****

**APPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**(AMI)**

**« Appui ponctuel pour le renforcement de l’offre de soins en psychiatrie »**

**Mars 2025**

**Annexe 1\_Fiche projet type à renseigner**

***Thématique du projet***

**□ Dispositif réactif et temporaire en réponse à une situation de tension hospitalière**

**□ Soutien à l’anticipation/ gestion des situations de crise et/ou à la réduction des soins sans consentement et des pratiques d’isolement et de contention**

****

**APPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**(AMI)**

**« Appui ponctuel pour le renforcement de l’offre de soins en psychiatrie »**

**Mars 2025**

**Titre du projet :**

**Porteur du projet :**

|  |
| --- |
| 1.

**Le présent document a pour objectif de permettre aux porteurs de projet de décrire les différents éléments essentiels à sa compréhension et à son analyse.**1. **Description générale du projet**
 |

|  |
| --- |
| **Etablissement de santé porteur du projet** |
| Nom de la structure :Adresse :CP et ville :N° FINESS juridique :N° FINESS géographique :SIRET :Représentant légal : Statut de la structure :* Public
* Privé à but non lucratif
* Privé à but lucratif

Prénom, nom et coordonnées (téléphone + adresse mail) de la personne à contacter dans le cadre de l’AMI :  |

O Lettre d’engagement du directeur à joindre

|  |
| --- |
| **Partenaire(s) identifié(s)** |
| *Lister dans le tableau ci-dessous les éventuels partenaires participant au projet :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Entité juridique et/ou statut ; Adresse** | **Périmètre d’intervention (professionnels de santé, établissements, associations, etc)** | **Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser)** |
| **Partenaires du projet**Renseigner 1 ligne par partenaire |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet** |
| *Pourquoi ce projet ?**- Principaux constats et problèmes identifiés justifiant la proposition de projet**- Précision avec données quantitatives sur la situation de tension ou sur le contexte des SSC et mesures d’isolement / contention**- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire à prendre en compte ?* |

|  |
| --- |
| **Objet et finalité du projet** |
| *Préciser l’objectif poursuivi et décrire le contenu du projet*  |

|  |
| --- |
| **Public bénéficiaire** |
| *Quelles sont les typologies des patients concernés par ce projet (ex : tranches d’âge concernées, projet concernant la pédiatrie, les services d’urgences …) ?* *Précisez si possible le nombre de personnes concernées* |
| **Résultats attendus à court et moyen terme du projet** |
| *Décrire les effets attendus sur le/les problèmes identifiés :**- en termes d’amélioration du service rendu pour les patients**- en termes d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services parties prenantes au projet* |

1. **Mise en œuvre du projet**

|  |
| --- |
| **Prérequis au démarrage du projet** |
| *Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer ce projet (ex : identification de locaux, formations médicales/paramédicales nécessaires, système d’information, etc…)* |

|  |
| --- |
| **Eventuelles collaborations existantes ou à développer** |
| *Tous les services et les professionnels concernés par le projet ont-ils été associés ?* *Reste-t-il des collaborations à mettre en place ?*  |

|  |
| --- |
| **Modalités de mise en œuvre proposées** |
| *Ex : jours et horaires de fonctionnement du renfort proposé ; territoire couvert ; types et modalités de formation proposées* … |

|  |
| --- |
| **Calendrier envisagé** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date prévisionnelle de début de l’activité**En cas de projet concernant une situation de tension hospitalière, préciser la période de mise en œuvre du dispositif temporaire proposé.*  |

1. **Eléments budgétaires et financiers**

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Préciser les besoins de financement (détails du type de et montants)* |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CHARGES PREVISIONNELLES**  | **Montant** | **%** |
| **Charges directes** |  |  |
| **Titre 1: Charges de personnel** |  |  |
| *dont charges de personnel médical (nb ETP = )* |  |  |
| *dont charges de personnel non médical (nb ETP = )*  |  |  |
| **Titre 2: Charges à caractère médical** |  |  |
| **Titre 3: Charges à caractère hôtelier et général** |  |  |
| **Titre 4: dotation aux amortissements et frais financier** |  |  |
| **Sous-total des charges directes** |  |  |
| **Sous-total des charges indirectes (Gestion générale et structure)** |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Financements** |
| *Précisez :* * *le financement demandé en CNR*
* *le cas échéant les moyens mis à disposition (et leur origine) par le porteur du projet*

 *les co-financements envisagés avec d’autres partenaires*  |

1. **Evaluation du projet**

|  |
| --- |
| **Indicateurs et modalités d’évaluation** |
| *Eléments d’évaluation attendus pour l’orientation « Dispositifs de renforcement réactifs et temporaires de l’offre en réponse à des situations de tensions hospitalières » :* * *Objectivation de l’amélioration de l’accès aux soins : Comparatif avant/après du délai d’accès aux soins permis par le renforcement mis en place (ex : réduction du délai d’accès aux avis pédopsy en pédiatrie, réduction du délai d’accès à une modalité de PEC (CMP, EM…))*
* *Nombre et profil des ETP mobilisés en renfort temporaire de l’offre*
* *Retour d’expérience des professionnels*

*Eléments d’évaluation attendus pour l’orientation « Anticipation/gestion des situations de crise ; soutien à la réduction des SSC et des mesures d’isolement et de contention » :* * *Nombre et profils de professionnels de psychiatrie ayant bénéficié de formations portant sur l’anticipation et la gestion de la crise*
* *Nombre de journées d’hospitalisation complète en SSC avant/après*
* *Nombre de mesures d’isolement et de contention avant/après*
* *Autoévaluation des professionnels dans leur capacité à anticiper/gérer la crise avant/après.*
 |

1. **Synthèse**

|  |
| --- |
| **Présentation globale et synthétique du projet (une page recto-verso maximum)** |
|  |