*Liste minimale des éléments   
à fournir dans le pré-projet de CPTS*

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | Mail :  Téléphone :  Fax :  Adresse postale : |
| Personne contact  (nom, prénom, profession, téléphone, courriel) |  |
| Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS |  |

1. **Historique de la dynamique**

* Noyau dur du groupe projet
* Réunions de communication, de promotion du projet… (*Avez-vous eu l’occasion de communiquer de votre projet de CPTS à l’ensemble des professionnels de santé /établissements de santé de votre territoire ?*)
* Appui d’un partenaire (ARS / CPAM / URPS / FEMASAURA / GRCS…)
* Existence d’une structure juridique (la forme juridique privilégiée est l’association loi 1901)

Liste des personnes impliquées dans la construction du projet (faire figurer en orange ceux dont la participation est encore incertaine) :

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

1. **Quel est le territoire d'action du projet ? (à joindre en fichier Word + ajouter une cartographie) Vous pouvez vous aider des outils type Rezone CPTS.**

*Vigilance sur les zones blanches ou les zones déjà couvertes, l’ensemble du territoire doit être couvert.*

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

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

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

1. **Transmettre les éléments de diagnostic du territoire ciblé :**

*Se renseigner auprès des acteurs disposant d'éléments de diagnostics territoriaux : maisons de santé pluriprofessionnelles, contrats locaux de santé (s’ils existent), MAIA, réseaux de santé, mairie, CPAM… L’équipe projet peut aussi faire des recherches sur son territoire par le biais de* [*C@rtoSanté*](https://cartosante.atlasante.fr/#c=home)*. D'autres outils sont disponibles (liste non exhaustive) :* [*Balises (ORS / ARS)*](http://www.balises-rhone-alpes.org/)***,*** [*Observatoire des fragilités (CARSAT*](https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/#c=home)***),*** [*Scan Santé (ATIH)*](https://www.scansante.fr/)*,…*

* Population concernée :
* profil démographique : nombre d’habitants, évolution démographique, sur- ou sous- représentation de certaines classes d'âge par rapport aux moyennes départementales, régionales et évolution.
* profil social : taux de bénéficiaires CSS/CMUc comparativement aux moyennes départementales, régionales, taux de pauvreté, catégories socio-professionnelles.
* profil pathologique : taux de vaccination et de dépistages, pathologies prégnantes dont surreprésentation de certaines ALD par rapport aux moyennes, etc.
* Démographie médicale & paramédicale sur le territoire d’action :

*Une certaine représentativité (15%) est attendue au sein du pré-projet. En effet, il convient de fédérer un maximum d’acteurs dès les prémisses.*

* Organisation du territoire autour de la santé : habitudes de travail, messagerie sécurisée (*Connaissez-vous & utilisez-vous les outils MonSISRA ?*), évolution de l’offre de soins, recours aux soins de la population (FLUX PATIENTS), réunions communes, protocoles de prise en charge communs, organisation de la PDSA, etc.
* Structures d’exercice coordonnée existantes sur le territoire (centres de santé / MSP / ESP / équipes de soins spécialisées / DAC (dispositif d’appui à la coordination) (en cas de besoin, se rapprocher des organismes de tutelles : ARS ; CPAM ; ELSM)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Structure d’exercice coordonnée** | **Nom Prénom** | **Localisation** | **Participation à la gouvernance**  **(oui/non)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Champ sanitaire (dont hôpitaux de proximité), médico-social & social du territoire

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

* Dans le cas où vous n’auriez pas pris contact avec l’ensemble des acteurs du territoire, lister les structures et / ou personnes à contacter prochainement :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Structure et/ou profession** | **Nom Prénom** | **Localisation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Les actions de la CPTS :**

*L’objectif étant de faire adhérer la CPTS à l’Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) proposé par l’Assurance Maladie pour obtenir un financement pérenne et annuel, 5 missions obligatoires devront être travaillées en fonction des éléments de diagnostic :*

* *L’accès à un médecin traitant*
* *La fréquentation des urgences, l’organisation des soins non programmés et l’articulation avec le SAS (Service d’accès aux soins) s’il existe sur votre département*
* *Les points de rupture dans les parcours de santé*
* *Les actions de prévention*
* *La gestion des crises sanitaires graves*
* D’après vos premiers éléments de diagnostic et des attentes de l’ACI, détaillez les problématiques identifiées ci-avant et proposer des actions concrètes d’organisation pluri-professionnelle.

Quels moyens d’action sont envisagés par la CPTS (SI partagé, MSS, protocoles de prise en charge communs, réunions communes…)

* La mise en place de la CPTS est-elle en adéquation avec les thématiques du PRS et du (ou des) CLS présent(s) sur le territoire ?

1. **Calendrier prévisionnel :**

*Phase de construction, dépôt du projet de santé, début de mise en œuvre…*

1. **Souhaitez-vous bénéficier d’un accompagnement via l’Accélérateur CPTS (appui méthodologique) ?**
2. **Souhaitez-vous mettre en place une mission précoce (pré-requis : accompagnement Accélérateur obligatoire) ?**
3. **Pour la rédaction du projet de santé, souhaitez-vous (la décision doit être prise et validée en Bureau) :**

* faire appel à un prestataire extérieur / cabinet privé ;
* le faire faire par la/le futur(e) coordonnateur(ice) ;
* le rédiger au sein de la CPTS par un groupe de professionnels de santé (l’indemnisation doit être déterminée dans le règlement intérieur).

1. **Budget prévisionnel lié au financement ARS au titre du pré-projet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Charges | | Produits | |
| Communication  Frais de réunion (location, repas, etc..) |  | Subvention ARS | 15 000€ |
| * Rémunération coordinateur   ou   * Rémunération du coordonnateur (salaire + charges)   ou   * Indemnisation temps d’écriture de l’équipe projet |  |  |  |
|  |  |  |  |