****

|  |
| --- |
|  **Dispositif de renforcement en psychologues Dans les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles** **-****Demande de financement** **à transmettre à l’ARS**  |

**PIECES NECESSAIRES CONSTITUTIVES DE LA DEMANDE**

**Les demandes de financement devront être constituées des pièces suivantes :**

1. La charte d’engagement signée par le psychologue ;
2. Le CV des psychologues choisis par la structure (y sont précisés les diplômes, certificats ou titres de formation) ;
3. Le RIB de la structure ;
4. Le projet de contrat avec le psychologue serait un plus

**Le dossier complet et ses pièces jointes sont à retourner à l’adresse mail suivante :**

**ARS-CVL-OFFRE-DE-SOINS@ars.sante.fr**

**OBJECTIFS DU DISPOSITIF DE RENFORCEMENT EN PSYCHOLOGUES DANS LES MSP ET CDS**

Ce dispositif est une nouvelle étape qui vise à donner accès aux soins psychologiques à la population. Il vise à promouvoir, dans une logique de parcours en lien avec le second recours, la coopération entre le psychologue et les médecins traitants d’un territoire afin d’offrir une première réponse à des états de souffrance psychique repérés par le médecin, tout en identifiant des indicateurs de gravité justifiant le cas échéant une orientation directe vers les soins spécialisés.

**FORMULAIRE A REMPLIR**

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 1 – TYPOLOGIE DE LA STRUCTURE**  |
| **Type de structure****[ ]**  Maison de santé pluriprofessionnelle**[ ]**  Centre de santé |
| **Identité de la structure**  |
| 1. **Fiche d’identité de la structure**

*Si pour une même structure juridique, il y a plusieurs structures géographiques, indiquer la structure qui souhaite porter le dispositif***Nom :****Statut juridique :****Typologie :****Taille de la patientèle « médecin traitant » de la structure :***Dont mineurs de 3 à 17 ans inclus :* **Adresse postale :****Numéro de téléphone :** **Courriel :** **Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :****Système d’information utilisé :**1. **Référent du dispositif au sein de la structure**

**Nom :****Fonction :** **Numéro de téléphone :****Courriel :** 1. **Professions de santé représentées au sein de la structure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profession** | **Nombre de professionnels** | **Equivalent Temps Plein** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Activités transversales ou de coordination développées par la structure**

**[ ]**  Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoires **[ ]**  Projets menés avec des partenaires du territoire (CPTS, e-Parcours, CLS, projet ville-hôpital, consultations  avancées…) Si oui, précisez : …………………………………………….**[ ]**  Participation au développement d’actions innovantes (télémédecine, protocoles de coopération, …) Si oui, précisez : …………………………………………....**[ ]**  Participation au développement d’actions de santé publique (promotion, prévention, éducation à la santé…) Si oui, précisez : …………………………………………....**[ ]**  Participation au développement de programmes d’éducation thérapeutique**[ ]**  Participation à une expérimentation (ex : dispositif « article 51 de la LFSS 2018 »)**[ ]**  Accueil et encadrement d’externes et/ou d’internes  Si oui, précisez : …………………………………………....**[ ]**  Autres : ………………………………………………………1. **Modalités actuelles de coopération avec les professionnels médicaux hors structure**
2. **Modalités actuelles de collaboration avec les acteurs de la santé mentale (psychiatres de ville, centres hospitaliers, centres médico-psychologiques, maisons des adolescents…)**
 |
| **RUBRIQUE 2– FICHE DU PSYCHOLOGUE CHOISI PAR LA STRUCTURE (une fiche pour chaque psychologue)** |
| *Avant de faire sa demande de financement, la structure s’assure que le dossier du psychologue répond aux critères d’agrément mentionnés dans le cahier des charges.* 1. **Etat civil**

**Nom :** **Prénom :** **Date de naissance :** **Adresse postale :** **N° ADELI :** **Numéro de téléphone :** **Courriel :** 1. **Situation professionnelle**

**Première année d’activité diplômée :** **Première année d’activité en lien avec la structure :** **Expérience antérieure dans le suivi des enfants :****Statut actuel :** **[ ]** libéral exclusif (avec souhait de passer à une activité mixte)**[ ]**  salarié exclusif**[ ]**  activité mixte (salariée et libérale)**Titres et qualifications professionnelles :****Date d’obtention :** **Lieu d’obtention :** **Type de diplôme donnant droit à l’exercice de la profession :****Spécialisation éventuelle :** **Exercice actuel au sein de la structure (MSP ou CDS) :****[ ]**  Temps complet**[ ]**  Temps partiel - préciser : **[ ]**  Pas d’exercice au sein de la structureNombre d’heures de travail annuelles au sein de la structure: |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 3- ANALYSE DE L’OFFRE ET DES BESOINS DU TERRITOIRE** |
| 1. **Analyse de la demande de soins du territoire**

**Patientèle des médecins traitants de la structure :** *Dont patients de 3 à 17 ans inclus :***Provenance géographique des patients (département(s) et principales communes :**1. **Offre de soins du territoire**

**Hôpitaux les plus proches (dont hôpitaux psychiatriques) (nom):****Psychiatres et pédopsychiatres de 2nd recours (nom/ prénom/coordonnées):** **-****-****Classification du territoire**:**Zone d’Intervention Prioritaire (ZIP)****[ ]**  oui**[ ]**  non**Zone d’Action Complémentaire (ZAC)****[ ]**  oui**[ ]**  non**Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)****[ ]**  oui**[ ]**  non1. **Formalisation des besoins à couvrir (population à prendre en charge, etc …) :**
 |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 4 – ESTIMATION DES BESOINS DE LA STRUCTURE ET SIMULATION DU FORFAIT** |
| 1. **Estimation des besoins de la structure**

**Nombre d’ETP médecins traitants potentiellement impliqués dans le dispositif :*** + **Nombre de médecins traitants au sein de la structure :**

|  |
| --- |
| **Médecins traitants au sein de la structure** |
| **NOM – prénom des médecins traitants au sein de la structure** | **Numéro Assurance Maladie**  | **Numéro RPPS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + **Nombre de médecins traitants potentiellement impliqués hors de la structure (préciser si des contacts ont été pris dans le cadre de cet AAC:**

**Nombre d’ETP de psychologue dans le dispositif :** *Préciser pour chaque psychologue :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nom du psychologue* | *Statut (salariat/libéral)* | *Plages horaires envisagées (jours, heures)* | *Nombre d’heures annuelles* | *Nombre d’ETP* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Date de lancement du dispositif (*date des premiers rendez-vous avec les patients*) :***Exemples : 19 avril 2021, 3 mai 2021, etc***File active estimée nécessitant une prise en charge psychologique (hors troubles psychiatriques sévères) (en nombre de patients) :*** + **File active estimée suivie au sein de la MSP ou du CDS :**
	+ **File active estimée suivie hors de la MSP ou du CDS :**
	+ **TOTAL**

**Montant de l’enveloppe demandée (en référence aux modalités de calcul issues de l’instruction) : €** 1. **Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet**
2. **Modalités envisagées pour permettre la bonne gestion de l’enveloppe allouée à la structure**

*Préciser notamment si la structure exigera ou non la signature d’une convention avec les médecins traitants exerçant en dehors de la structure et souhaitant adresser des patients au psychologue.* |
| **COMMENTAIRES LIBRES (informations nécessaires à la compréhension du projet, spécificités…)** |