****

|  |
| --- |
| **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 structure  Nombre 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  non   1. **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…)** |