

**DOSSIER DE DEMANDE de FINANCEMENT DE POSTES DE COORDONNATEUR DE CLSM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYPOLOLOGIE DE LA DEMANDE** | | |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | | **Consignes** |
| Nom du CLSM | | Indiquer le nom du CLSM bénéficiaire d’un temps de coordonnateur  Si le temps de coordonnateur est mutualisé entre plusieurs CLSM, dresser la liste de ces CLSM |
| Quotité de temps de coordonnateur dont le financement est demandé à l’ARS | | Préciser et justifier la quotité demandée (exemple : 0,25 ETP, ou  0,5 ETP) le financement sollicité (exemple : 15 000 €, ou 30 000 €)  *Maximum un mi-temps par CLSM (30 000 €)* |
| Quotité de temps de cordonnateur financée par les collectivités territoriales | | Indiquer la quotité couverte au niveau local, et le financement correspondant.  Si plusieurs communes contribuent au financement, préciser la répartition du financement entre les communes concernées.  *Cette quotité doit être au minimum équivalente à celle de l’ARS* |
| **PROMOTEUR DU CLSM** | | |
| Nom de la commune ou du regroupement de communes sollicitant auprès de l’ARS le financement du poste de coordonnateur | Si le promoteur du CLSM est une commune, la demande est présentée conjointement par son maire et le directeur de l’établissement de santé bénéficiaire du financement.  Si l’action du CLSM est un regroupement de communes, la demande est présentée conjointement par son représentant et le directeur de l’établissement de santé bénéficiaire du financement. | |
| Adresse de la commune | En cas de regroupement de communes indiquer l’adresse de la commune dont le représentant du regroupement de communes est le maire. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** | | |
| Code postal |  | | |
| Téléphone | Saisir le numéro de téléphone du maire ou du représentant du regroupement de communes  Ne pas saisir d’espace entre les chiffres | | |
| Adresse e-mail | Saisir l’adresse e-mail du maire ou du représentant du regroupement de communes | | |
| Confirmer adresse e-mail | *Sans commentaires* | | |
| Personne(s) référente(s) | Nom(s) et Prénom(s) du maire ou du représentant du regroupement de communes.  Si celui-ci est assisté d’un collaborateur chargé du suivi du dossier préciser les coordonnées de cette personne (nom, prénom, N° de téléphone, adresse e-mail) | | |
| **ETABLISSEMENT DE SANTE DEMANDEUR DU FINANCEMENT** | | | |
| Nom de l’Etablissement de Santé sollicitant auprès de l’ARS le financement du poste de coordonnateur | |  | |
| Numéro SIREN | | Composé de 9 chiffres | |
| Numéro SIRET | | Composé de 14 chiffres | |
| Adresse | |  | |
| Téléphone | | Ne pas saisir d’espace entre les chiffres | |
| Adresse e-mail | | Saisir l’adresse e-mail de la structure et non une adresse personnelle | |
| Confirmer adresse e-mail | | *Sans commentaires* | |
| Personne référente | | Nom et prénom du directeur)  Si celui-ci est assisté d’un collaborateur chargé du suivi du dossier préciser les coordonnées de cette personne (nom, prénom, N° de téléphone, e-mail) | |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** | |
| **TERRITOIRE DU CLSM** | | |
| Territoire d’intervention du CLSM | Indiquer le nom de la commune, des communes en cas de regroupement de communes, de l’arrondissement ou des quartiers en cas de territoire infra-communal | |
| Identification du (ou des) secteur(s) de « psychiatrie adultes » associé(s) au fonctionnement du CLSM | Exemple : 69G07 | |
| Si l’établissement gestionnaire du secteur est différent de l’établissement demandeur du financement, indiquer le nom et l’adresse de l’établissement |  | |
| Identification du (ou des) secteur(s) de « psychiatrie infanto-juvénile » associé(s) au fonctionnement du CLSM | Exemple 69I02 | |
| Si l’établissement gestionnaire du secteur est différent de l’établissement demandeur du financement, indiquer le nom et l’adresse de l’établissement |  | |
| **ACTIVITE DU CLSM** | | |
| Le CLSM est-il actif ? |  | |
| Le CLSM est-il en projet ? |  | |
| Si le CLSM est actif indiquer la date de sa création | Exemple : 1er septembre 2010 | |
| Si le CLSM est en projet indiquer la date prévisionnelle de son entrée en activité | Exemple : 1er mars 2013 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** |
| **DIAGNOSTIC** | |
| Un diagnostic de l’état des besoins de santé mentale du territoire du CLSM a-t-il été réalisé ? |  |
| Si oui, qui a réalisé ce diagnostic ?  ( Le joindre à la demande) |  |
| Date de ce diagnostic |  |
| **PARTENARIATS MOBILISES PAR LE CLSM** | |
| Quel est le partenariat mobilisé par le CLSM ? | Préciser la liste des partenaires mobilisés au sein du CLSM (élus locaux, services municipaux, services du conseil général, secteur psychiatrique « adultes et infanto-juvénile », médecins généralistes, psychiatres libéraux, centres de santé, réseaux de santé, services sociaux, associations, établissements sanitaires et médico-sociaux, usagers, aidants, GEM…) |
| **MODALITES d’ORGANISATION DU CLSM** | |
| Existe-t-il une assemblée plénière ? |  |
| Quelle est la composition de cette assemblée plénière ? | Si tous les partenaires du CLSM siègent dans l’assemblée plénière, l’indiquer.  Si tous les partenaires ne siègent pas dans l’assemblée plénière indiquer la liste des membres de cette assemblée en précisant les collectivités, institutions, établissements ou associations de rattachement |
| Qui préside l’assemblée plénière ? | Indiquer, nom, prénom et fonctions |
| Quelles sont les compétences de l’assemblée plénière ? |  |
| Quel est le rythme de réunions de l’assemblée plénière |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** |
| Existe-t-il un comité de pilotage ? |  |
| Quelle est la composition de ce comité de pilotage ? | Indiquer la liste des membres du comité de pilotage en précisant les fonctions exercées et les institutions de rattachement |
| Qui préside le comité de pilotage ? | Indiquer, nom, prénom et fonctions du président |
| Quelles sont les compétences du comité de pilotage ? |  |
| Quel est le rythme de réunions du comité de pilotage ? |  |
| **ACTIONS MENEES PAR LE CLSM**  **(ou envisagées par celui-ci si le CLSM est en projet)** | |
| Quelles sont les actions menées ou projetées en matière d’observation ? |  |
| Quelles sont les actions menées ou projetées en matière de promotion ou d’éducation pour la santé mentale ? |  |
| Quelle est l’action menée ou projetée en matière de prévention et d’amélioration de l’accès aux soins ? |  |
| Quelle sont les actions menées ou projetées en matière d’inclusion sociale et de lutte contre l’exclusion ? |  |
| Quelle sont les actions menées ou projetées en matière de lutte contre la déstigmatisation ? |  |
| Existe-t-il une cellule d’aide à la résolution des situations psychosociales complexes ? | Répondre oui ou non , en précisant l’appellation de cette cellule (exemple RESAD) |
| Quel sont les types de situations traitées par cette cellule ? |  |
| Quelle est la composition de cette cellule ? | Indiquer la liste des partenaires représentés |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** |
| Quelles sont les modalités de pilotage de cette cellule ? | Indiquer notamment qui pilote cette cellule |
| Quel est le rythme de réunions de cette cellule ? |  |
| Existe-t-il des règles déontologiques et/ou une charte éthique propre au fonctionnement de cette cellule ? | Préciser l’organisation et les principes mis en œuvre |
| **COORDONNATEUR**  **(Rubrique à remplir pour les CLSM actifs)** | |
| Le CLSM dispose-t-il d’un coordonnateur ? |  |
| Quel est la quotité de travail affectée à ce poste |  |
| Quelle est la structure de rattachement de ce coordonnateur | Indiquer la structure employeur du coordonnateur |
| Quel est le positionnement stratégique de ce coordonnateur ? | Indiquer le positionnement par rapport au président du CLSM et aux élus |
| **ARTICULATION AVEC LA POLITIQUE DE LAVILLE** | |
| Existe-t-il un AVS ou un CUCS sur le territoire du CLSM ? | Lister les ASV et CUCS existants sur le territoire du CLSM |
| Quelle est l’articulation avec ces structures ? | Décrire l’articulation existante ou projetée |
| **ARTICULATION AVEC LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE** | |
| Existe-t-il un CLS sur le territoire du CLSM ? | Répondre oui ou non, et préciser la date de signature du CLS |
| Quelle est l’articulation prévue ou projetée avec ce CLS ? | Décrire cette articulation |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etape à suivre dans l’outil de saisie** | **Consignes** | |
| **COMMUNICATION** | | |
| Quelles sont les actions de communications engagées ou prévues par le CLSM ? |  | |
| **EVALUATION** | | |
| L’appropriation du projet du CLSM est-elle évaluée ? | | Répondre oui ou non, et décrire les modalités de cette évaluation |
| Le plan d’action du CLSM est-il évalué ? | | Décrire les modalités de cette évaluation |