**APPEL A CANDIDATURE**

**Pour le déploiement d’Equipes Mobiles de Psychiatrie du Sujet Âgé (EMPSA) en Ile-de-France**

**Dossier de candidature**

**Autorité responsable de l’appel à candidature :**

**Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

**13 rue du Landy**

**Le Curve**

**93200 Saint-Denis**

**Date de limite de dépôt des candidatures : 31 janvier 2025**

**Pour toute question :**

**ars-idf-emg@ars.sante.fr**

**nicolas.noiriel@ars.sante.fr**

**wuthina.chin@ars.sante.fr**

**I - Description du candidat :**

Nom de la structure :

Etablissement / Groupe Hospitalier :

Adresse postale :

N° FINESS géographique/établissement :

N° FINESS entité juridique :

Nom et qualité du responsable du projet :

Courriel/Téléphone :

Nom et qualité du représentant légal de la structure :

Courriel/Téléphone :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du chef de pôle/service de psychiatre**  | Qualification : Lieu(x) d’exercice :Téléphone :Mail : |
| **Nom du médecin développant l’activité (si pré-identifié)** | Qualification : Formation/Expérience : Lieu(x) d’exercice :Téléphone :Mail : |

**II. Zone d’implantation géographique et caractéristiques du territoire**

*Description du bassin de population ciblé et du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans du territoire*

*Description de l’offre spécialisée (nombre de secteurs psychiatriques et de CMP) /Description offre médico-social (nombre d’EHPAD)*

|  |
| --- |
|  |

**III. Organisation et fonctionnement**

*Description des procédures prévues, de l’organisation de l’équipe, de son fonctionnement selon le cahier des charges. Modalités de saisine*, *Organisation des relations avec le médecin traitant,* *Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour des prises en charge. Garantie de la mise à dispositions des locaux, équipements et matériels nécessaires.*

|  |
| --- |
|  |

**IV. Partenariats**

*Description des partenariats effectifs au projet et des réflexions en cours sur le territoire, avec précisions sur le nombre d’EHPAD, nombre de CMP, DAC, filière gériatrique (EMG/EMSP)*

|  |
| --- |
|  |

**V. Composition de l’équipe**

*Préciser la composition de l’équipe dans sa globalité.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Qualification** | **ETP** | **Coût annuel** |
| **Médecin psychiatre** |  |  |  |
| **Infirmier-ères** |  |  |  |
| **Autres (préciser/une ligne par professionnel)** |  |  |  |
| **Secrétariat** |  |  |  |

**IV – Financement du projet :**

**IV-1 Montant de l’aide sollicitée :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Coût global du projet**  | **Montant de l’aide sollicitée** |
|  |  |  |

**IV-2 Budget du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2025** |
| **Coût du projet en personnel médical**  |  |
| **Coût du projet en personnel non médical** |  |
| **Coût du projet en matériel/équipements** |  |
| **Total** |  |