PARTIE RÉSERVÉE AU PORTEUR DE PROJET

* 1. **IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du projet** |  |
| **Nom du porteur de projet (leader)** |  |
| **Profession du porteur (leader)** |  |
| **Adresse mail** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |

* 1. **CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE ENVISAGÉ**

1. **Description du territoire**

**Délimitation géographique actuelle du projet**

* Indiquez le(s) nom(s) des communes et/ou arrondissements
* Indiquez si la commune / arrondissement se situe dans une zone d’intervention prioritaire (ZIP), une zone d’action complémentaire (ZAC) ou une zone quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMMUNES** | **CODE POSTAL** | **Particularité du territoire (QPV, ZIP, ZAC)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Evaluation de la population concernée par le projet (nombre d’habitants) :

**Taille de la CPTS :**

|  |  |
| --- | --- |
| Taille 1 : moins de 40 000 habitants | Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants |
| Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants | Taille 4 : Plus de 175 000 habitants |

1. **Diagnostic territorial – Problématiques de santé identifiées sur le territoire**

*D’après vos premiers éléments de diagnostic, décrire la (les) prise(s) en charge et ou le(s) type(s) de parcours posant des difficultés sur le territoire (dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés).*

1. **Partenariat et réseaux existants**

*Avez-vous pris contact avec les structures ci-dessous.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Structures d’exercices coordonnées (ESP, MSP…) | non | Oui, précisez lesquelles : |
| Dispositif d’appui à la coordination (PTA…) | non | Oui, précisez lesquels : |
| Collectivités territoriales | non | Oui, précisez lesquelles : |
| Centre hospitalier | non | Oui, précisez lesquels : |
| Autres | non | Oui, précisez lesquels : |

* 1. **LE PROJET DE CPTS**

1. **La gouvernance de la CPTS**

**Equipe projet de la CPTS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom**  **Prénom** | **Profession** | **Lieu d’exercice** | **Structure d’appartenance**  (le cas échéant. Etablissement de santé, EHPAD, MSP…) | **Secteur activité** *(Sanitaire, médico-social, social)* | **Participation  à la gouvernance**  **(oui/non)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Descriptif de la structure juridique porteuse du projet de la CPTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** |  | | |
| **Type de structure :** | Association loi 1901 | SISA | Autres (précisez) : |
| **Statuts :** | Elaborés | En cours | Ecriture à venir: |

**Description de l’organisation de la gouvernance : bureau, conseil d’administration…**

1. **La mobilisation autour du projet de CPTS**

**Quelles actions ont été mises en place pour informer de l’existence du projet ?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Description**  (moyens de contacts, nombre de professionnels contactés/invités, date et lieux des réunions, nombre de participants…) |
| Réunions d’information |  |
| Mailing |  |
| Autres |  |

**Professionnels informés et sollicités sur le territoire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **Nombre de professionnels identifiés** | **Nombre de professionnels sollicités** | **Nombre de professionnels adhérents à la CPTS** |
| Médecins généralistes |  |  |  |
| Médecins spécialistes |  |  |  |
| Infirmiers |  |  |  |
| Pharmaciens |  |  |  |
| Masseurs-kinésithérapeutes |  |  |  |
| Biologistes |  |  |  |
| Sages-femmes |  |  |  |
| Orthophonistes |  |  |  |
| Orthoptistes |  |  |  |
| Dentistes |  |  |  |
| Pédicures-Podologues |  |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |  |

**Liste des services / établissements avec lesquels un partenariat est en cours de construction**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service / Etablissement** | **Représentant** | **Localisation** | **Etat d’avancement du partenariat** | **Participation  à la gouvernance**  **(oui/non)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Missions et objectifs visés par le projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mission** | **Oui / Non** | **Description (objectifs, premières pistes d’actions envisagées, parcours priorisés…)** |
| **MISSIONS SOCLES (OBLIGATOIRES)** | | |
| Améliorer l’accès aux soins : faciliter l’accès au médecin traitant |  |  |
| Améliorer l’accès aux soins : améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville |  |  |
| Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient |  |  |
| Développer des actions territoriales de prévention |  |  |
| **MISSIONS COMPLEMENTAIRES ET OPTIONNELLES** | | |
| Développer la qualité et la pertinence des soins |  |  |
| Accompagner les professionnels de santé sur le territoire |  |  |
| Autres |  |  |

1. **Mode d’organisation**

Quels sont aujourd'hui les liens de coordination / modalités de travail existants entre les acteurs impliqués (réunions communes, protocoles de prise en charge communs, messagerie sécurisée etc.)?

* 1. **CALENDRIER ENVISAGÉ**

Quel est le calendrier de réalisation du projet envisagé (phase de construction, dépôt du projet de santé, début de mise en œuvre) ?

* 1. **ACCOMPAGNEMENT ENVISAGÉ POUR L’ECRITURE DU PROJET DE SANTÉ**

**Souhaitez-vous être accompagné dans la rédaction du projet de santé :**

Oui Non

**Si oui, quelle structure est envisagée ?**

URPS Médecins Libéraux : contact@urps-ml-paca.org

Soins Coordonnés : contact@soinscoordonnes.fr

Acsantis : [info@acsantis.com](mailto:info@acsantis.com)

Eurogroup consulting : [cellule.ao@eurogroupconsulting.fr](mailto:cellule.ao@eurogroupconsulting.fr)

PARTIE RÉSERVÉE À L’ARS ET

À L’ASSURANCE MALADIE

**Pertinence du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Critères** | Commentaires |
| **Implantation géographique**  ***(cohérence du territoire, chevauchement avec un autre projet, zone blanche…)*** |  |
| **Composition de la CPTS *(importance de la pluri-professionnalité)*** |  |
| **Partenariats créés/envisagés avec les acteurs du territoire** |  |
| **Capacité à fédérer et à mobiliser** |  |
| **Ouverture de la démarche** |  |
| **Adéquation des actions proposées avec les missions socles de l’Accord conventionnel interprofessionnel** |  |
| **Adéquations des actions proposées au regard des besoins identifiés du territoire** |  |

**Avis sur opportunité du passage en CCOPD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Délégation départementale** | **Assurance Maladie** |
|  |  |

**Date du passage en CCOPD :**

**Avis sur la lettre d’intention après passage en CCOPD :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Délégation départementale** | **Assurance Maladie** |
|  |  |

**Attribution des aides :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aide au démarrage (40 000 €)** | Oui Non |
| **Aide à l’appui méthodologique pour l’élaboration du projet de santé (20 000 €)** | Oui Non |