**Annexe 1 – Modèle de demande de financement**

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

**PIECES NECESSAIRES CONSTITUTIVES DE LA DEMANDE**

**Les demandes de financement devront être constituées des pièces suivantes (l’ARS a la possibilité d’adapter les pièces demandées) :**

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 ;

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

XXXXXXXXXX

**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.

**Objet de ce dossier :**

L’ARS pré-selectionnant les structures participant au dispositif, ce dossier a essentiellement pour but de caractériser les demandes, de vérifier les qualifications des psychologues et de permettre à l’ARS de calibrer la dotation versée à la structure.

**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 : ……………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **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 ultérieure 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[ ]  Pas d’exercice au sein de la structureNombre d’heures de travail annuelles : |

|  |
| --- |
| **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/ FINESS GEO):****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 :**

**Nombre d’ETP de psychologue dans le dispositif :***Préciser pour chaque psychologue le nombre d’ETPT (ex : 1ETP à plein temps, 2 ETP à mi-temps, etc,)***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 :**
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 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.* |