Mac:Users:xavier.hasendahl:Desktop:ELEMENTS TEMPLATES SIG:LOGOS:REPUBLIQUE_FRANCAISE:eps:Republique_Francaise_CMJN.eps

|  |
| --- |
| **Dossier de candidature pour un accompagnement à l’élaboration**  **d’un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)** |

***Dossier à transmettre sur l’adresse suivante****:* [ars-bretagne-secretariat-daspf@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-secretariat-daspf@ars.sante.fr)

Tout dossier de candidature pour être accompagné dans un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé sera présenté par les porteurs devant une commission régionale pour avis, avant validation de l’accompagnement par le directeur général de l’ARS Bretagne.

En amont de cette présentation, votre dossier de candidature sera examiné et une rencontre sera à organiser avec vous pour échanger sur votre projet.

Dans ce cadre et dans un souci d’opérationnalité, **toute demande d’accompagnement devra nous être adressée environ 1 mois et demi avant la commission CPTS. Pour connaître les dates de réunion de cette commission, consultez le PAPS :** <https://www.bretagne.paps.sante.fr/etre-accompagne-dans-la-creation-et-le-fonctionnement-dune-cpts-4?parent=8745&rubrique=8742>

**Référent du projet**

Nom :

Téléphone :

Mail :

**Coordonnées de la structure juridique**

*(Coordonnées de la structure juridique destinée à recevoir les financements pour élaborer le projet de CPTS cette entité juridique n’est pas nécessairement celle qui portera la CPTS) :*

Nom de la structure :

Président / Personne responsable :

Téléphone :

Mail :

N° SIRET :

**Liste des professionnels leaders et équipe projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom-Prénom | Profession | Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social) | Nom de la structure d'appartenance (MSP, CH, SSIAD, cabinet individuel, de groupe, …) | Lieu  d'exercice |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Fonction de coordination du projet de CPTS**

Avez-vous identifié une fonction de coordination pour la structuration du projet de CPTS ? Si oui, sur quelle(s) personne(s) reposerait cette fonction ?

**Liste des professionnels de santé de 1er recours, de 2ème recours, les acteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux sollicités dans la construction du projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Profession **et** Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social) | Représentant d’une organisation (MSP, CH, SSIAD,…) ou à titre individuel : préciser | Lieu  d'exercice | Participation envisagée : OUI/NON |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Territoire de réalisation du projet**

Nom du Territoire s’il existe :

Nombre d’habitants :

Joindre la liste des cantons ou communes concernés par le dossier de candidature

Avez-vous connaissance de dynamiques entre les différents acteurs du territoire (ambulatoire, hospitalier, médico-social et social) ? Si oui lesquelles ?

S’il existe une Plateforme Territoriale d'Appui sur le territoire de projet, avez-vous déjà pris contact avec elle ?

**Les thématiques envisagées**

Par thématique, précisez les enjeux et difficultés constatés, les objectifs visés, la population cible, les moyens d’action envisagés et la part de celle-ci sur le territoire de la future CPTS, les professions / structures à associer

Thématique 1 : …………………..……………………………………………………………………………………………………

Enjeux/ difficultés constaté(e)s

Objectif(s)

Moyens d'actions/leviers envisagés par les professionnels impliqués pour répondre à la problématique identifiée

Population cible et part de celle-ci dans le territoire concerné

Professions/structures à associer :

Thématique 2 : …………………..……………………………………………………………………………………………………

*….*

**Le calendrier prévisionnel pour la formalisation du projet**

Durée prévisionnelle pour élaborer votre projet :

Thématiques prioritaires travaillées :

Modalités organisationnelles et périodicité (COPIL, groupes de travail, CA,…) :

Budget prévisionnel pour élaborer votre projet :

Dépôt du projet de santé envisagé :

Début de mise en œuvre :

**Atouts et freins éventuels à souligner**

Atouts :

Freins/difficultés repérés :

Date :

Signature des professionnels/structures impliqués :