Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Lettre d'intention

Intitulé du projet	
Date de rédaction :	

Porteur projet	
Profession	
Adresse postale	
Mail	
Téléphone	

Voir outil : aide à la rédaction

RAPPEL : Prenez contact avec votre interlocuteur départemental pour vous aider à rédiger cette lettre d'intention et constituer votre dossier.

I - Le contexte territorial

Caractéristiques du territoire couvert par le projet CPTS

Délimitation géographique actuelle du projet

Insérez la carte du territoire du projet :

Indiquez-le(s) nom(s) des communes (quartiers le cas échéant, notamment si territoire infra communal), les CODES POSTAUX et CODES INSEE

Pour trouver les correspondances Code postal / Code Insee : lien vers l'outil

COMMUNES / QUARTIERS	CODE POSTAL	CODE INSEE

Nombre total de communes :		

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

Taille de la CPTS :

☐ Taille 1 (moins de 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)

Pré-diagnostic territorial - Problématiques de santé identifiées sur le territoire

Si des éléments de diagnostic ont été transmis par le biais du Guichet CPTS, les joindre en annexe – **Voir outil demande de diagnostic**
Précisez ci-dessous de manière succincte votre pré-diagnostic (principales caractéristiques de la population et de l'offre de soins*)* ainsi que les sources qui vous ont permis de l'établir.

Au regard des éléments de diagnostic et de l'avis des professionnels de santé impliqués dans le projet, décrire la(les) prise(s) en charge et/ou le(s) type(s) de parcours posant des difficultés sur le territoire. Exemples : dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés.

Description des modalités de travail existantes

Outils et moyens déjà intégrés sur le territoire
Exemples : Systèmes d'information communs, e-prescription, messagerie sécurisée, protocoles de coopération etc… :

Partenariat(s) et réseau(x) existant(s) :

Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, MSP)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Collectivités territoriales	☐ NON	☐ OUI - Précisez :

II - Le projet de CPTS

IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA CONSTRUCTION DU PROJET

Méthodologie employée pour informer et mobiliser les acteurs de santé du territoire de la future CPTS
Si utilisation du questionnaire des URPS, joindre le fichier de réponses.
Précisez la méthodologie employée : Comment les avez-vous contactés (par courrier/tel/mail, date d'envoi, nombre de professionnels contactés) ? Sur quel listing vous êtes-vous appuyés ?
Avez-vous organisé des réunions : date(s), lieu(x), nombre d'invitations envoyées et nombre de participants ?
Envisagez-vous d'autres actions de communication prochainement ?

Professionnels informés et sollicités sur le territoire

Profession	Nb de professionnels identifiés	Nb de professionnels sollicités	Nb de professionnels souhaitant adhérer à la démarche
Médecins généralistes			
Médecins spécialistes			
Infirmiers			
Biologistes			
Pharmaciens			
Masseurs-Kinésithérapeutes			
Sages-femmes			
Orthophonistes			
Orthoptistes			
Dentistes			
Pédicures-podologues/orthésistes			
Autres (préciser)			

Autres Sollicitations *(cochez la case correspondante)* :		
Hôpital(ux) public(s)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Etablissement(s) de santé privé(s)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Elu(s) territorial(ux)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Structure(s) médico-sociale(s)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Structure(s) sociale(s)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :
Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, MSP, PTA)	☐ NON	☐ OUI - Précisez :

Liste des professionnels engagés dans la construction du projet

EQUIPE PROJET : *Professionnels Libéraux*

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité	Ville d'exercice	Structure d'appartenance

PARTENAIRES : *Professionnels des établissements de santé ou médico-sociaux*

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité	Ville d'exercice	Structure d'appartenance

Missions et objectif(s) visé(s) par le projet

Descriptif succinct de chaque mission : objectifs, outils et méthodes envisagés, impact souhaité pour la population et les acteurs impliqués

Intitulé de la mission	Oui	Non	Description
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins - Faciliter l'accès à un médecin traitant	☐	☐	
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins - Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	☐	☐	
Mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	☐	☐	
Mission en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	☐	☐	

Intitulé de la mission	Oui	Non	Description
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	☐	☐	
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	☐	☐	
Autres actions*	☐	☐	

** Liens possible avec le PRS – Projet Régional de Santé Occitanie*

Une structure juridique est-elle déjà créée pour porter le projet ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En cours

Précisez (nom, forme juridique, siège social, date de création) :	

Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet

Phase de construction du projet de CPTS	De MM/AAAA à MM/AAAA
Dépôt de la lettre d'intention	MM/AAAA
Dépôt du projet de santé	MM/AAAA
Contractualisation avec l'ARS et CPAM	MM/AAAA