

Lettre d'intention

Intitulé du projet

Date de rédaction :

Voir outil : aide à la rédaction

Porteur projet

Profession

Adresse postale

Mail

Téléphone

RAPPEL : la lettre d'intention doit être accompagnée d'un formulaire CERFA de demande de subvention
[Accès formulaire simplifié](#)

I - Le contexte territorial

Caractéristiques du territoire couvert par le projet CPTS

Délimitation géographique actuelle 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

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)

Diagnostic territorial - Problématiques de santé identifiées sur le territoire

Si le diagnostic a été réalisé par le biais du Guichet CPTS, le joindre en annexe – **Voir outil demande de diagnostic**
Sinon, précisez ci-dessous votre diagnostic 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)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Collectivités territoriales	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> 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.

Sinon, précisez la méthodologie employée : Comment les avez-vous contactés : par courrier/tel/mail ? Sur quel listing vous êtes-vous appuyés ? Avez-vous organisé des réunions : date(s), lieu(x), nombre d'invitations envoyées et nombre de participants ?

Professionnels informés et sollicités sur le territoire

Profession	Nb de professionnels identifiés	Nb de professionnels sollicités	Nb de professionnels engagés dans 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)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Etablissement(s) de santé privé(s)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Elu(s) territorial(ux)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Structure(s) médico-sociale(s)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Structure(s) sociale(s)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - Précisez :
Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, MSP, PTA)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> 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 missions	Oui	Non	Description
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins - Faciliter l'accès à un médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins - Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mission en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres actions*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

Non Oui

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

Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet

Phase de construction du projet de CPTS	Du XX/XXXX à XX/XXXX
Date Dépôt de la lettre d'intention	XX/XXXX
Date Dépôt du projet de santé	XX/XXXX
Contractualisation avec l'ARS et CPAM	XX/XXXX