*Modèle de projet de santé*

Établi en date du : ……………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Création de l’association de loi 1901 | ❒ Oui ❒ Non ❒ en cours |
| Nom de l’association |  |
| N° SIRET | Association : |
| Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS | Adresse postale :Téléphone :Fax :Courriel : |
| Personne contact (nom, prénom, profession, téléphone, courriel) |  |
| Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS |  |
| Coordonnées bancaires  |  |

**1. DIAGNOSTIC PRÉALABLE**

* 1. Quel est le territoire d'action du projet (remplir [le fichier Excel des communes](http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-2))?

Vous pouvez vous aider des outils type RezoneCPTS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code INSEE (différent du code postal)** | **Nom de la commune** | **Nombre d’habitants par commune** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total habitants :**  |

1.2. À combien de patients s'adresse le projet proposé ?

*Il est attendu une certaine cohérence du territoire avec des populations supérieures à 15 000 habitants.*

Rappel : approche populationnelle : moins de 40 000 habitants pour les plus petites CPTS, plus de 175 000 habitants pour les plus grandes CPTS

D’après les Accords conventionnels interprofessionnels (ACI), dans quelle taille de CPTS vous situez-vous ?

⬜ Taille 1 : - 40 000 habitants

⬜ Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants

⬜ Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants

⬜ Taille 4 : plus de 175 000 habitants

⬜ Taille 4 : plus de 175 000 habitants et plus de 100 professionnels de santé adhérents

1.3. Identification et analyse de l'offre existante sur le territoire qui sera en lien avec la CPTS
(offre de soins, offre médico-sociale, offre sociale, offre institutionnelle, offre de coordination, etc.).

1.4. Avez-vous eu l’occasion de communiquer sur votre projet de CPTS à l’ensemble des professionnels de santé/établissements de santé de votre territoire depuis la validation de votre pré-projet?

* Quelles actions de communication avez-vous mises en place à destination des professionnels et structures de santé du territoire pour les informer du projet de CPTS ?
* Combien de professionnels ont participé/été touchés par ces actions ?
* Quelles autres actions envisagez-vous pour augmenter l’adhésion des acteurs de santé du territoire ?

1.5. Quelles sont les modalités d'organisation de la gouvernance de la CPTS ?

1.6. Liste des acteurs

• liste des professionnels de santé participant à la CPTS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Catégorie de professionnels de santé** | **Nom Prénom** | **Lieu d’exercice** | **Structure d’appartenance** | **Participation à la gouvernance****(oui/non)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

• Liste des établissements participant à la CPTS :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Service et/ou établissement** | **Nom Prénom** | **Localisation** | **Participation à la gouvernance****(oui/non)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1.7. Quelles sont aujourd'hui les modalités de travail existantes entre les acteurs impliqués (réunions communes, protocoles de prise en charge communs, systèmes d'information communs, messagerie sécurisée, dispositif d’appui à la coordination (DAC), articulation avec le SAS (Service d’Accès aux Soins), HPR (Hôpitaux de proximités) etc.) ?

1.8. D’après vos premiers éléments de diagnostic, détaillez les problématiques identifiées ci-dessous :

*Indicateurs d'état des lieux de l'existant quantitatifs et qualitatifs, descriptif de la prise en charge et/ou du type de parcours patients posant problème.*

• L’accès à un médecin traitant

• La fréquentation des urgences et l’organisation des soins non programmés

• Les points de rupture dans les parcours de santé

• Les actions de prévention

* La gestion des crises sanitaires graves
* La qualité des soins/pertinence
* L'accompagnement des professionnels de santé dans leur installation dans des zones sous-denses
* Toutes autres thématiques

**2. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS**

2.1. Quels sont les objectifs visés par le projet de CPTS en lien avec les problématiques identifiées :

* en faveur des patients du territoire concerné (exemple : amélioration du parcours du patient diabétique) ;
* en faveur des acteurs impliqués (exemple : amélioration de l'échange d'informations entre eux).

2.2. Modalités de mise en œuvre

* Quelles sont les actions envisagées par les acteurs impliqués pour répondre aux problématiques identifiées ? *(Une fiche action par projet, cf. document "Modèle de fiche action" ci-après)*
* Envisagez-vous de mettre en œuvre des actions de télémédecine dans votre projet ? détaillez.
* Les missions socles des ACI de l’Assurance Maladie seront-elles présentes dans le projet de CPTS, et si oui, quelle est leur mise en œuvre ?
	+ Mission d’accès aux médecins traitants
	+ Mission d’accès aux soins non programmés
	+ Mission de parcours/coordination
	+ Mission de prévention
	+ Mission gestion des crises sanitaires graves

**Si toutes les missions socles ne sont pas remplies, votre projet ne pourra pas être reconnu comme CPTS et ne pourra pas être financé par l'Assurance Maladie au titre de l’ACI.**

* Des missions complémentaires, entrant dans l’ACI, seront-elles présentes dans le projet de CPTS, et si oui, comment ?
	+ Mission qualité et pertinence
	+ Mission accompagnement des professionnels de santé
* Autres actions envisagées par la CPTS, non mentionnées précédemment ?
* Quel est le calendrier de mise en œuvre des actions ?

2.3. Cohérence du projet avec les acteurs et projets déjà existant sur le territoire concerné

* Quels sont les acteurs et projets existants pouvant avoir un lien avec le projet de CPTS proposé ?
* Quels sont les articulations envisagées par les porteurs de la CPTS avec ces acteurs et projets existants ?

2.5. Dispositif / système d'information

* Quels sont les systèmes d'informations actuellement utilisés par les porteurs du projet de CPTS pour communiquer entre eux ?
* Le projet induit-il un besoin de partage et/ou d'échanges d'informations qui n'est pas possible à ce jour ? Si oui, quelles sont les besoins et/ou fonctionnalités qui seraient nécessaires pour la mise en œuvre du projet ?
* Les professionnels adhérents au projet de CPTS ont-ils connaissance à ce jour de l’outil « Mes Patients » développé par le GCS e-santé SISRA ? Si oui, la CPTS disposera-t-elle de cet outil ?

***Signature du représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS***

**MODÈLE DE FICHE ACTION**

Nous vous invitons à remplir une fiche par action identifiée. Ces fiches sont à intégrer au projet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions ACI / Objectifs régionaux de référence au PRS** |  |
| **Principaux éléments du diagnostic territorial** |  |
| **Finalité / objectif général du projet** |  |
| **Objectif opérationnel** |  |
| **Description de l’action** |  |
| **Point d’adhérence avec les autres actions de la CPTS** |  |
| **Public bénéficiaire** |  |
| **Acteurs de l'action** |  |
| **Calendrier :*** début de l’action
* étapes clés
* fin prévisionnelle
 |  |