DOSSIER DE CANDIDATURE PORTANT SUR

L’IDENTIFICATION DE CENTRES « SUPPORT » DISPOSANT D’UNE EXPERIENCE SOLIDE ET RECONNUE EN SOINS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN NORMANDIE

AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN PSYCHIATRIE

**Cet avis peut faire l’objet d’un projet co-signé entre plusieurs candidats.**

1. **Identité(s) du(es) porteur(s)/de(s) l’établissement(s) candidat(s)**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTITE** |  |
| **STATUT JURIDIQUE** |  |
| **SITE CONCERNE** |  |
| **FINESS JURIDIQUE** |  |
| **FINESS GEOGRAPHIQUE** |  |
| **ADRESSE POSTALE** |  |
| **NOM, ADRESSE ET COURRIEL DU REPRESENTANT LEGAL DE L’ETABLISSEMENT DEPOSANT LE DOSSIER DE CANDIDATURE** |  |
| **NOM, ADRESSE, COURRIEL ET TELEPHONE DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER DE CANDIDATURE AU SEIN DE L’ETABLISSEMENT** |  |

1. **Présentation de l’unité de réhabilitation psycho-sociale au sein de(s) l’établissement(s) candidat(s) permettant d’attester de l’expérience demandée**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE D’OUVERTURE DE L’UNITE** |  |
| **COMPOSITION ET DIMENSIONNEMENT DE L’EQUIPE** |  |
| **FORMATION INITIALE DES AGENTS PAR CATEGORIE** |  |
| **PLAN DE FORMATION CONTINUE** |  |
| **AIRE D’INTERVENTION** |  |
| **PUBLIC CONCERNE****(AGE, PATHOLOGIE…)** |  |
| **NOMBRE D’EVALUATIONS GLOBALES : EVALUATION CLINIQUE, BILAN COGNITIF ET EVALUATIONS DES REPERCUSSIONS FONCTIONNELLES (2017-2018-2019)** |  |
| **NOMBRE DE PROJETS PERSONNALISES (2017-2018-2019)** |  |
| **TYPE D’INTERVENTIONS SPECIFIQUES PROPOSEES****(CF TABLEAU DETAILLE DANS LE CAHIER DES CHARGES)** |  |
| **ACTIVITES DE MEDIATION** |  |
| **PSYCHOTHERAPIES COGNITIVO COMPORTEMENTALES** |  |
| **MODALITES D’ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX** |  |
| **ACTIVITE DE FORMATION** |  |
| **ACTIVITE DE RECHERCHE** |  |

1. **Présentation** **des modalités de soutien, de formation et de recherche permettant de répondre aux missions attendues**

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALITES PREVUES D’APPUI DES TERRITOIRES DE LA REGION DANS LE DEVELOPPEMENT DES OFFRES DE SOINS DE REHABILITATION DE PROXIMITE** |  |
| **PERSPECTIVE DE MAILLAGE TERRITORIAL D’OFFRES DE SOINS DE REHABILITATION SUR LE TERRITOIRE DE SANTE PROMOTEUR, TRAVAILLE EN LIEN AVEC LES PARTENAIRES (PTSM)** |  |
| **MODALITES D’ORGANISATION DE LA FONCTION RESSOURCE REGIONALE POUR LES FORMATIONS, L’INFORMATION…** |  |
| **PERSPECTIVE D’AXES DE RECHERCHE** |  |

1. **Calendrier de déclinaison opérationnelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **REALISATION/PLANNING DU PROJET** |  |
| **DECLINAISON OPERATIONNELLE DES OBJECTIFS**  |  |