDIDENT FC.

La cotisation se calcule ainsi :

- 1 seul établissement concerné par le dépistage bucco-dentaire : que l'établissement comporte ou non plusieurs types de sections (Foyer – MAS etc.), la cotisation est calculée en fonction du nombre total de places prévues dans l'établissement. A noter que si 2 ou plusieurs établissements concernés se situent sur le même lieu géographique, le regroupement des places s'effectue comme s'il s'agissait d'un même établissement.

- Si plusieurs établissements sont concernés mais se situent dans des endroits géographiques différents, il y a lieu de calculer les cotisations séparément. En effet, ce qui importe à Handident FC, c'est de prendre en compte les déplacements futurs de son praticien. Pour déterminer le montant de la cotisation, c'est le nombre de places admises dans l'établissement qui doit être pris en compte :
- Jusqu'à 25 places : 50 euros
- Puis 2 euros par place supplémentaire.

La cotisation est annuelle et donne le droit de participer à l'Assemblée Générale de l'association. Selon le règlement intérieur de l'association, les établissements disposent de 2 représentants au Conseil d'Administration. Actuellement, il s'agit de :

- Madame Sabrina DIDIER, directrice adjointe de l'établissement « les Eparses» -97, grande rue – 90330 CHAUX.
- Monsieur Sébastien DAMBRA, directeur général de SESAME-AUTISME Franche-Comté– La Maison de Sésame 99 rue de Champvallon 25200 BETHONCOURT.

2- Cotisation de l'association à Handident FC

Toute association de Franche-Comté qui œuvre dans le champ du handicap a la possibilité d'adhérer à l'association et de postuler pour un siège d'administrateur. La cotisation annuelle demandée à un représentant d'association, élu ou non au Conseil d'Administration est de 10 euros paran.

Article 10 : Dénonciation de la convention

La convention pourra être dénoncée :

- Ou d'un commun accord entre les 2 parties qui fixeront alors la date d'effet de la dénonciation.
- Ou par l'une ou l'autre des parties, si une ou des dispositions contenues dans cette convention n'était(en)t pas respectée(s), étant entendu que la dénonciation prendrait effet 1 mois après réception de la lettre de dénonciation transmise par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à : le :

Le Responsable de l'association Handident FC,
Nom et prénom:

Le Responsable de l'établissement,
Nom et prénom :

Signature et cachet:

Signature et cachet

:

ANNEXE 1 RELATIVE A LA FORMATION A L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Document à compléter par chaque participant

Nom de l'établissement :

Date de la Formation :

NOM – Prénom du participant :

Fonction du participant dans l'établissement :

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA FORMATION A LA PREVENTION

I – Qu'attendiez-vous de cette formation à la prévention bucco-dentaire ?

II – Que pensez-vous ...

	très bon	Bon	moyen	médiocre	à revoir
--	----------	-----	-------	----------	----------

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - De l'organisation matérielle: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des Supports pédagogiques: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Du contenu: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III - Cette formation a-t-Elle répondu à vos attentes oui non

IV- Vous parait Il possible d'appliquer les recommandations sur le terrain oui non

Si non, pour quelle(s) raison(s)?

VI – Donnez votre impression générale sur la formation :

Signature :

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES QUI ONT BENEFICIE D'UN BILAN BUCCO-DENTAIRE

Document à transmettre à l'adresse indiquée dans la convention de partenariat (adresse différente selon la zone dans laquelle l'établissement est installé).

Nom de l'établissement dans lequel a eu lieu le dépistage :

Date du dépistage :

Nombre de personnes examinées :

Liste des personnes examinées :

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	BESOINS de soins oui/non

Fais-le :

Pour Handident FC, signature du praticien :

Pour l'établissement, signature du responsable :