###### Trame d’un projet de santé de CPTS

**Projet de santé établi en date du :**

**Structure juridique porteuse du projet de la CPTS :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de la structure :** |  | |
| **Type de structure :** | Association loi 1901  SISA  Autres (précisez) : | |
| **N° SIRET :** |  | |
| **Coordonnées de la structure** | Adresse postale : |  |
| Téléphone : |  |
| Email : |  |
| Email à diffuser sur le site de l’ARS : |  |
| **Représentant légal de la structure** (nom, prénom, profession, téléphone, email) |  | |
| **Coordonnateur de la CPTS** (nom, prénom, profession, téléphone, email) |  | |

* **Il conviendra de joindre en annexe au projet de santé les statuts de la structure porteuse.**
* **Au moins une fiche-actions par mission socle doit être jointe au projet de santé** (cf. document annexe 3 « modèle de fiche-actions »). Les autres fiches-actions seront communiquées ultérieurement et au fur et à mesure de l’évolution du projet, elles complèteront le projet de santé.

1. **CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS**
   1. **Description du territoire du projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. **Problématiques de santé identifiées sur le territoire**

*Le diagnostic territorial doit identifier les besoins et l’offre de santé du territoire de la CPTS. Il doit se construire en prenant en compte les réalités de terrain et en intégrant les spécificités locales. Il s’agit d’identifier les diverses problématiques et/ou de continuité des parcours de santé identifiées par les acteurs sur leur territoire (descriptif de la prise en charge et/ou du type de parcours posant problème, spécificité du territoire, indicateurs d’état des lieux…).*

*Le diagnostic devra nécessairement être partagé entre toutes les parties prenantes du projet (ce qui sous-entend une démarche de communication et de mobilisation des partenaires du territoire).*

* 1. **Identification et analyse de l’offre existante du territoire qui sera en lien avec la CPTS et articulation avec la CPTS**

*Identification de l’offre de soins, l’offre sociale et médico-sociale, l’offre de coordination, les institutions…*

*Description du lien et des articulations avec les acteurs identifiés*

*S’il y a une plate-forme territoriale d’appui (PTA), un contrat local de santé (CLS), un hôpital de proximité, et/ou un projet territorial de santé intervenant sur le territoire, préciser particulièrement l’articulation prévue entre la CPTS et chacune de ces dynamiques.*

* 1. **Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués**

*Modalités existantes : système d’information commun, dossier médical partagé, e-prescription, messagerie sécurisée, protocoles de prise en charge communs etc...*

*Y a-t-il un besoin de partage et/ou fonctionnalités aujourd’hui non couvert ?*

1. **ORGANISATION DE LA CPTS**
   1. **Les professionnels de santé membres de la CPTS** *(la liste des membres de la CPTS avec leurs statuts - professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, centres de santé, établissements services de santé et services sociaux, etc. - devra être mise en annexe)*

La dynamique de la CPTS est inclusive, c'est-à-dire que celle-ci est ouverte à toutes les catégories de professionnels de santé. Cette exigence est reflétée par ses statuts et sa méthode d’élaboration du projet de santé : **il s’agit d’un critère important de validation du projet de santé.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profession** | **Nombre de professionnels ayant adhéré à la CPTS** | **Nombre de professionnels participant à la gouvernance** | **Nombre de professionnels ayant participé à l’élaboration du projet de santé** |
| Médecins généralistes |  |  |  |
| Médecins spécialistes |  |  |  |
| Infirmiers |  |  |  |
| Pharmaciens |  |  |  |
| Masseurs-kinésithérapeutes |  |  |  |
| Biologistes |  |  |  |
| Sages-femmes |  |  |  |
| Orthophonistes |  |  |  |
| Orthoptistes |  |  |  |
| Dentistes |  |  |  |
| Pédicures-Podologues |  |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |  |

* 1. **Description de l’organisation de la gouvernance du projet : bureau, conseil d’administration…**

*Il est rappelé que les statuts devront être mis en annexe.*

* 1. **Système d’information**

Quels sont les systèmes d’information actuellement utilisés par les membres de la CPTS pour communiquer entre eux ? Le projet induit-il un besoin de partage et/ou fonctionnalités qui seraient nécessaires pour la mise en œuvre du projet ?

* 1. **Dynamique d’inclusion et d’ouverture de la CPTS**

Quelles ont été les actions mises en place à destination des professionnels du territoire pour les informer du projet ? Combien de professionnels ont participé/été touchés par ces actions ? Les outils numériques éventuels déployés par la CPTS sont-ils ouverts à tous, sans exclusion de statut juridique ou professionnel ?

* 1. **Liste des services / établissements partenaires de la CPTS** *(liste pouvant être mise en annexe)*

Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions projetées sont partie prenantes au projet de santé. **La participation de ces acteurs-clé est un critère de validation du projet de santé.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service / Etablissement** | **Nom du représentant** | **Localisation** | **Partenariat formalisé (oui/non)** | **Participation  à la gouvernance**  **(oui/non)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **CONTENU DU PROJET DE LA CPTS**
   1. **Les missions de la CPTS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions** | **Description synthétique des objectifs attendus**  **à court et moyen terme**  (préciser à chaque fois les objectifs en faveur des patients, et s’il y a un type de patient ciblé/prioritaire, et les objectifs pour les acteurs impliqués) |
| **MISSIONS SOCLES (OBLIGATOIRES) – si ces missions ne sont pas remplies, le projet ne pourra pas être reconnu comme CPTS et ne pourra pas être financé au titre de l’ACI** | |
| 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 (précisez) |  |

* 1. **Le cas échéant, détaillez les actions de télémédecine envisagées dans votre projet**
  2. **Quelles sont les actions envisagées par les acteurs impliqués pour mener à bien les actions ?**