

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 10 mai 2022
Par Mme VIVIER Lucie**



**Les communautés professionnelles territoriales de santé :
aspects théoriques et étude d'un cas pratique impliquant un
pharmacien d'officine**

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur DINE Thierry, Professeur de pharmacie clinique, Faculté de Pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier, Groupe Hospitalier Loos-Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse et assesseur : Madame le Docteur LEHMANN Hélène, Maître de conférences habilitée à diriger des recherches en droit pharmaceutique et de la santé, Faculté de Pharmacie de Lille

Membres extérieurs : - Madame le Docteur GENEAU DE LAMARLIERE Chantal, pharmacien titulaire, Saint Pol sur Ternoise
- Monsieur le Docteur GENEAU DE LAMARLIERE Pierre, pharmacien titulaire, Saint Pol sur Ternoise
- Madame le Docteur BOURGAIN Isabelle, pharmacien titulaire, Blendecques

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 1/9

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Audrey Hennebelle Assistante de direction	Cyrille Porta Responsable des Services	Delphine Allorge Doyen

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Christel BEAUCOURT
Olivier COLOT
Kathleen O'CONNOR
Jérôme FONCEL
Marie-Dominique SAVINA

UFR3S



Doyen
Premier Vice-Doyen
Vice-Doyen Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoires-Partenariats
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen International et Communication
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Guillaume PENEL
Éric BOULANGER
Damien CUNY
Sébastien D'HARANCY
Hervé HUBERT
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Claire PINÇON
Vincent SOBANSKI
Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
Assesseur aux Ressources et Personnels
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté
Responsable des Services
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
Benjamin BERTIN
Stéphanie DELBAERE
Anne GARAT
Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE



 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 2/9

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)



Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 3/9

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 4/9



Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)



Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)


Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 5/9

M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 6/9

Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86

		LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE		Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal			Page 7/9

Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85



Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maitres de Conférences Associés

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 8/9



Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 9/9

M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Merci à Monsieur Thierry DINE d'avoir accepté de présider ce jury. Merci pour vos enseignements de pharmacologie et de pharmacie clinique tout au long de ces six années d'études.

Merci à Madame Hélène LEHMANN, d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, merci pour votre réactivité et vos conseils pour la construction de cette thèse. Merci également pour vos enseignements de droit pharmaceutique tout au long de ce cursus.

Merci à Madame et Monsieur GENEAU DE LAMARLIERE de m'avoir accueillie au sein de votre officine depuis maintenant quatre ans. Merci de m'avoir appris les vraies valeurs du pharmacien, de m'avoir transmis votre savoir qui me permettront d'être épanouie dans ma vie professionnelle. Merci infiniment pour la confiance que vous m'accordez.

Merci à Madame BOURGAIN pour votre aide précieuse dans l'élaboration de ce travail qui m'a permis de terminer celui-ci. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci à mes parents, mes grands-parents et mon frère pour leur soutien tout au long de ces années d'études, merci de m'avoir permis de faire ce parcours.

Merci également à toute l'équipe de la pharmacie du TERNOIS, Karine, Sabrina, Séverine et Sophie pour les bons moments au sein de la pharmacie, pour votre gentillesse et pour tout ce que vous m'avez appris.

Merci à Charles-Antoine DUHAMEL de m'avoir fait confiance pour ma première expérience professionnelle. Merci également à toute l'équipe de la pharmacie pour m'avoir bien accueillie et partagé vos connaissances.

Merci à mes amies, Alice, Claire, Juliette, Lucie, Mathilde, Soukaïna pour les bons moments passés ensemble.

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue au cours de ces six années.

Merci à tous les enseignants que j'ai rencontré au cours de ma scolarité.

Enfin, merci à tous les professeurs de la faculté pour leurs enseignements durant ces années d'études.

**Les Communautés Professionnelles Territoriales de
Santé : aspects théoriques et étude d'un cas pratique
impliquant un pharmacien d'officine**

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACS : Aide au paiement pour une Complémentaire Santé
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AG : Assemblée Générale
ALD : Affection Longue Durée
AM : Assurance Maladie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASRL : Association d'Action Sociale et Médico-sociale des Hauts-de-France
BM : Bilan Médicamenteux
CA : Conseil d'Administration
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLS : Contrat Local de Santé
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DMP : Dossier Médical Partagé
DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
EPSM : Établissements Psychosociaux Médicalisés
ESP : Équipe de Soins Primaires
ETP : Éducation thérapeutique du patient
FIR : Fond d'intervention régional
GHT : Groupement Hospitalier de territoire
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PTSM : Projets Territoriaux de Santé Mentale

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UNA : Union Nationale de l'Aide

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Liste des figures

Figure 1 : *Représentation de l'exercice coordonné (diapo réunion du 15 octobre 2020)*

Figure 2 : *Différentes missions des CPTS*

Figure 3 : *Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire en décembre 2021(18)*

Figure 4 : *CPTS en région Hauts-de-France (Septembre 2021)*

Figure 5 : *Niveau de maturité des CPTS dans les Hauts-de-France (20)*

Figure 6 : *Étapes clés de la création d'une CPTS (réunion URPS)*

Figure 7 : *Process de création d'une CPTS*

Figure 8 : *Délai minimal et maximal pour le démarrage et le déploiement des missions après signature du contrat*

Figure 9 : *Financement par l'assurance maladie*

Figure 10 : *Montants des financements en fonction des missions*

Figure 11 : *Exemple de modalités de versement du financement*

Figure 12 : *Les instances de gouvernance de la CPTS*

Liste des annexes

Annexe 1 : *Lettre d'intention CPTS du T*****

Annexe 2 : *Projet de santé de la CPTS A******

Annexe 3 : *Contrat d'adhésion à l'ACI CPTS A******

Annexe 4 : *Processus de prise en charge pour le protocole Pollakiurie et brûlures mictionnelles chez la femme de 16 à 65 ans (1)*

Annexe 5 : *Processus de prise en charge de l'odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans (2)*

Annexe 6 : *Processus de prise en charge de l'éruption vésiculeuse prurigineuse (3)*

Annexe 7 : *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques selon la HAS (4)*

Sommaire

INTRODUCTION	20
PARTIE I : ASPECTS THEORIQUES.....	21
I- DEFINITION DE LA CPTS ET GENERALITES.....	21
1) DEFINITION.....	21
2) CPTS ET AUTRES STRUCTURES	21
3) OBJECTIF ET MISSIONS DE LA CPTS.....	23
a) <i>Amélioration de l'accès aux soins</i>	24
b) <i>Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient</i>	25
c) <i>Développement des actions territoriales de prévention</i>	26
d) <i>Missions complémentaires</i>	26
4) DONNEES STATISTIQUES.....	27
a) <i>Au niveau national</i>	27
b) <i>Au niveau régional : exemple de la région Hauts de France</i>	29
5) COMPOSITION DE LA CPTS.....	30
6) BENEFICES POUR LE PATIENT	31
7) BENEFICES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET L'OFFICINE	31
II- ASPECTS JURIDIQUES.....	32
1) LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE	32
2) ORDONNANCE N°2021-584 DU 12 MAI 2021 RELATIVE AUX CPTS.....	33
III- CREATION DE LA CPTS.....	34
1) LES DIFFERENTES ETAPES CLES	34
a) <i>Le diagnostic territorial</i>	36
b) <i>La lettre d'intention</i>	37
c) <i>Le projet de santé</i>	38
2) LE FINANCEMENT DE LA CPTS.....	42
a) <i>L'assurance maladie</i>	42
b) <i>Les ARS</i>	45
c) <i>Les collectivités territoriales et les établissements publics</i>	46
3) LE PILOTAGE ET L'ORGANISATION D'UNE CPTS.....	46
a) <i>Forme juridique de la CPTS</i>	46
b) <i>Gouvernance de la CPTS</i>	48
PARTIE II : CAS PRATIQUE IMPLIQUANT UN PHARMACIEN D'OFFICINE	52
I- EXEMPLE D'UNE CPTS EN COURS DE CREATION	52
1) ORIGINE DE LA REFLEXION.....	52
2) LA LETTRE D'INTENTION (ANNEXE N°1)	53
a) <i>Le territoire d'action envisagé de la CPTS</i>	53
b) <i>Les acteurs et les partenaires du projet</i>	70
c) <i>Les premiers éléments de diagnostic territorial</i>	71
d) <i>Les principales orientations proposées pour le projet de santé</i>	72

II- RETOUR D'EXPERIENCE D'UN PHARMACIEN D'OFFICINE EXERÇANT AU SEIN D'UNE CPTS.....	77
1) QUI EST A L'ORIGINE DE LA CPTS ?	77
2) POURQUOI AVEZ-VOUS DECIDE DE CREER UNE CPTS SUR CE TERRITOIRE ?.....	77
3) QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI ONT REJOINT RAPIDEMENT LE PROJET ? 78	78
4) QUELLES SONT LES CARACTERISTIQUES DE LA CPTS ?	78
5) QUELLE EST LA COMPOSITION ACTUELLE DE LA CPTS ?	78
6) QUELLE EST LA COMPOSITION DU BUREAU ?	78
7) QUEL EST LE STATUT JURIDIQUE CHOISI ?	78
8) COMBIEN DE TEMPS A DURE LA MISE EN PLACE DE LA CPTS ?	79
9) QUELLES SONT LES ACTIONS MISES EN PLACE POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS ?	79
10) QUELLES SONT LES ACTIONS MISES EN PLACE EN FAVEUR DE L'ORGANISATION DE PARCOURS PLURI PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT ?.....	80
11) QUELLES SONT LES ACTIONS MISES EN PLACE POUR DEVELOPPER LA QUALITE ET LA PERTINENCE DES SOINS ?	81
15) COMMENT L'ORGANISATION EN CPTS SUR CE TERRITOIRE A-T-ELLE PERMIS DE REPENDRE A LA CRISE SANITAIRE ?	84
17) QUEL EST POUR VOUS L'INTERET DE TRAVAILLER EN EXERCICE COORDONNE ?.....	85
18) QUEL EST LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE EXERÇANT AU SEIN D'UNE CPTS ?	85
19) QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE ?.....	86
20) COMMENT INCITER D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE A REJOINDRE LE PROJET ?	86
III- INTERET DE CE MODE D'EXERCICE ET PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE ..	87
1) INTERET DE L'EXERCICE EN CPTS POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET POUR LES PATIENTS	87
2) PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE AU SEIN DE LA CPTS.....	88
a) <i>Les protocoles de coopération</i>	88
b) <i>Le pharmacien correspondant</i>	94
c) <i>La conciliation médicamenteuse</i>	94
d) <i>L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)</i>	96
CONCLUSION	99
ANNEXES	100
BIBLIOGRAPHIE	147

Introduction

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution depuis quelques années, notamment depuis l'adoption de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) de 2009 et de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui modifie la manière de travailler en donnant de nouvelles missions au pharmacien.

Cette évolution s'est accentuée notamment avec la crise sanitaire COVID-19 renforçant le rôle du pharmacien d'officine et l'intérêt d'un exercice coordonné.

En effet, de nouvelles missions sont confiées au pharmacien d'officine telles que la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique, d'entretiens pharmaceutiques, de bilans partagés de médication, la vaccination antigrippale et contre la COVID-19 depuis le 15 mars 2021.

Ces nouvelles missions nécessitent une certaine coordination qui peut se faire par le biais des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et d'autres, imposent l'appartenance à cette structure pour pouvoir être mises en œuvre.

Une des nouvelles missions complémentaires de la CPTS depuis le 12 mai 2021 est d'ailleurs la participation à la réponse aux crises sanitaires.

En septembre 2021, 14 CPTS uniquement sont opérationnelles dans les Hauts-de-France.

La création et la mise en place d'une CPTS est un travail qui est long et d'autant plus compliqué en cette période de crise sanitaire.

Nous allons voir comment se met en place une CPTS, puis nous aborderons la question de l'intérêt d'exercer au sein de cette structure et enfin les missions de celle-ci.

Dans un premier temps, nous verrons les aspects théoriques de la création et de la mise en place d'une CPTS.

Dans un second temps, nous présenterons un cas pratique impliquant un pharmacien d'officine et montrant l'intérêt de travailler en exercice coordonné.

Partie I : Aspects théoriques

I- Définition de la CPTS et généralités

1) Définition

Une CPTS est une communauté professionnelle territoriale de santé qui a pour objectif de structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire en lien avec le sanitaire, le médico-social et le social. L'objectif étant de mieux organiser l'accès aux soins, les parcours et de promouvoir les prises en charge ambulatoires.

Les professionnels de santé vont prendre la responsabilité de s'organiser afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire : on parle de « responsabilité populationnelle ». (5)

Les CPTS devront soutenir les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS).

Les CPTS ont été créées par la **loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** pour transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations.(6)

La création des CPTS est l'une des mesures du plan de transformation du système de santé « **Ma santé 2022** » ou **loi du 24 juillet 2019** qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins. Il est prévu par la loi santé la création de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022. (7)

2) CPTS et autres structures

Il existe différentes structures à ne pas confondre avec la CPTS.

Tout d'abord, **l'équipe de soins primaires (ESP)** qui rassemble des professionnels de santé du premier recours qui travaillent de manière coordonnée à la prise en charge de leur patientèle. Elle nécessite la présence d'au moins un médecin généraliste. Une ESP peut participer à la création et faire partie de la CPTS.

Les ESP ont pour objectif d'assurer une meilleure coordination des professionnels de proximité, améliorer le parcours de santé et répondre aux besoins de leur patientèle.

Ensuite, la **Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)** qui est quant à elle un regroupement de professionnels de santé, de 1^{er} recours principalement avec au

minimum deux médecins généralistes et un paramédical. Elle s'engage dans la formation des professionnels, formalise l'exercice coordonné, propose de nouveaux services aux patients (prévention, éducation thérapeutique du patient /ETP), assure la continuité et la permanence des soins. L'exercice se fait sur un lieu unique ou multi-site avec une système d'information partagé.

Il y a également la **plateforme territoriale d'appui (PTA)** qui est un outil à disposition des professionnels. Elle a pour fonction l'appui aux professionnels de santé dans la coordination des parcours de santé complexes.

Elle répond à trois types de missions :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources du territoire,
- Appui à l'organisation des parcours complexes,
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Cette structure peut être portée par une CPTS. (8)

La CPTS est un regroupement territorial d'acteurs de santé (exerçant dans les domaines de la santé, du médico-social, ou du social), en particulier de professionnels de santé de ville. L'approche est populationnelle, en effet, on s'intéresse à l'échelle de la population. La CPTS n'est pas une structure de soins mais une organisation qui s'appuie sur l'existant du territoire.

La CPTS entre dans le cadre de l'exercice coordonné avec une complémentarité entre CPTS et MSP.

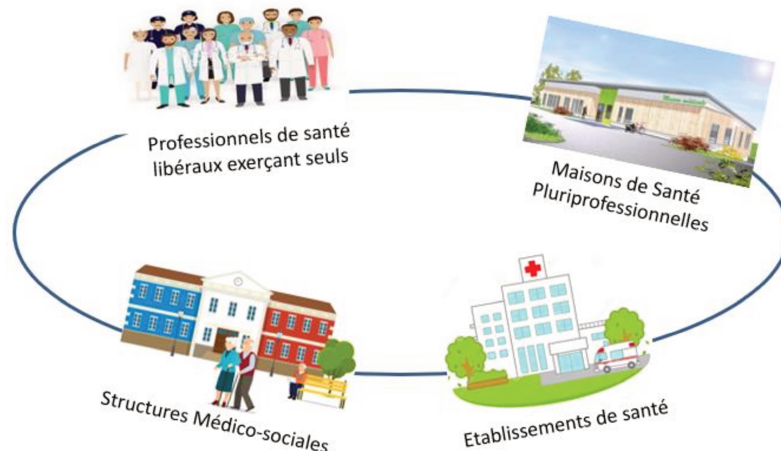


Figure 1 : Représentation de l'exercice coordonné (diapo réunion du 15 octobre 2020)

3) Objectif et missions de la CPTS

L'objectif d'une CPTS est de coordonner sur un même territoire les professionnels de santé du premier et du second recours pour résoudre des problématiques de santé conjointement identifiées.

Le but est de **décloisonner et réorganiser les soins** autour du patient avec notamment l'organisation des soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'amélioration de l'attractivité médicale du territoire, la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile....

Les professionnels de santé peuvent choisir de se constituer en CPTS afin d'élargir l'offre de soins proposée sur un territoire, permettre un exercice moins isolé, faciliter les échanges avec les confrères, favoriser le travail d'équipe pour une prise en charge coordonnée du patient, faciliter la continuité des soins, améliorer les pratiques professionnelles, permettre un cadre propice à des pratiques innovantes, favoriser la formation des futurs professionnels de santé, favoriser l'installation de professionnels de santé et ainsi une meilleure répartition de l'offre de soins, favoriser la recherche, améliorer les conditions d'exercice, permettre un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle... (9)



Figure 2 : Différentes missions des CPTS (10)

Trois missions socles doivent être obligatoirement remplies afin qu'une CPTS puisse être **reconnue par l'Agence Régionale de Santé (ARS)**.

a) Amélioration de l'accès aux soins

La première mission est celle de **l'amélioration de l'accès aux soins**.

Cette mission a pour objectif de faciliter l'accès à un médecin traitant et d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.

Tout d'abord, afin de faciliter l'accès à un médecin traitant, il convient – en lien avec les acteurs du territoire concerné et avec l'Assurance Maladie – de recenser des patients qui recherchent un médecin traitant. Mais aussi d'analyser leur niveau de priorité en fonction de leur état de santé (fragilité, précarité) et de mettre en œuvre une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la communauté. (11)

Ensuite, en ce qui concerne l'amélioration de l'accès à des soins non programmés, le but est d'organiser la prise en charge du patient le jour même ou dans les 24 heures qui suivent la demande en situation d'urgence non vitale. Cela peut passer par le développement du recours à la télésanté et l'élaboration de protocoles organisationnels. Depuis *l'arrêté du 6 mars 2020* (12), quatre protocoles concernant les pharmaciens mais aussi les infirmiers, ont été publiés. Les conditions de dispensation et formation préalable pour la réaliser ont été définies dans le *décret n°2021-23 du 12 janvier 2021* (13).

L'arrêté du 5 mai 2021 (14) précise la liste des antibiotiques qui peuvent être dispensés sans ordonnance médicale dans le protocole « Pollakiurie et brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans » et « Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans ».

Cet arrêté complète la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui a inscrit dans le code de la santé publique (CSP) la possibilité pour les pharmaciens de délivrer des médicaments de prescription médicale obligatoire sans disposer d'une ordonnance dans le cadre de protocoles. La prescription protocolisée doit être mise en place dans un système d'exercice coordonné. (15)

Le premier protocole concernant la **prise en charge de la cystite chez la femme** (traitement par fosfomycine (MONURIL®) ou pivmécillinam (SELEXID®)) est intitulé « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

Le second protocole concernant **l'angine chez les patients de 6 à 45 ans** (traitement par amoxicilline (CLAMOXYL®), céfuroxime (ZINNAT®), cefpodoxime (ORELOX®), azithromycine (ZITHROMAX®), clarithromycine (ZECLAR®) ou josamycine (JOSACINE®) est intitulé « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ».

Le troisième protocole concernant **la varicelle** chez l'enfant est intitulé « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse purigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ».

Le dernier protocole concernant **le renouvellement de traitement anti-allergique** est intitulé « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ».

b) Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

La seconde mission est celle de **l'organisation de parcours pluri-professionnels** autour du patient.

Le but est d'assurer une meilleure coordination pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours du patient et de favoriser son maintien à domicile. Cela passe par le développement des actions de prévention, de dépistage, de promotion de la santé qui soient adaptées aux besoins spécifiques du territoire, des actions en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des prises en charges en facilitant l'installation de professionnels sur le territoire.

c) Développement des actions territoriales de prévention

La troisième mission est celle du **développement des actions territoriales de prévention**.

Les actions doivent être définies avec l'ensemble des membres de la communauté.

Exemple d'actions de prévention portées par une CPTS :

- Participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de canicule
- Actions conjuguées des professionnels de santé dans le cadre de la vaccination antigrippale et anti-covid, campagnes vaccinales
- Prévention des addictions
- Prévention des risques iatrogènes
- Participer à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'ARS (réseau sentinelles, réseaux de dépistage)...(10)

Ces trois missions donneront lieu à un financement pour la CPTS.

d) Missions complémentaires

Les CPTS ont également la possibilité de choisir de déployer deux missions optionnelles pour lesquelles elles peuvent percevoir un financement complémentaire en souscrivant au **contrat tripartite** tel que défini dans l'**ACI-CPTS**. Ces missions sont les suivantes :

- Le **développement de la qualité et de la pertinence des soins** : échange sur les pratiques, organisation de concertations autour de cas patients (notamment des cas complexes), formalisation de retours d'expériences en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques. Les thèmes des pratiques sont à définir au sein de chaque CPTS. Il n'y a pas de nécessité de se référer à un cahier des charges particulier.
- L'**accompagnement des professionnels de santé sur le territoire** : organisation des actions en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage, promotion de travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du

territoire, etc...), mobilisation des ressources pour faciliter l'accueil des stagiaires.

Une mission complémentaire a été ajoutée depuis l'ordonnance du 12 mai 2021 susceptible d'être assurée par les CPTS, c'est la **participation à la réponse aux crises sanitaires**. Les conditions et les détails ne sont pas encore connus à ce jour.

4) Données statistiques

a) Au niveau national

L'objectif du gouvernement est d'avoir 1000 CPTS en 2022 sur le territoire.

En septembre 2019, 400 projets de CPTS ont été recensés par la DGOS (Direction Générale de l'organisation des soins du Ministère des Solidarités et de la Santé). Ce chiffre est en constante évolution et inclut des projets de création.

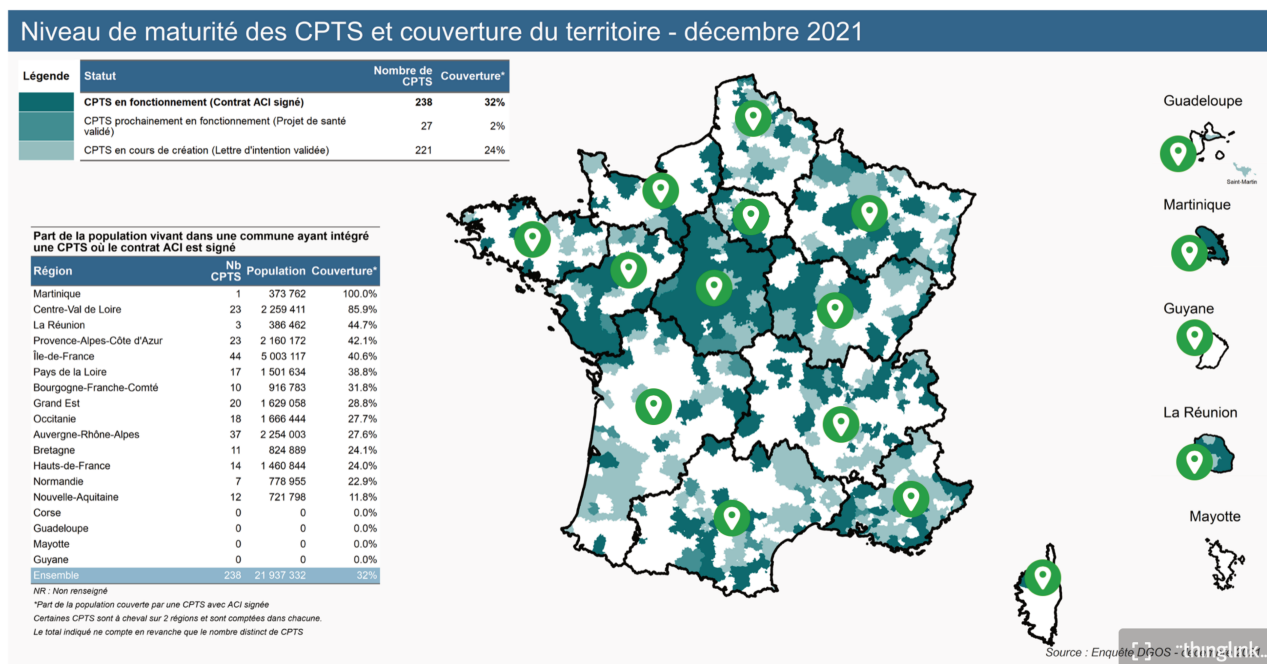
En date du 31 janvier 2020, 49 sont validées par leur ARS (Agence régionale de Santé) et 6 ont contractualisé leur ACI avec l'Assurance Maladie sur le territoire national. (16)

En janvier 2021, on dénombre 123 CPTS opérationnelles. C'est-à-dire celles dont les projets de santé ont été validés.

- 7 en Hauts-de-France selon l'ARS Hauts-de-France, au 1^{er} octobre 2020
- 18 en Ile-de-France selon l'ARS Ile-de-France au 28 décembre 2020
- 3 en Normandie selon la Fédération Nationale des CPTS
- 8 dans le Grand-Est selon la Fédération Nationale
- 33 dans le Centre Val-de-Loire selon la Fédération des URPS
- 13 en Pays-de-la-Loire selon la Fédération Nationale des CPTS
- 3 en Bretagne selon l'ARS Bretagne au 31 décembre 2020
- 3 en Bourgogne-Franche-Comté selon l'ARS Bourgogne Franche-Comté au 18 décembre 2020
- 2 en Nouvelle-Aquitaine selon le site des CPTS Nouvelle Aquitaine
- 16 en Auvergne-Rhône-Alpes selon le site de la Fédération Nationale
- 12 en Occitanie selon le guichet des CPTS des URPS d'Occitanie en décembre 2020
- 1 en Martinique selon le site de la Fédération Nationale

Près d'une centaine d'entre elles auraient signé le contrat tripartite avec l'ARS et la CPAM concernée.

Il semblerait que 328 CPTS soient en projet en date de janvier 2021 d'après la Fédération des CPTS (FCPTS). Parmi ces 328, 162 CPTS se sont fait valider une lettre d'intention par leurs ARS respectives. (17)



Le détail du panorama national précise par région le nombre de CPTS, le nombre d'habitants couverts par une CPTS en fonctionnement et le pourcentage correspondant.

Figure 3 : Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire en décembre 2021 (18)

En décembre 2021, 238 CPTS sont en fonctionnement, 27 seront prochainement en fonctionnement et 221 CPTS sont en cours de création. 32% de la population est couverte sur le territoire national par une CPTS en fonctionnement.

b) Au niveau régional : exemple de la région Hauts de France

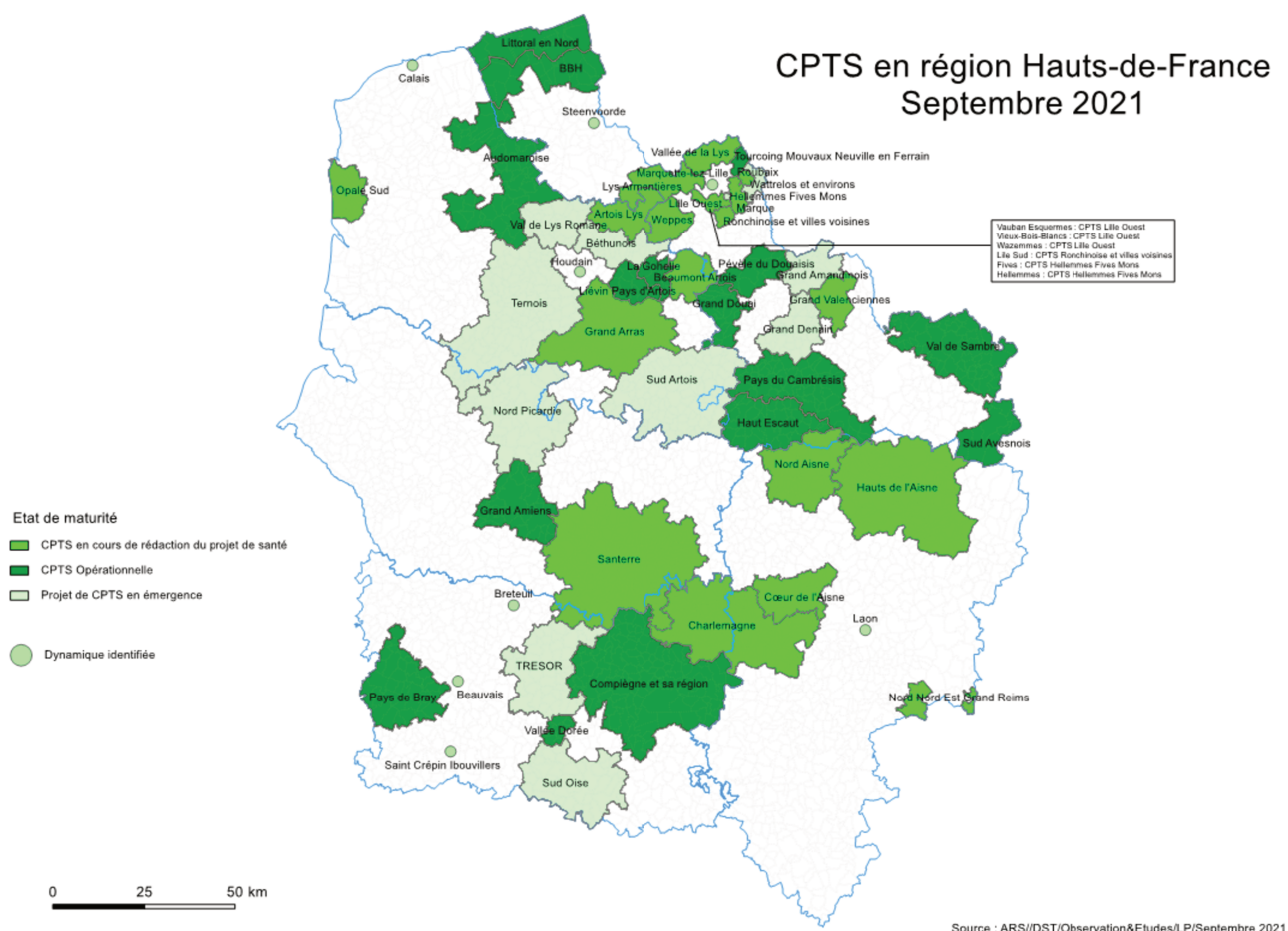


Figure 4 : CPTS en région Hauts-de-France (Septembre 2021) (19)

En septembre 2021 en région Hauts-de-France, on compte 14 CPTS opérationnelles, 23 en cours de rédaction du projet de santé et 9 en émergence.

Niveau de maturité des CPTS dans les Hauts-de-France - décembre 2021

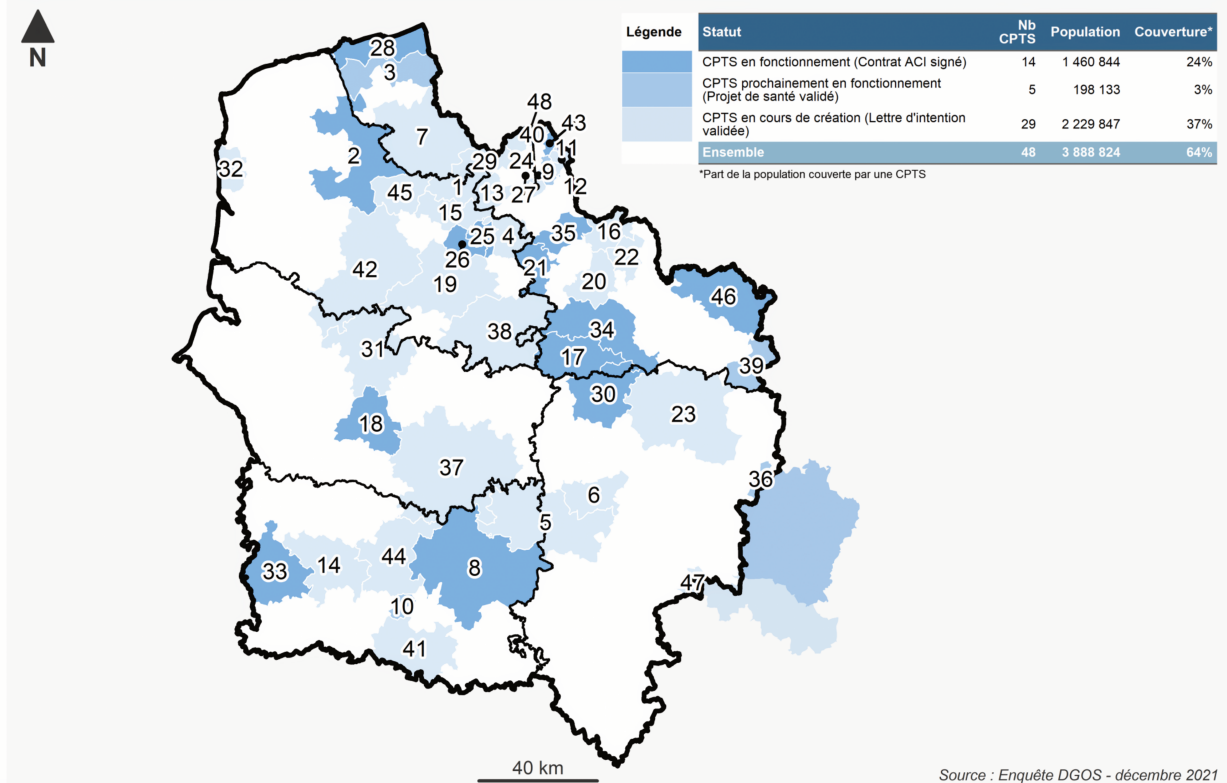


Figure 5 : Niveau de maturité des CPTS dans les Hauts-de-France (20)

En décembre 2021 dans les Hauts-de-France, 14 CPTS sont en fonctionnement, 5 le seront prochainement et 29 sont en cours de création. 24% de la population des Hauts-de-France est couverte par une CPTS en fonctionnement.

5) Composition de la CPTS

Une CPTS se crée lorsque des professionnels de santé veulent mieux travailler ensemble et qu'ils souhaitent se coordonner avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire.

La CPTS peut être constituée par l'ensemble des acteurs de santé :

- **Des professionnels de santé de ville** médicaux ou auxiliaires médicaux, en exercice libéral ou salarié, en exercice coordonné, en cabinet de groupe ou individuel. (Médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes ou encore orthoptistes)
- **Des établissements de santé** (hôpitaux publics et privés, hôpitaux de proximité, structures d'hospitalisation à domicile...)

- **Des établissements et services sociaux et médico-sociaux** (EHPAD, établissements pour mineurs ou majeurs handicapés...).
- **Des acteurs de la prévention** (centres de dépistage, associations...)
- **Les usagers et associations de patients**

Il n'est pas nécessaire d'avoir tous ces acteurs pour constituer une CPTS. Tous les professionnels de santé ne sont pas obligés d'appartenir à une CPTS.

6) Bénéfices pour le patient

Les bénéfices pour les patients sont nombreux. En effet, cela va permettre au patient un accès facilité à un médecin traitant, une prise en charge plus rapide et de meilleure efficacité, un accès à tous les professionnels nécessaires à son parcours de soins, une continuité des soins en ambulatoire, une offre de soins et de prévention mieux adaptée, une prise en charge plus complète notamment pour les personnes fragiles. (21)

7) Bénéfices pour les professionnels de santé et l'officine

Pour les professionnels de santé, la CPTS permet une meilleure organisation du parcours afin de gagner du temps dans l'accueil et l'orientation du patient. Elle entraîne également l'amélioration des pratiques avec un fonctionnement plus collectif permettant de ne pas se sentir isolés.

L'exercice coordonné a pour objectif de réduire les passages aux urgences via une organisation en ville des soins non programmés.

La CPTS est basée sur un dispositif assez souple à l'initiative des professionnels de santé.

En travaillant au sein d'une CPTS, cela favorise un dialogue facilité avec les acteurs du territoire (établissements, élus...). (22)(23)

A l'officine, travailler en exercice coordonné offre la possibilité de mettre en place des nouvelles missions telle que par exemple, la prescription protocolisée qui nécessite d'appartenir à une structure d'exercice coordonné pour être mise en place.

II- Aspects juridiques

1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Les CPTS ont été créées par la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. (24)

Cette loi est orientée sur 3 grands axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et le développement des droits des patients.

Les trois axes de cette loi : (25)

- **Axe 1 « Innover pour mieux prévenir »** qui comprend l'organisation du déploiement d'un parcours éducatif de la maternelle au lycée, la désignation d'un médecin traitant pour les enfants (jusqu'à 16 ans), la création d'outils de lutte contre le tabagisme, l'amélioration de l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires, la lutte contre l'alcoolisation excessive des jeunes, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et le renforcement de la réduction des risques, dont l'usage de drogues.
- **Axe 2 « Innover pour mieux soigner en proximité »** qui recentre le système de santé sur les soins de proximité. Dans ce sens, elle encourage le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant et facilite l'accès aux soins. Les principales mesures de cette loi sont le développement du tiers payant chez le médecin, la création d'un numéro d'appel national de garde pour joindre un médecin de garde, l'élargissement des compétences de certaines professions au service des grandes priorités de service public, renforcer le service public hospitalier.
- **Axe 3 « Innover pour renforcer les droits et la sécurité des patients »** avec la création de nouveaux droits concrets pour les patients. Les principales mesures de cette loi sont : la création d'un droit à l'oubli (par rapport aux banques et aux assurances notamment) pour les anciens malades de pathologies lourdes, instaurer l'action de groupe en santé pour permettre aux usagers de se défendre collectivement en cas de préjudice subi dans le domaine de la santé, améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire,

accroître la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux, ouvrir l'accès aux données de santé, dans le respect de la vie privée dans le domaine de la santé. (26)

2) Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux CPTS

Une nouvelle ordonnance relative aux CPTS prévoit un nouvel encadrement juridique et fiscal, **ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 (27)**. Cette ordonnance a pour objet de favoriser le développement de l'exercice coordonné et prévoit un assouplissement de l'encadrement de cet exercice tant au point de vue juridique que fiscal. Cette ordonnance soutient les ambitions de la **loi « Ma Santé 2022 »** et du Ségur de la santé.

Cette ordonnance apporte quelques précisions afin de sécuriser le versement d'indemnités et de rémunérations au profit des membres pour les missions de service public et crée des règles fiscales particulières.

L'ordonnance définit les différentes missions de service public qui sont assurées par les CPTS à travers :

- L'amélioration de l'accès aux soins
- L'organisation des parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé
- Le développement des actions territoriales de prévention
- Le développement de la qualité et de la pertinence des soins
- La participation à la réponse aux crises sanitaires

III- Création de la CPTS

1) Les différentes étapes clés

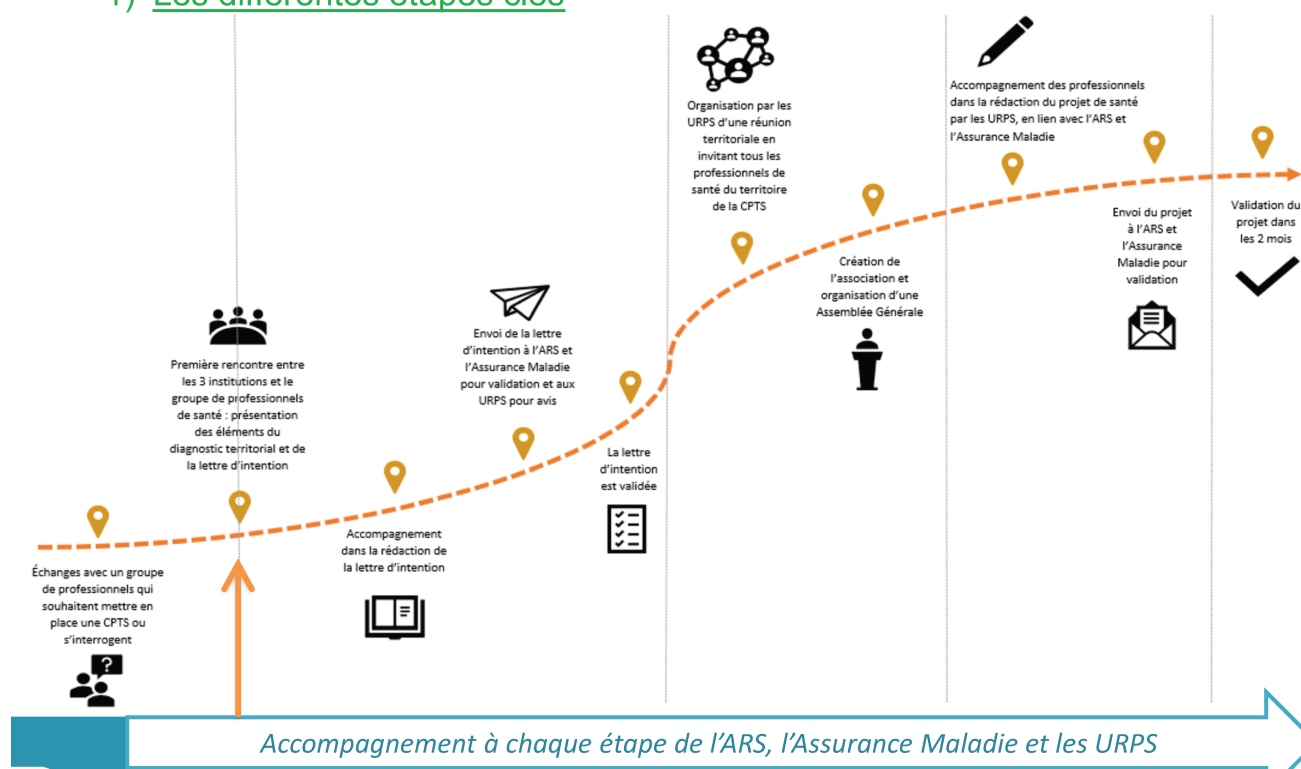


Figure 6 : Étapes clés de la création d'une CPTS (réunion URPS)

La mise en place d'une CPTS se fait en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, il faut **constituer un groupe de professionnels de santé** qui souhaitent participer à la mise en place d'une CPTS. Ces professionnels de santé qui veulent créer la CPTS doivent contacter l'ARS, l'Assurance maladie et les URPS afin d'organiser une rencontre de ces institutions. Cette rencontre a pour objectif de présenter les éléments du diagnostic territorial et de la lettre d'intention.

La **lettre d'intention est rédigée** par les professionnels de santé et va retracer les grandes lignes de la démarche afin de permettre la reconnaissance officielle du projet de CPTS par l'Assurance Maladie et l'ARS. Cette lettre d'intention vise à s'assurer que le projet de CPTS proposé répond bien aux besoins d'une population d'un territoire et qu'il identifie un potentiel de mobilisation des différents acteurs du territoire concerné. Le projet devra s'inscrire dans le cadre des orientations issues des négociations autour de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour le déploiement des CPTS. A ce stade, il n'est pas encore nécessaire de détailler le contenu de chacune des

missions sociales prévues dans l'Accord conventionnel interprofessionnel. Ces missions seront développées dans l'étape suivante. La lettre d'intention permet de s'engager à initier un travail sur ces missions qui seront dans le futur projet de santé.

Les professionnels de santé seront accompagnés par l'ARS, l'Assurance Maladie et les URPS dans la rédaction de celle-ci.

Cette lettre d'intention sera ensuite envoyée à l'Assurance Maladie et à l'ARS pour validation ainsi qu'aux URPS pour avis.

Une fois la lettre d'intention validée, les URPS organisent une **réunion territoriale** en invitant tous les professionnels de santé du territoire de la CPTS.

Cela conduira ensuite à la **création d'une association** et à **l'organisation d'une assemblée générale**.

A l'issue de cela, les professionnels devront **rédiger leur projet de santé** toujours en lien avec les 3 acteurs.

Ce projet de santé sera **envoyé à l'ARS et à l'Assurance Maladie** pour validation. Le projet de santé sera validé dans les 2 mois.

Ensuite, aura lieu la mise en œuvre du projet avec la contractualisation avec l'ARS et la CPAM (**contrat tripartite-ACI**).

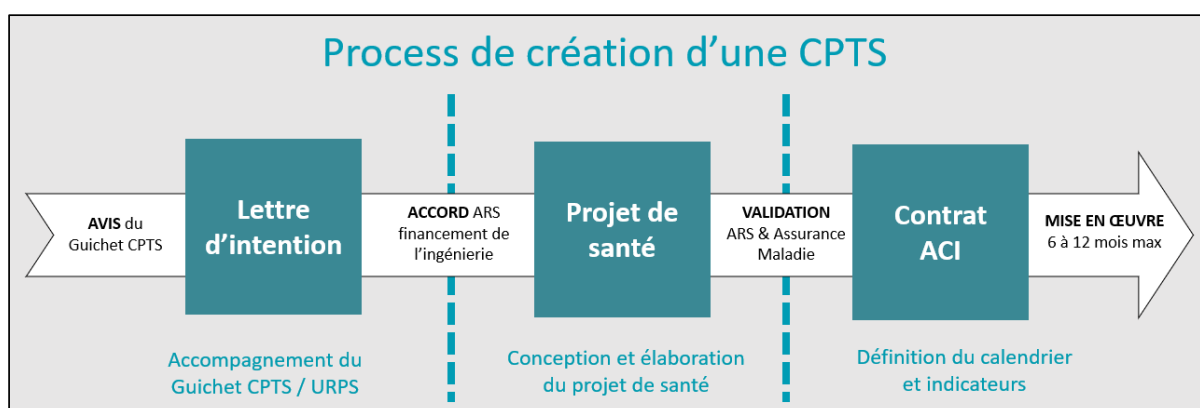


Figure 7 : Processus de création d'une CPTS (10)

a) Le diagnostic territorial

Chaque CPTS va définir les contours de son territoire, elle n'a pas de territoire imposé ni de taille prédéfinie.

Le territoire est défini en fonction des habitudes de travail de ses professionnels de santé, des flux de population et des problématiques de santé identifiées en commun. Il ne peut y avoir qu'une seule CPTS par territoire. Ce territoire peut évoluer au cours de la construction et de la vie de la CPTS.

Les limites du territoire qu'englobe la CPTS sont définies en fonction des besoins de la population identifiés par les professionnels. Les besoins sont recensés via des données épidémiologiques, sociodémographiques.

L'assurance maladie a développé l'outil « Rézone CPTS ». Cet outil a été conçu dans l'optique d'accompagner le déploiement sur le territoire des CPTS et d'aider les porteurs de projets dans l'élaboration du diagnostic territorial afin de faciliter la détermination des actions prioritaires à engager dans le cadre de l'organisation de la communauté professionnelle. C'est un outil de visualisation des caractéristiques démographiques et des données de santé des habitants du territoire de chaque commune. Il permet aussi d'obtenir des données sur l'offre de soins présente sur le territoire. Les utilisateurs peuvent choisir de manière dynamique les différentes communes sur lesquelles ils souhaitent constituer leur CPTS. En fonction des choix effectués, l'outil Rézone-CPTS génère des statistiques pour un territoire donné.

L'outil Rézone CPTS donne accès à des données cartographiées sur l'offre de soins présente sur un territoire, à des données sur la population d'un territoire (structure d'âge, fragilités...) et sur les professionnels de santé d'un territoire (données démographiques, typologie d'activité de certains professionnels de santé, etc...), à un rapport détaillé, ainsi qu'à des informations complémentaires utiles. (28)

Cet outil va constituer une aide afin d'envisager le territoire choisi.

Il faut également connaître le nombre d'habitants qui vont pouvoir être desservis par la CPTS. En effet, il va exister différentes tailles de 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

b) La lettre d'intention

La lettre d'intention va permettre la **reconnaissance officielle** du projet de CPTS par l'Assurance Maladie et l'ARS.

Cette lettre va devoir regrouper un certain nombre d'informations.

Tout d'abord, il faut un **intitulé de projet avec une date de création** ainsi qu'un référent pour la CPTS avec ses coordonnées.

Ensuite, cette lettre doit retracer le **contexte de création** avec notamment : les éléments qui sont à l'origine de la réflexion pour la constitution d'une CPTS sur le territoire, si le projet de santé a déjà été discuté avec l'ensemble des professionnels et acteurs de santé sur le territoire mais aussi si une structure juridique a déjà été créée pour porter le projet.

Dans cette lettre doit également figurer le **territoire d'action** envisagé par la CPTS avec le périmètre géographique ainsi que la population concernée par le projet (nombre d'habitants).

Puis, il faudra indiquer les **acteurs et les partenaires** du projet avec les professionnels de santé à l'initiative du projet et/ou identifiés pour porter le projet, les partenaires déjà associés au stade de la lettre d'intention, les professionnels de santé, services et/ou établissements identifiés pour participer au projet de CPTS (même si leur participation est encore incertaine) ou qu'il est envisagé d'associer.

Il faut également notifier quels sont aujourd'hui les liens de coordination/modalités de travail existants entre les acteurs impliqués, quelles sont les structures d'exercice coordonné sur le territoire (pôle de santé, ESP, MSP, partenariats ville-hôpital, PTA, réseau de santé) ainsi que les partenariats avec les collectivités locales.

Les premiers éléments de diagnostic territorial doivent être mentionnés avec les premières composantes qui ont conduit à la définition du territoire (flux, historique de coordination, partenariats préexistants), les spécificités éventuelles du territoire et les problématiques identifiées (caractéristiques de la population, problématiques de santé et/ou parcours de soins, besoins repérés...)

Les principales orientations proposées pour le projet de santé doivent figurer dans la lettre d'intention en expliquant synthétiquement les objectifs et actions envisagées pour répondre aux besoins et problématiques identifiés, les moyens proposés pour y parvenir, les axes de travail pressentis en faveur des missions socles des CPTS.

Les besoins identifiés pour la mise en place du projet avec les éventuels besoins d'accompagnement dans l'élaboration du projet doivent aussi faire partie de cette lettre.

Exemples de besoins identifiés : accompagnement méthodologique et juridique (réalisation d'un diagnostic territorial, transmission de documents type, formalisation du projet de santé, aide au montage juridique...), accompagnement logistique (réflexion et soutien sur les besoins de coordination nécessaires à la constitution d'une CPTS...), accompagnement financier (rémunération des professionnels participants à la création, temps de travail d'un coordinateur...).

Le territoire ainsi que les analyses et les orientations proposées dans la lettre d'intention devront après validation de celle-ci, être discutés avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire à l'occasion d'une réunion d'information territoriale. (29)

c) Le projet de santé

Une fois la lettre d'intention validée ainsi que l'association créée, le projet de santé pourra être rédigé. Cette étape clé est le moment de réfléchir à la structuration de la CPTS, aux besoins de la population et à la manière d'y répondre en s'engageant à s'investir sur des missions territoriales déclinées ensuite de manière opérationnelle sous forme de fiches actions.

Le projet de santé reprend le périmètre territorial en indiquant la liste des communes et leur population.

Le diagnostic territorial doit en faire partie également, les professionnels de santé devront identifier différentes notions :

- Des **données relatives à la population** : description des principales caractéristiques de la population (nombre d'habitants, évolution, caractéristiques socio-démographiques, indicateurs de précarité, nombre de

bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de la CSS lorsque les données sont disponibles, nombre de patients en ALD, patients sans médecin traitant déclaré...)

- Des **données relatives au territoire** : typologie (urbain, rural...), contraintes particulières
- Des **données relatives à l'offre de soins** : nombre de professionnels de santé, prévisions de départ, professionnels de santé libéraux de 1^{er} et 2nd recours, structures d'exercice coordonné (MSP, Centres de Santé, ESP), établissements de santé recours de la population du territoire de la CPTS, établissements médico-sociaux recours de la population du territoire, PTA sur le territoire de projet, tout autre acteur sanitaire, social, médico-social concourant à l'offre de soins sur le territoire
- Les **dynamiques relatives à l'offre de soins entre les différents acteurs**
- Des **données relatives aux besoins de santé** : détermination des besoins de santé prioritaires identifiés sur le territoire, télémédecine, prévention (dépistage, vaccination, obésité...)

L'ensemble de ces données doivent faire l'objet d'une analyse partagée entre les acteurs du territoire afin de mettre en exergue les besoins et de définir les axes prioritaires du projet de santé.

Les missions de la CPTS doivent être mentionnées : il faut indiquer les thématiques prioritaires choisies et les projets portés par la CPTS.

Les missions territoriales doivent être en cohérence avec le Projet Régional de Santé et venir en réponse aux besoins identifiés des acteurs de santé et de la population sur le territoire tout en s'inscrivant dans les missions socles et complémentaires de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) du 20 juin 2019.

La définition des missions territoriales traduit l'engagement des membres de la CPTS pour contribuer à la résolution de problèmes organisationnels nécessitant une meilleure articulation entre les acteurs du territoire, organiser la réponse à un besoin identifié sur le territoire.

Le projet de santé vise à confirmer l'engagement de réflexion et de travail des professionnels de santé pour atteindre un objectif général défini à partir du diagnostic de territoire. Les professionnels peuvent ainsi se concentrer sur quelques objectifs qui pourront par la suite, en fonction de la dynamique, être étendus.

L'organisation de la CPTS et les modalités de travail coordonné doivent figurer dans le projet de santé. En effet, la structure juridique, la composition de la CPTS, les partenariats, les modalités de travail pluri professionnel sont les points à relever.

Dans la structure juridique, il faut préciser l'historique des évènements (constitution de l'équipe projets, rencontre et réunions...) ayant conduit à la constitution de la CPTS, préciser le statut juridique permettant la formalisation de la CPTS, préciser l'objet général de l'association, les modalités de fonctionnement de la gouvernance en indiquant les noms, qualité et profession de chaque membre du bureau.

Dans la composition de la CPTS, il faut préciser les membres de la CPTS avec la liste complète des adhérents (nom, prénom, profession et secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social...), et indiquer s'ils représentent une organisation (MSP, centre hospitalier, SSIAD) ou exercent à titre individuel. Il faut également insérer une cartographie des professionnels adhérents et indiquer la représentativité des adhérents par rapport à l'ensemble des professionnels du territoire.

En ce qui concerne les partenariats, il s'agit de préciser les acteurs qui sont nécessaires à l'accomplissement des missions de la CPTS qu'ils soient ou non sur le territoire de la CPTS. Dans ce cas, le partenariat peut être formalisé par une convention par exemple. Il peut s'agir d'établissements de santé, d'établissements sociaux ou médico-sociaux, d'institutions, d'associations...

Les modalités de travail pluri professionnel seront à développer. En effet, il est important que les CPTS aient une composition pluri professionnelle la plus large possible. Le projet doit indiquer la manière dont une CPTS va s'organiser, ses outils de coordination et d'animation (outils de communication utilisés, dispositifs de partage d'information, modalités permettant le partage sécurisé des données, protocoles pluri professionnels mis en œuvre ou envisagés...)

Le calendrier de mise en place doit figurer dans le projet de santé.

Il s'agit de planifier le déploiement de chaque mission en lien avec les exigences conventionnelles que l'on trouve ci-dessous.

Délai minimal et maximal pour démarrage et déploiement des missions après signature du contrat :

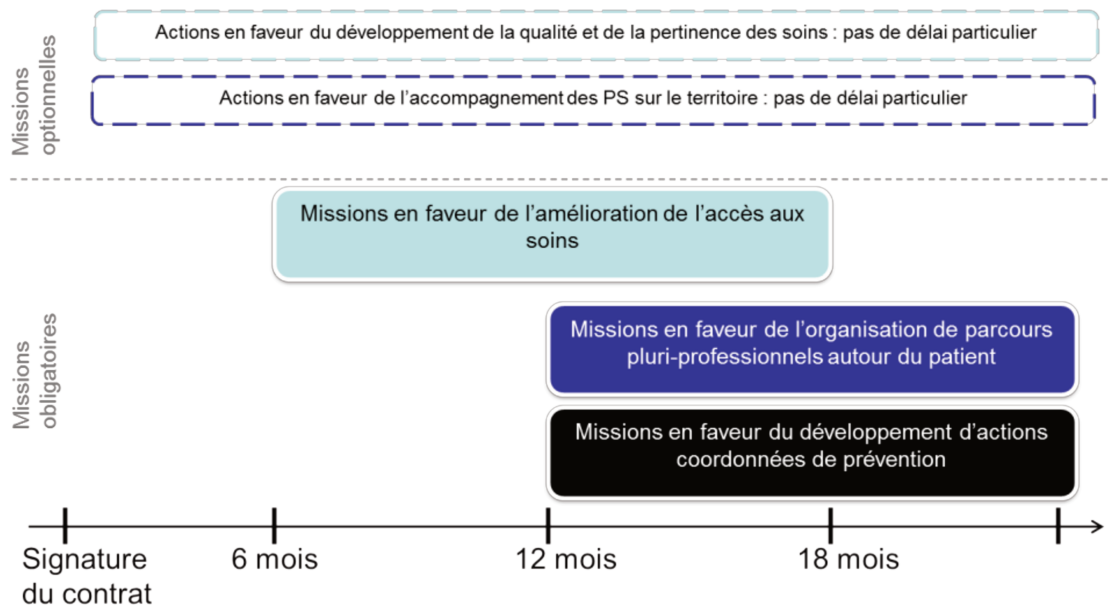


Figure 8 : Délai minimal et maximal pour le démarrage et le déploiement des missions après signature du contrat (30)

Le projet de santé est évolutif, les thématiques peuvent être abordées en plusieurs temps définis dans le calendrier de déploiement. Conformément à l'ACI, il est conseillé de prioriser la mise en place des missions socles et complémentaires dans le calendrier de déploiement.

Les modalités de suivi du développement de la CPTS constituent un des éléments à aborder également. En effet, il faut prévoir comment apprécier le développement de la CPTS et de ses objectifs. Le projet de santé doit prévoir des indicateurs permettant de mesurer l'amélioration apportée dans l'organisation de l'offre de soins ambulatoires et la réponse aux besoins de santé de la population grâce à l'évolution de la dynamique interprofessionnelle et à son ancrage dans le territoire.

Exemples d'indicateurs : évolution du nombre de professionnels de santé, du nombre de professions, des spécialités, des partenariats...

Chaque mission territoriale déclinée en objectifs opérationnels devra prévoir des indicateurs de suivi.

Ce projet est présenté à l'ARS pour validation. Cette étape vient officialiser la CPTS qui est désormais reconnue au niveau régional et national. (31)

2) Le financement de la CPTS

a) L'assurance maladie

La principale source de financement pour le fonctionnement de la CPTS est l'Assurance Maladie avec qui la CPTS est liée par un cadre conventionnel. Le **contrat tripartite** (CPTS/ARS/AM) défini dans l'ACI prévoit deux volets de financements adaptés au regard de la taille de la CPTS : l'un pour le fonctionnement, l'autre pour la mise en œuvre de chacune des missions.

Le premier volet pour le fonctionnement général de la CPTS comprend l'animation et le pilotage, le temps consacré par les professionnels de santé pour définir et construire les missions, l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination.

Le second volet est constitué d'un volet fixe et d'un volet variable.

Concernant le volet fixe, il est dédié aux moyens déployés pour la réalisation de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels pour l'organisation et la réalisation de la mission, actions de communication, acquisition et maintenance des outils numériques de coordination.

Concernant le volet variable, il est défini en fonction des résultats observés. Le montant sera calculé sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat.

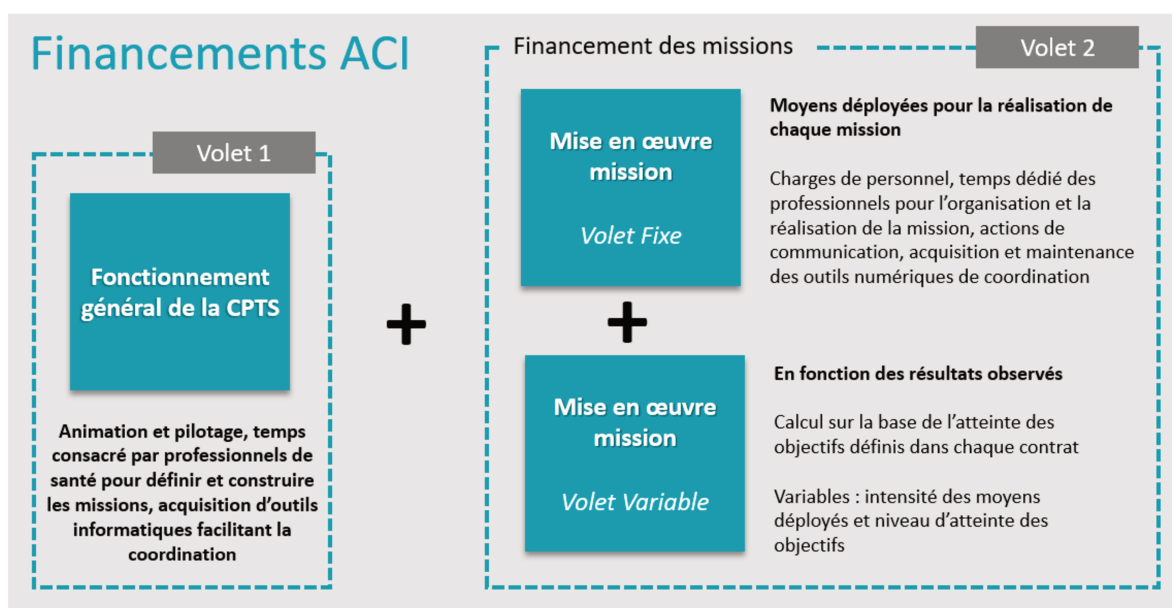


Figure 9 : Financement par l'assurance maladie (10)

Le financement de fonctionnement permet de valoriser le temps consacré par les professionnels de santé pour définir et construire les missions ainsi que le temps de coordination médicale.

Il contribue à l'acquisition d'outils numériques facilitant la coordination au sein de la communauté : annuaire, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours... Il est fonction de la taille de la CPTS :

- TAILLE 1 : moins de 40 000 habitants → 50 000 euros
- TAILLE 2 : entre 40 et 80 000 habitants → 60 000 euros
- TAILLE 3 : entre 80 et 175 000 habitants → 75 000 euros
- TAILLE 4 : plus de 175 000 habitants → 90 000 euros

Le montant dédié au fonctionnement est versé intégralement dès la signature du contrat, sans attendre le démarrage des missions afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, condition essentielle pour accompagner les actions prévues dans le cadre des missions et assurer le travail de coordination administrative.

Le financement des missions est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure.

Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des missions, une avance d'un montant de 75% de la somme totale due est versée au début de chaque année. Le complément est versé au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente.

Après la première année de mise en œuvre du contrat, sont versés au plus tard dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat :

- Le solde de l'année N et l'avance pour l'année N+1 du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe
- Le solde de l'année N au titre de l'enveloppe variable allouée au titre du niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation des missions et des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés <i>Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés (enveloppe fléchée)</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total	75 000 €	92 000 €	120 000 €	150 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixe et variable	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

Figure 10 : Montants des financements en fonction des missions (30)

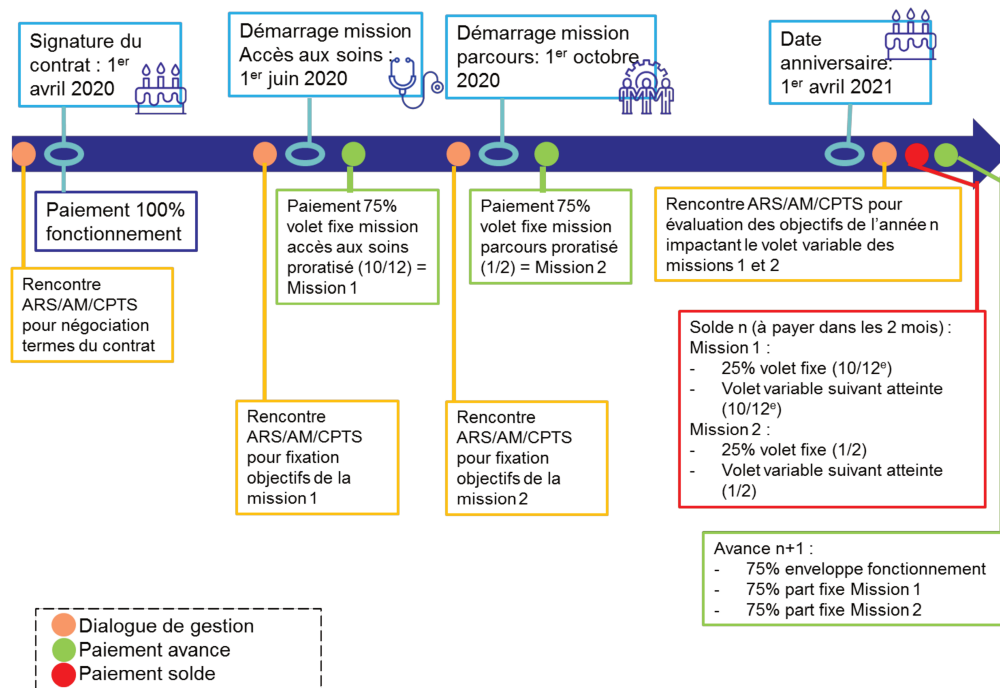


Figure 11 : Exemple de modalités de versement du financement (30)

b) Les ARS

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées suite à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009. Auparavant, il y avait les agences régionales d'hospitalisation (ARH) suite à l'ordonnance Juppé. Elles étaient au nombre de 26 en avril 2010 et suite à la fusion des régions, elles ne sont plus que 18 actuellement (dont 4 en Outremer). (32)

Les ARS ont un rôle essentiel pour faire émerger les projets et accompagner les porteurs de projets. Elles peuvent intervenir afin de susciter des initiatives en l'absence de propositions émanant des acteurs. Elles ont un rôle de conseil auprès des professionnels de santé (ex : diagnostic territorial, formalisation des projets, mise en relation d'acteurs...). Elles vont également diffuser l'information au public et aux acteurs notamment via le site de l'agence et le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) dès que la contractualisation est réalisée. Elles assurent la cohérence avec les autres démarches de projets territorialisés : équipe de soins primaires (ESP), pacte territoire-santé, projet régional de santé (PRS), projet territorial de santé mentale (PTSM), groupement hospitalier de territoire (GHT)...(33)

Des financements complémentaires sont possibles par les ARS. Les ARS encouragent et financent les projets de CPTS.

En effet, lorsque le projet est relié à une thématique particulière portée par l'ARS (soins non programmés, soins palliatifs...), l'obtention de **crédits FIR (Fonds d'intervention régional)** est possible. L'objectif du FIR est de donner une plus grande souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires. Les ARS sont ainsi libres d'adapter leurs financements en fonction de ce qu'elles identifient comme nécessaires à leur territoire. Le FIR est financé en majorité par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et par des crédits d'État.

c) Les collectivités territoriales et les établissements publics

Les collectivités territoriales peuvent aussi intervenir dans les CPTS via un financement par des subventions.

Les établissements publics vont aussi avoir un rôle dans les CPTS.

3) Le pilotage et l'organisation d'une CPTS

a) Forme juridique de la CPTS

Il n'y a pas de forme juridique imposée actuellement, elle est laissée à l'appréciation des professionnels de santé qui la composent.

Cela étant, l'association loi 1901 est la forme juridique qui est privilégiée compte tenu de sa souplesse, de sa facilité d'usage ainsi que de son adaptation à la composition et aux besoins de la CPTS.

Le statut juridique sera choisi par la communauté professionnelle en fonction de ce qu'elle souhaite mettre en place tout en répondant aux critères suivants fixés par l'accord ACI 2019 : garantie d'une pluriprofessionnalité, possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions, possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et de l'ARS, adaptation aux missions choisies, possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

La création d'une association Loi 1901 se fait en plusieurs étapes.

Tout d'abord, la rédaction des statuts dans lesquels il faudra respecter le caractère inclusif de la CPTS (ouverte aux professionnels de santé qui peuvent en faire partie), le mode de fonctionnement démocratique et l'établissement d'un budget annuel soumis à l'Assemblée Générale pour approbation. Les statuts doivent être signés par les membres fondateurs lors de l'Assemblée Générale constitutive puis remis à la préfecture. Dans le cas d'une CPTS, il est obligatoire de rédiger des statuts étant donné que l'association doit permettre de bénéficier de droits et d'obligations spécifiques et/ou solliciter l'octroi d'une subvention ou d'un agrément.

Ensuite, une Assemblée Générale constitutive est faite, les statuts seront signés. L'association sera déclarée et obtiendra une immatriculation SIRENE ainsi qu'un code APE.

Normalement, les statuts sont suffisants pour définir les règles de l'association. Il n'est donc pas obligatoire qu'existe un règlement intérieur. Cependant, si le fonctionnement de l'association est compliqué ou que le nombre de membres est important, il est recommandé de prévoir un règlement intérieur afin d'éviter les statuts trop longs et complexes. Le règlement intérieur permet aussi de fixer les conditions de remboursement de frais (ex : frais réels pour la participation à une réunion, action de prévention...) (34)

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est une possibilité mais elle n'est pas recommandée étant donné qu'elle est complexe à mettre en œuvre.

Une association est suffisante pour créer une CPTS et percevoir les financements. Il sera possible de la transformer en SISA plus tard.

La SISA ne permet pas de regrouper les professionnels et les structures du médico-social et du social. La SISA concerne les soins ambulatoires uniquement, c'est une personne morale constituée uniquement de professionnels de santé, personnes physiques avec au moins deux médecins et un paramédical.

La SISA permet de percevoir des subventions des ARS et des collectivités locales, des dons, de redistribuer les revenus perçus par la structure entre professionnels, de partager les honoraires entre associés d'activités de soin différentes. (35)

b) Gouvernance de la CPTS

Il faut préciser l'organisation, le rôle et la responsabilité de chacun au sein de la CPTS. La définition des modalités de gouvernance est primordiale.

La loi de 1901 ne définit pas quels sont les organes d'administration d'une association. L'association est libre de définir ses organes. En pratique, une association est souvent gérée par un Conseil d'Administration qui élit généralement un bureau puis un président, un trésorier, un secrétaire et parfois un vice-président, un secrétaire adjoint etc...

Les membres de l'association se réunissent périodiquement en Assemblée Générale, au minimum une fois par an pour l'approbation des comptes.

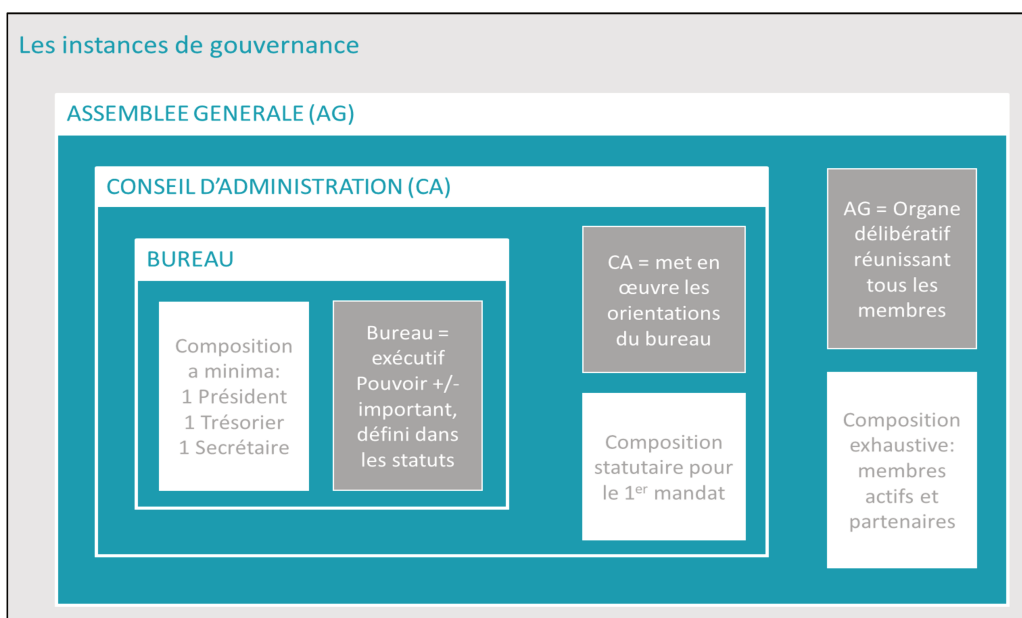


Figure 12 : Les instances de gouvernance de la CPTS (34)

i. L'assemblée générale

Au cours des Assemblées Générales, les membres du Conseil d'administration vont organiser les débats, présenter les actions réalisées et mettre aux voix les délibérations importantes nécessitant le positionnement de l'Assemblée Générale (gestion, budget, investissement d'un montant important, orientations stratégiques, modification des statuts...).

L'Assemblée Générale va rassembler l'intégralité des membres de l'association. Les statuts peuvent aussi prévoir que certains membres ne disposent que d'un avis de

consultation et non d'un droit de vote. Il est préconisé de pondérer les droits de vote en fonction de la qualité des membres.

En termes de majorité, les statuts associatifs permettent une totale souplesse car l'association peut retenir une majorité simple, une majorité absolue, une majorité qualifiée... en fonction de l'importance des décisions collectives devant être prises.

ii. Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est un organe de gouvernance de l'association assurant la mise en œuvre des orientations arrêtées en AG.

Les administrateurs peuvent être des personnes physiques ou morales. Ils sont élus par l'Assemblée Générale ou cooptés. Pour le premier mandat, la composition du CA peut être réalisée par voie statutaire.

Le CA comprend au minimum les membres du bureau.

iii. Le bureau

Le bureau émane du CA. Les membres du bureau assurent le fonctionnement quotidien de l'association autour d'un trinôme : Président, Secrétaire, Trésorier.

Plusieurs instances de gouvernance pourront être proposées en fonction de la volonté des équipes : CA, commissions ou collèges de professionnels, conseil d'usagers, collèges professionnels.

La liste des pouvoirs du bureau est à définir lors de la rédaction des statuts associatifs. Cette liste est importante : il ne faut pas paralyser le fonctionnement quotidien de la structure associative.

En fonction des souhaits des fondateurs et de la rédaction des statuts de l'association, il peut être décidé de :

- Donner au bureau des pouvoirs spécifiques : dans la mise en œuvre des décisions du CA et de l'AG et dans la prise de décisions de gestion, voire dans l'exercice du pouvoir disciplinaire. Le pouvoir de ses membres s'exerce collégalement.
- Ne lui donner aucun pouvoir spécifique. Le bureau désigne alors simplement le président, le trésorier et le secrétaire. Il n'a donc aucun pouvoir en lui-même, seuls ses membres ont des pouvoirs propres à leur fonction. Il faut alors

préciser dans les statuts ou le règlement intérieur les fonctions, attributions, pouvoirs respectifs des membres du bureau.

Le bureau comprend un nombre de personnes moins important que le CA, ce qui lui permet de se réunir plus facilement.

Il doit veiller à la mise en œuvre des délibérations tant du CA que de l'AG, d'assumer la gestion courante de l'association dans le cadre des orientations arrêtées, ou encore de veiller au bon fonctionnement statutaire, ainsi qu'au respect de la réglementation.

iv. Le président de l'association

Il représente l'association loi 1901 dans tous les actes de la vie civile sauf si les statuts n'ont rien prévu.

C'est lui qui passe les contrats au nom de l'association loi 1901 : location, vente, achat, engagement de personnel, mise en œuvre de procédure de licenciement...

Mais il ne prend pas les décisions seul : le CA ou l'AG (en fonction des statuts) devra avoir approuvé au préalable la signature des contrats.

Il a le droit de prendre toute mesure conservatoire, en l'occurrence de suspendre de leurs fonctions des membres du bureau, alors même que les statuts de l'association loi 1901 ne confèrent au président aucun pouvoir particulier. Ou encore d'agir devant les tribunaux au nom de l'association, que ce soit comme demandeur ou défendeur, sans qu'il soit nécessaire que les statuts le prévoient expressément.

Généralement, les associations loi 1901 dotent le président des pouvoirs suivants :

- La convocation de l'AG ainsi que sa présidence
- Le pouvoir de « représenter l'association dans tous les actes de la vie civile », c'est-à-dire d'engager l'association. C'est l'AG qui dispose par nature de cette attribution. Elle peut cependant être attribuée au président par les statuts ou par une délégation temporaire ou permanente de l'AG.

v. Les modalités de gouvernance et les prises de décisions

La gouvernance sera modulée en fonction de chaque CPTS. Le modèle associatif permettra de proposer :

- Une pondération des voix portées par les acteurs des soins de premier recours et ce afin de s'assurer de la pérennité du dispositif et de la maîtrise de sa finalité initiale

- Une adaptation des droits de chaque membre et ce, en fonction de leur qualité et de leur implication dans les projets
- Éviter la lourdeur administrative dans la constitution juridique des projets de CPTS, tout en garantissant une adaptabilité aux finalités poursuivies par les CPTS.

Au sein des statuts, il est conseillé de définir les rôles et missions de chacun afin d'éviter d'éventuels blocages décisionnels.

Les décisions collectives sont prises en fonction de leur nature et la rédaction des statuts par le CA, le Président ou le Bureau mais aussi par l'AG.

Partie II : Cas pratique impliquant un pharmacien d'officine

I- Exemple d'une CPTS en cours de création

Cette partie porte sur la CPTS du T***** qui s'est mise en place sur le territoire où j'ai travaillé et que j'ai plus particulièrement suivi. Celle-ci a pris du retard dans sa mise en place notamment à cause de la crise sanitaire.

1) Origine de la réflexion

L'origine de la réflexion pour la constitution d'une CPTS sur ce territoire date de fin 2018 suite à certaines difficultés de coordination rencontrées sur le territoire qui sont :

- La détresse des aidants (familiaux ou autres) amenant parfois à la maladie voire au suicide, le manque d'informations, de relais connus et définis ;
- La fin de vie à domicile, difficilement gérable sans avoir recours au final à l'hospitalisation à domicile, souvent non coordonnée avec les libéraux (définition de prise en charge relevant du libéral vs relevant de l'HAD)
- Le manque de communication entre l'hôpital et la ville, peut amener bien souvent à des incompréhensions de part et d'autre, avec au cœur le patient qui en pâtit notamment lors des sorties d'hospitalisation ;
- Des structures existantes certes (SSIAD, ADMR, réseau gérontologique, CLIC, MSP, CMP etc....) mais une communication qui pourrait être améliorée pour un système plus optimal ;
- L'absence de protocoles sécurisants et clairs (INR, insulinothérapie, morphiniques...), d'acteurs référents pour une meilleure prise en soins (plaies chroniques, défaut de prises en charges par un kinésithérapeute pour les personnes ne pouvant se déplacer...)
- Un retour de terrain des professionnels libéraux n'exerçant pas en MSP révélatrice d'un besoin de coordination avec les MSP dont les professionnels ont développé une expertise dans le domaine de l'exercice coordonné et l'interprofessionnalité. Les professionnels ont tout à fait conscience de la dynamique actuelle des MSP très actives sur le territoire ; dynamique qu'ils souhaiteraient voir déployer sur le territoire grâce à la création d'une CPTS.

A partir de 2019, deux infirmières libérales ont participé à une réunion d'information sur la création d'une CPTS. Cependant, la population étant trop éloignée du secteur de création et n'ayant pas les mêmes problématiques de santé relevées par les professionnels, la volonté de construire une CPTS plus adaptée a vu le jour. La crise sanitaire a joué un rôle accélérateur dans les projets de CPTS grâce, entre autres, à la création d'un groupe d'échange sur WhatsApp. Les acteurs du territoire y ont été conviés à des fins de coordination, d'information et de partage de moyens.

Deux infirmières libérales et un médecin généraliste ont impulsé la dynamique par le biais d'une réunion d'information qui a eu lieu en septembre 2020 et à laquelle tous les professionnels du territoire ont été conviés. Une quarantaine ont répondu présents dont une vingtaine ont fait part de leur volonté de participer activement au projet.

Pour accompagner la réflexion des professionnels de santé du territoire intéressés par la mise en place d'un projet de CPTS, les partenaires institutionnels (URPS, ARS, CPAM) ont organisé une réunion d'échange en octobre 2020 qui a réuni une quarantaine de participants.

Enfin, une réunion a été organisée en février 2021 pour partager les éléments de la lettre d'intention et avancer dans la création de la CPTS. Elle a été finalisée en juillet 2021.

2) La lettre d'intention (annexe n°1)

La lettre d'intention va permettre la reconnaissance officielle du projet de CPTS par l'Assurance Maladie et l'ARS, les professionnels de santé vont rédiger cette lettre qui retrace les grandes lignes de la démarche. Cette lettre d'intention va permettre de s'assurer que le projet de CPTS répond aux besoins d'une population d'un territoire et qu'il y a un potentiel de mobilisation des acteurs du territoire concerné.

a) Le territoire d'action envisagé de la CPTS

Dans la lettre d'intention, un périmètre géographique est envisagé en fonction des besoins. Le périmètre envisagé est parti d'une base cohérente avec la communauté de communes qui porte le contrat local de santé/CLS. L'URPS médecins Hauts-de-France qui accompagne les professionnels de santé dans cette démarche a affiné ce périmètre en fonction des zones d'attractivité médicales et en étudiant les flux patients vers les médecins généralistes.

Dans le cadre du déploiement des CPTS, l'Assurance Maladie a développé l'outil « Rézone CPTS ». Cet outil permet aux porteurs de projets de dessiner le territoire de la CPTS et d'avoir des données chiffrées et des indicateurs.

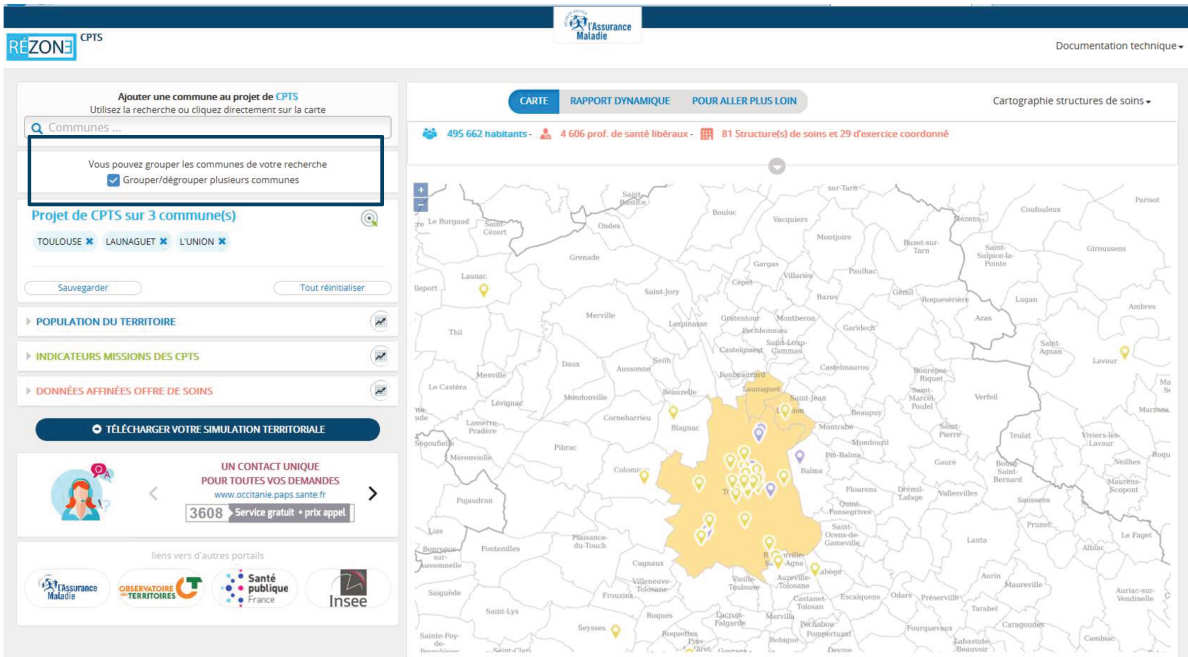
Cet outil se trouve sur internet en recherchant « Outil Rézone CPTS » via un moteur de recherche.

Après avoir choisi la région et les communes concernées par le projet de CPTS, 3 catégories d'indicateurs sont accessibles :

- La population du territoire avec la répartition des habitants par tranche d'âge, le taux de patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection longue durée/ALD, le taux de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire
- Les indicateurs liés aux missions des CPTS comme définies dans l'accord conventionnel interprofessionnel : l'accès aux soins (données concernant l'accès un médecin traitant telles que le nombre d'habitants du territoire sans médecin traitant et indicateurs concernant les soins non programmés avec le taux d'admission aux urgences non suivie d'hospitalisation), la prévalence des pathologies reconnues en tant qu'ALD, 15 indicateurs de prévention (polymédication, vaccination, dépistage, traitements...)
- L'offre de soins avec le nombre de professionnels de santé installés et leurs activités, les données de file active des professionnels de santé installées sur le territoire, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus par un professionnel de santé sur l'année, le nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux implantés sur le territoire. (36)

Exemple d'utilisation de l'outil Rézone-CPTS :

- Avec cet outil on peut sélectionner les communes que l'on souhaite intégrer dans le projet de CPTS et ainsi obtenir les différentes informations citées précédemment et on peut avoir accès à cette simulation sur les données de santé du territoire.



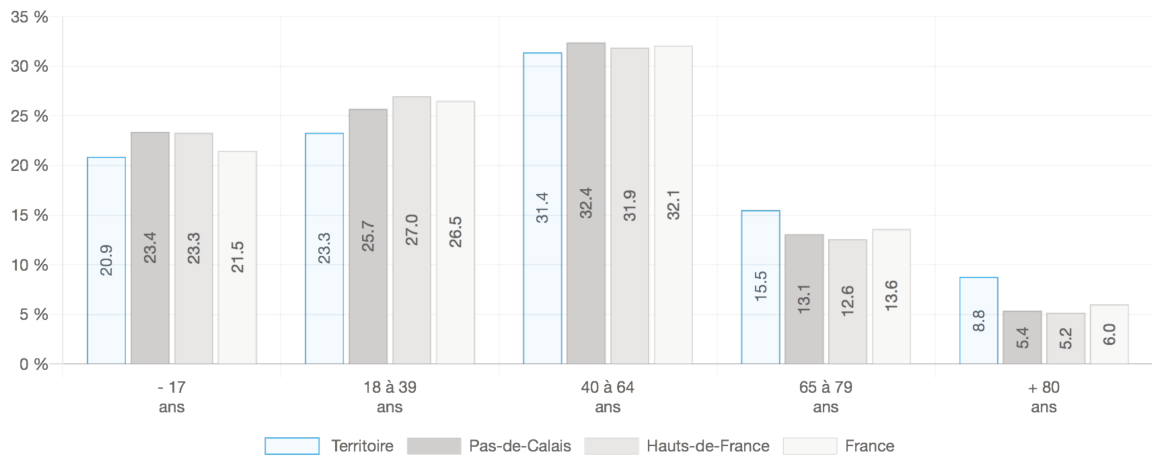
- On obtient des informations sur le **territoire** avec le nombre d'habitants, le nombre de quartiers prioritaires de la ville et le zonage en médecins généralistes

Communes retenues	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage Médecin spécialisé en médecine générale Zones sensibles (ZIP / ZAC)
PAS-DE-CALAIS				
		772	0	ZAC
		2 639	0	ZIP
		3 570	0	ZAC
		1 686	0	ZIP
		268	0	ZAC
		4 971	0	ZAC
Totaux	6 commune(s)	13 906 habitants	0 QPV*	6 sur 6

* Plusieurs communes peuvent se partager un même QPV ce qui peut surévaluer le total présenté.

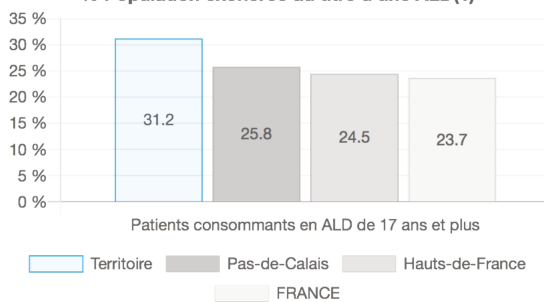
- On a des informations sur la population avec la répartition des habitants par tranche d'âge, le pourcentage de population avec ALD et le pourcentage de population couverte par la CSS

Répartition des habitants par tranche d'âge

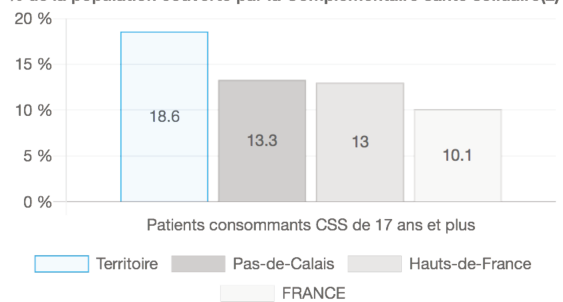


Données INSEE (MAJ 2021 - Recensement 2018)

% Population exonérée au titre d'une ALD(1)



% de la population couverte par la Complémentaire santé solidaire(2)



(1) Pourcentage de la population ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

(2) Pourcentage de la population couverte par la CSS (contrat CSS au moins 1 jour dans la période de référence) parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

On peut voir que par exemple, sur ce territoire sélectionné qu'environ 25% des habitants ont plus de 65 ans et qu'environ 32% ont entre 30 et 64 ans. La proportion des plus de 65 ans sur ce territoire est supérieure par rapport aux moyennes régionales et nationales.

30% de cette population (17 ans et plus) bénéficie d'une prise en charge au titre du régime ALD.

Environ 20% de la population est couverte par une Complémentaire Santé Solidaire.

- On a des données sur **l'accès aux soins** :

Population consommante non couverte par un médecin traitant

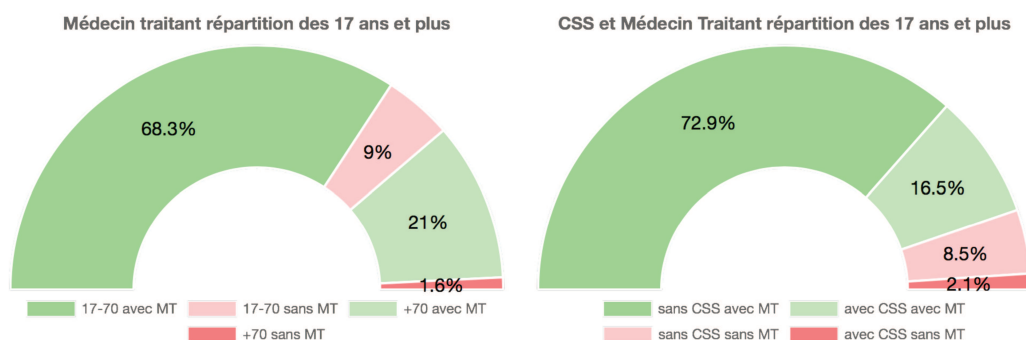
Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	9 954	1 136 210	4 591 419	52 329 846	-	-	-

Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	10.8%* 1 059 pat.	7%	8.1%	10.4%	3.8	2.7	0.4
Commune(s) neutralisée(s) : 16.7 %							
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et en ALD	2.4%* 202 pat.	0.8%	0.8%	1.1%	1.6	1.6	1.3
Commune(s) neutralisée(s) : 33.3 %							
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS	2.6%* 211 pat.	1.2%	1.4%	1.3%	1.4	1.2	1.3
Commune(s) neutralisée(s) : 50 %							
70 ans et plus (nombre)	2 254	196 599	769 728	9 790 963	-	-	-
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	8.9%* 162 pat.	3.7%	4.1%	5.4%	5.2	4.8	3.5
Commune(s) neutralisée(s) : 50 %							

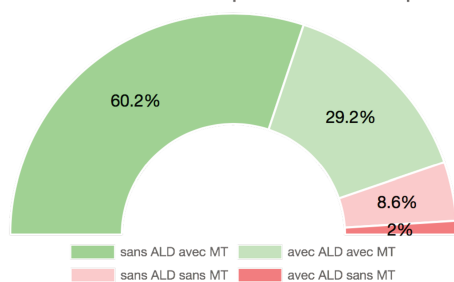
(3) Patients consommateurs : au moins une consommation dans la période de référence

(4) Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (qd difficultés d'accès aux soins)

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)



ALD et Médecin Traitant répartition des 17 ans et plus



On voit qu'environ 10% de la population des 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant. Environ 10% des 17 ans et plus sans Complémentaire Santé Solidaire n'a pas de médecin traitant.

2% des 17 ans et plus avec ALD n'ont pas de médecin traitant.

Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommateurs du territoire)

Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommateurs calculé à partir du forfait ATU

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
21.8 2 212 pat.	20.6	24.1	22.2	1.2	-2.3	-0.4

source ATIH (Année 2019)

On note sur ce territoire, un nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation qui est de 21,8%.

Admissions directes en service médecine

Part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 16.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
38.1% 405 pat.	34.9%	35.2%	40.8%	3.2	2.9	-2.7

source ATIH (Année 2019)

De plus, on dénombre 38,1% d'admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services.

- On a des données sur le **parcours de soins** :

Top 5 sur ce territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée :

- 1- Diabète de type 1 et de type 2
- 2- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- 3- Affections psychiatriques de longue durée
- 4- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathie valvulaire grave, cardiopathies congénitales graves
- 5- Maladie coronaire

Prévalence des Pathologies dans la population consommante

Pathologies Patients consommants(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée (6)							
Diabète de type 1 et diabète de type 2	7.5% 920 pat.	6.1%	5.9%	5.1%	1.4	1.6	2.4
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4.4% 538 pat.	3.9%	3.8%	3.8%	0.5	0.6	0.6

Sur ce territoire, 7,5% de la population possède une ALD pour un diabète de type 1 ou type 2. Ce pourcentage est plus élevé sur ce territoire qu'à l'échelle départementale, régionale ou nationale.

Sur ce territoire, 4,4% de la population a une ALD pour tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Ce qui est légèrement supérieur par rapport aux autres échelles.

Pathologies Patients consommateurs(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Affections psychiatriques de longue durée	3.3%* 405 pat.	2.2%	2.1%	2.5%	1.1	1.2	0.8
Commune(s) neutralisée(s)							
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	3.1%* 383 pat.	2.4%	2.2%	2.2%	0.7	0.9	0.9
Commune(s) neutralisée(s)							
Maladie coronaire	3.1%* 375 pat.	2.4%	● 2.2%	2.3%	0.7	0.9	0.8
Commune(s) neutralisée(s)							

(5) Pathologies patients consommateurs : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polypathologie (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue

(6) Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur la CPTS projetée

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Sur ce territoire, 3,3% des patients présentent une ALD pour affections psychiatriques de longue durée, 3,1% pour insuffisance cardiaque, 3,1% pour maladie coronaire.

- On a des données sur **la prévention** :

On a des données sur le risque iatrogénique avec le pourcentage de la population en polymédication continue, le pourcentage de la population avec traitement par psychotrope, par benzodiazépine anxiolytique et par benzodiazépine hypnotique.

On a aussi des données sur l'antibiorésistance sur le territoire, sur les dépistages de cancers permettant de cibler par les actions à mener par la suite.

Polymédication continue

Rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans ou plus

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 16.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
23.7% 698 pat.	23.6%	22.5%	16%	0.1	1.2	7.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Traitement par psychotrope

Rapport entre le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant eu au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes, remboursés avec une date identique de prescription et le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 66.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
7.1% 41 pat.	5.7%	5.8%	5.4%	1.4	1.3	1.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Traitement par benzodiazépine anxiolytique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à 4 délivrances au moins de BZD anxiolytique sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD anxiolytique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 33.3 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
18% 158 pat.	18.1%	17.2%	15.1%	-0.1	0.8	2.9

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Traitement par benzodiazépine hypnotique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à plus de 28 unités de BZD hypnotique délivrées sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD hypnotique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 33.3 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
52.8% 189 pat.	46.9%	46.1%	45.6%	5.9	6.7	7.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Antibiorésistance

Rapport entre la population consommatrice traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) et le nombre de consommateurs d'au moins un antibiotique

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
44.8% 1 685 pat.	38.5%	38%	36.6%	6.3	6.8	8.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Antibiorésistance chez les enfants de moins de 4 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3ème ou 4ème génération prescrite par le médecin traitant et le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance d'antibiotique prescrite par le médecin traitant

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 66.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
19.6%	24.7%	25.2%	23.8%	-5.1	-5.6	-4.2

Antibiorésistance chez les enfants de plus de 4 ans et des moins de 16 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrits par le médecin traitant et le nombre d'enfants de 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance d'antibiotique prescrite par le médecin traitant

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 50 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
15.6% 79 pat.	14.2%	14.3%	13.7%	1.4	1.3	1.9

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Dépistage Cancers : Sein

Rapport entre la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein (au moins un remboursement pour les actes CCAM ciblés) et le nombre de femmes entre 50 et 74 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
56.8% 1 236 pat.	58.8%	59.4%	61.6%	-2	-2.6	-4.8

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés) et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années en ville ou en consultation externe à l'hôpital (FIDES) ou dans les 4 dernières années à l'hôpital (historique disponible PMSI)

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
29.5% 1 007 pat.	29.1%	27.1%	28.4%	0.4	2.4	1.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Dépistage Cancers : Col de l'utérus

Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années (remboursement acte CCAM/biologie ou prestations ciblées) et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
45.2% 1 390 pat.	49.8%	50.2%	50.5%	-4.6	-5	-5.3

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

On voit que sur ce territoire, le taux de dépistage du cancer du sein (56,8%) et du cancer du col de l'utérus (45,2%) est inférieur à l'échelle départementale, régionale et nationale et représente environ 5% de moins par rapport à l'échelle nationale.

Vaccination contre la grippe saisonnière

Rapport entre la population consommante des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière (au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal) et la population de plus de 65 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
64.8% 1 943 pat.	67%	65.2%	62.3%	-2.2	-0.4	2.5

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2020 au 31/12/2020)

Vaccination contre la grippe saisonnière : Personnes à Risque

Rapport entre la population consommante de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) avec au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal et la population de 16 à 64 ans relevant soit avec d'une ALD ciblée, soit ayant eu au moins 4 délivrances de médicaments de la classe R03 (Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires) (données recueillies pour le régime général hors Sections Locales de Sécurité Sociale)

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 16.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
48.6% 353 pat.	47.2%	43.3%	38%	1.4	5.3	10.6

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2020 au 31/12/2020)

Vaccination contre la Rougeole/Oreillons/Rubéole

Part des patients consommants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR

Rapport entre le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Commune(s) neutralisée(s) :

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 33.3 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
81.9% 77 pat.	83.3%	81.3%	82.9%	-1.4	0.6	-1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Vaccination contre le méningocoque C

Part des patients consommateurs de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C

Rapport entre le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de vaccin depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Commune(s) neutralisée(s) : /

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 50 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
98% 96 pat.	96.5%	95.7%	95.6%	1.5	2.3	2.4

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Examen buco-dentaire chez les moins de 16 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois et le nombre d'enfants de moins de 16 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
60.5% 366 pat.	68.2%	66.6%	70%	-7.7	-6.1	-9.5

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

En termes de vaccination sur ce territoire (grippe saisonnière, Rougeole/oreillons/Rubéole, méningocoque C), les valeurs se situent dans les moyennes.

En termes d'examen buco-dentaire chez les moins de 16 ans, 60,5% ont bénéficié d'au moins un acte dentaire. C'est inférieur aux autres moyennes.

- On a des données sur l'offre de soins sur le territoire :

Démographie Professions de Santé

Une CPTS est par définition inclusive et donc ouverte à toutes les catégories de professionnels de santé présentes sur le territoire.

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Spécialités médicales			
Tous les méd. spéc. en méd. générale	28	10	6
dont Médecin MEP	1	0	0
Tous les méd. spéc. hors méd. générale	6	3	0
Spécialité Sage femme			
Sage Femme	1	0	0
Auxiliaires médicaux			
Infirmier	55	5	1
Masseur Kinésithérapeute	19	5	2

On peut voir que sur ce territoire environ 50% des médecins généralistes ont plus de 60 ans.

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Pharma./Labo.			
Pharmacie	10	-	-

(7) Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées)

Données SNDS (Juin 2021)

Activité

Les données d'activité proposées ci-après sont disponibles en présence d'au moins 5 professionnels de même spécialité dans chaque commune de la CPTS projetée.

Le tableau ci-dessous renseigne sur la nature et le taux de neutralisation des données liés aux exigences de la CNIL

Nombre de PS par commune et par catégorie en activité

Commune	Médecin spécialiste en méd. générale	Infirmier	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Orthoptiste
	7	15	7	3	-
	5	13	4	-	-
	5	8	6	1	-
	3	6	1	1	-
	5	9	2	2	-
	-	-	-	-	-

Données SNDS (Année 2020)

Médecin spécialiste en méd. générale : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 12 %
1 commune(s) sans activité et 1 commune(s) neutralisée(s) : 3 sur 25 Prof. non pris en compte*

Masseur Kinésithérapeute : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 35 %
1 commune(s) sans activité et 3 commune(s) neutralisée(s) : 7 sur 20 kiné. non pris en compte*

Orthophoniste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 100 %
2 commune(s) sans activité et 4 commune(s) neutralisée(s) : 7 sur 7 ortho. non pris en compte*

Nombre de patients par professionnel

Rapport entre la patientèle totale par catégorie, par entité géographique observée et le nombre de PS par catégorie présents sur cette même entité

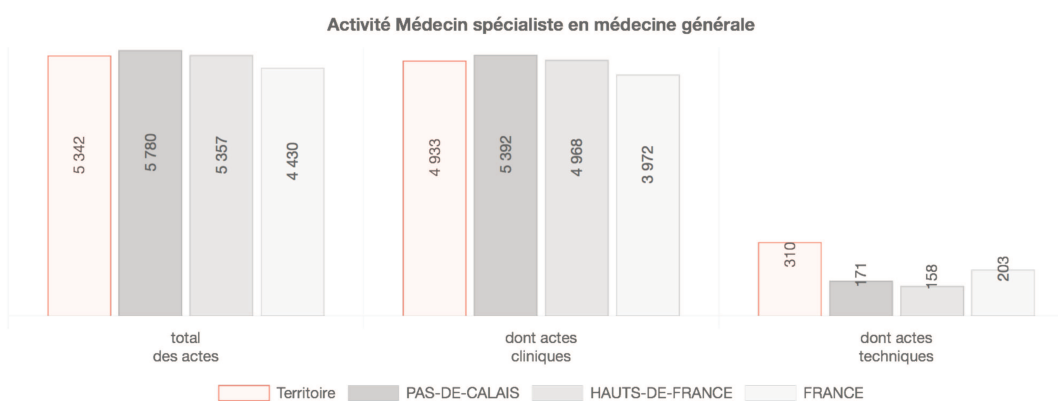
Catégorie	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.
Médecins spécialistes en médecine générale	1654*	1520	1522	1549
Infirmiers	483	306	330	285
Masseur-kinésithérapeute	173*	201	191	200
Orthophonistes	0*	77	79	74
Orthoptistes	0	1286	720	698

Données SNDS (Année 2020)

On voit que le nombre de patients par professionnel est plus élevé sur ce territoire par rapport aux autres échelles pour les médecins généralistes, pour les infirmiers, pour les orthophonistes et orthoptistes.

Actes / coefficients

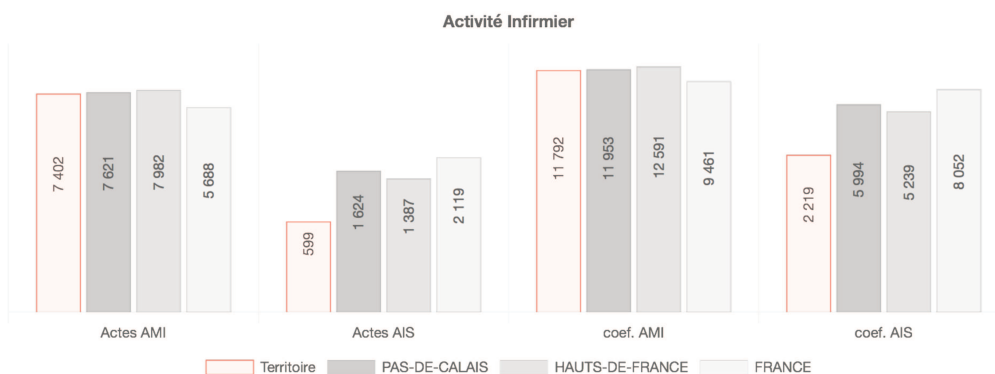
Rapport entre l'activité totale exprimée en nombre d'actes et/ou coefficients par catégorie professionnelle et par entité géographique observée et le nombre de PS par catégorie présents sur cette entité



Données SNDS (Année 2020)

Actes cliniques : Consultations + Visites

Actes techniques : Chirurgie + Echographie + Imagerie

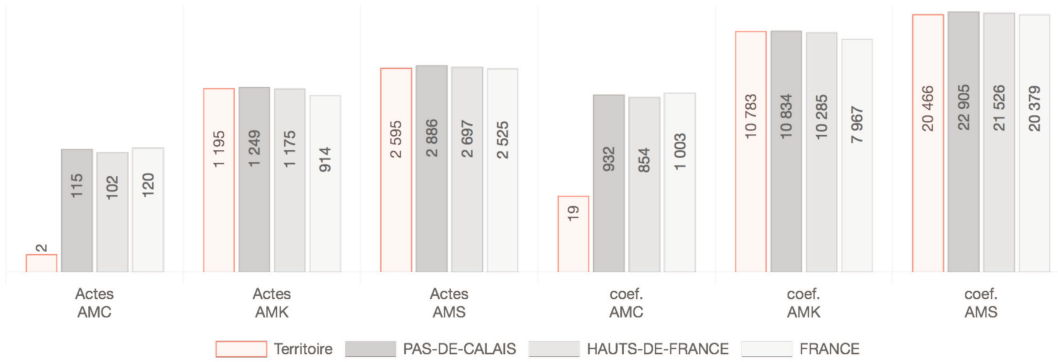


Données SNDS (Année 2020)

AMI : Actes autres que les AIS

AIS : Actes infirmiers de soins

Activité Masseur-kinésithérapeute



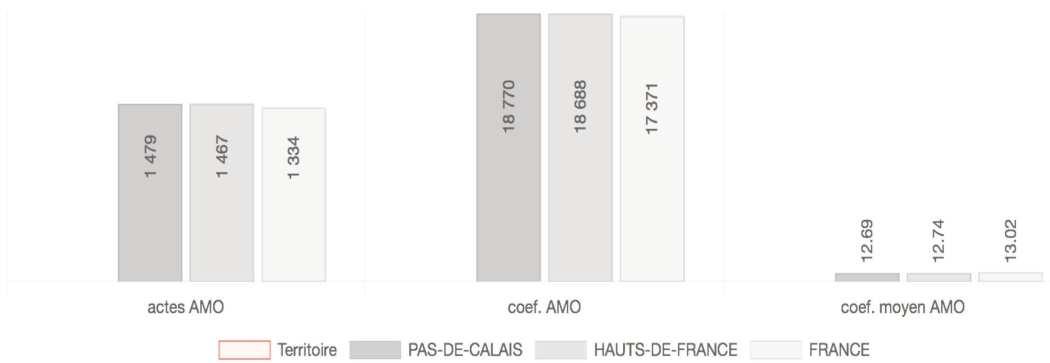
Données SNDS (Année 2020)

AMC : Actes pratiqués dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile

AMK : Actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade

AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques

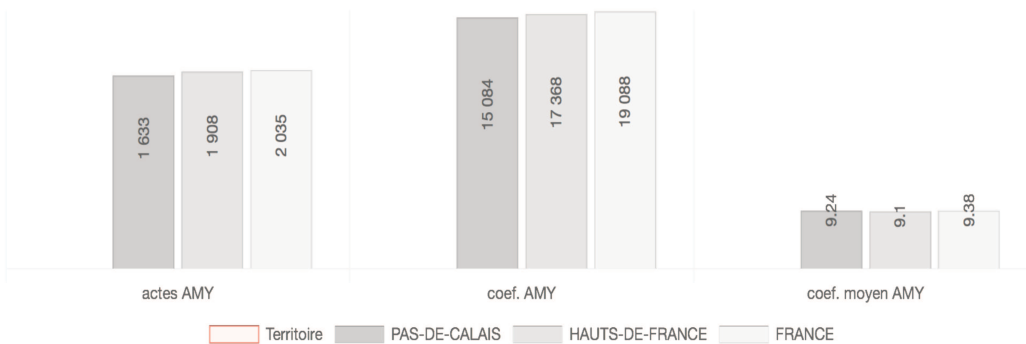
Activité Orthophoniste



Données SNDS (Année 2020)

AMO : Acte médical d'orthophonie

Activité Orthoptiste



Données SNDS (Année 2020)

AMY : Acte médical d'orthoptie

Dénombrement des structures de soins par commune

Structures sélectionnées Entités géographiques	Sur le territoire	Sur les communes
Sanitaires		
Centre hospitalier	2	
Centre hospitalier régional universitaire/régional	0	
Centres de dialyse & Structures alternatives aux centres	1	
Centres de santé dentaires	1	
Centres de santé infirmiers	0	
Centres de santé médicaux	0	
Centres de santé non typés eCDS-ATIH	0	
Centres de santé polyvalents	0	
Clinique	1	
Entité du centre hospitalier régional universitaire/régional	0	
Hopital de proximité	0	
Hospitalisation à domicile	0	
Hôpital d'Instruction des Armées	0	
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	3	
Soins de suite et de réadaptation	0	
Médico-social		
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	6	

Structures sélectionnées Entités géographiques	Sur le territoire	Sur les communes
Services de Soins Infirmiers à Domicile	2	

Source : data.gouv.fr - FINESS Géographique (au 09/07/2021)

Toutes ces données obtenues permettent d'affiner le territoire et de mieux cibler les actions qui pourront être menées sur le territoire.

La population concernée par le projet CPTS du T*** est de 47 900 habitants. Ce serait une CPTS de taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants).

b) Les acteurs et les partenaires du projet

Dans la lettre d'intention sont répertoriés :

- Les professionnels de santé porteurs du projet (ici 5 professionnels avec 4 IDE et 1 médecin),
- Les partenaires déjà associés au stade de la lettre d'intention (13 IDE, 13 médecins, 3 kinésithérapeutes, 5 pharmaciens, 1 podologue, 1 infirmière en pratique avancée (IPA), 1 biologiste, 1 coordonnateur de MSP),
- Ainsi que les professionnels de santé, services et/ou établissements identifiés pour participer au projet de CPTS même si leur participation est encore incertaine ou qu'il est envisagé d'associer (24 médecins généralistes, 2 internes en médecine générale, 4 infirmiers, 2 kinésithérapeutes, 1 pharmacien, 2 sages-femmes, 1 psychomotricienne, 1 ergothérapeute, 1 psychologue, 1 diététicienne, 2 pédicures-podologues, 1 ostéopathe, 1 sophrologue, 2 orthoptistes, 2 cardiologues, 1 endocrinologue, 1 gynécologue, 1 psychiatre, 1 neurochirurgien, 7 chirurgiens-dentistes, 1 représentant des usagers, des pompiers, des ambulanciers, un EPSM, un CSAPA, un ASRL, un Centre Hospitalier, une polyclinique, un SSIAD/ADMR, un CLIC).

Les liens de coordination et les modalités de travail existants entre les acteurs sont présentés dans la lettre. Des dynamiques d'exercices coordonnés existent sur le territoire avec de nombreuses MSP mais l'absence d'outil commun complique cette coordination, ce qui a incité la création de la CPTS. Les acteurs impliqués dans le projet de CPTS se sont accordés sur l'intérêt essentiel de se coordonner à l'échelle du territoire. De plus, la crise sanitaire COVID-19 a renforcé les coordinations territoriales (entre libéraux, entre ville-hôpital...) lors des actions de dépistage et de la campagne vaccinale.

Sur le territoire, il y a quatre maisons de santé pluri professionnelles et d'autres structures qui travaillent en partenariat avec les ressources qui composent leur propre activité. Ces relations ainsi que la coordination entre tous les acteurs pourraient être développées grâce à la CPTS qui permettra de développer cette coordination. Elle permettra également d'améliorer la communication entre les professionnels de santé libéraux isolés et les MSP expérimentées dans le cadre de la coordination formalisée et la communication sécurisée.

c) Les premiers éléments de diagnostic territorial

Dans la lettre d'intention on retrouve aussi les premiers éléments de diagnostic territorial. Le périmètre choisi semblerait pertinent au regard : des actions de santé déjà portées par la politique locale et mises en œuvre par le Contrat Local de Santé, des flux patients constatés par les acteurs libéraux et confortés par l'analyse des URPS, des différentes structures de santé présentes sur ce territoire de façon plutôt homogène. De plus, ce périmètre comprend les 4 pôles d'activités du territoire, les structures d'exercice coordonnées et des établissements de santé en place sur le territoire.

La commune qui est la plus importante en termes de population compte près de 5000 habitants et le reste du territoire est la conjonction de plusieurs petits villages ruraux limitrophes.

Le territoire relève une densité de population très faible avec 55,5 habitants/km².

La population est essentiellement rurale mais aussi plus âgée, l'indice de vieillissement étant plus élevé que celui de la région et du territoire de santé. Le nombre de personnes de plus de 75 ans dépasse de plus de deux points la moyenne nationale. Les structures de soins, hospitalières ou de ville doivent faire face à une progression démographique croissante mais vieillissante avec un net accroissement des personnes âgées en situation de dépendance.

17% des personnes ont entre 60 et 74 ans et 10,1% des personnes ont 75 ans ou plus.

En termes de transport, les grands axes de communication ne facilitent pas le déplacement puisque les communes rurales en sont éloignées. L'accès aux soins est de fait, plus difficile en raison des distances à parcourir pour atteindre les plateaux techniques hospitaliers.

Au-delà des indicateurs de dépendance marqués sur le territoire, la population rencontre de multiples difficultés de déplacements, de mobilité ainsi qu'un manque d'autonomie pour l'utilisation des transports en commun. Par ailleurs, plus de 15% des ménages ne possèdent pas de voitures.

Les caractéristiques socio-économiques de la population indiquent une population active ouvrière 11% plus importante que la moyenne nationale et 4% plus importante que celle des Hauts-de-France.

La part des personnes en retraite est également supérieure à la moyenne de la région.

Le nombre de médecins et de spécialistes est inférieur à la moyenne régionale avec 4,07 professionnels pour 1000 habitants contre 5,24 pour les Hauts-de-France. Certains médecins généralistes sont proches de faire valoir leur droit à la retraite. Le territoire est plutôt bien doté en structures de soins, notamment au regard des MSP ou des maisons médicales implantées. La présence d'un laboratoire de biologie médicale et d'un centre d'imagerie médicale est un élément essentiel, bien qu'il manque indéniablement une imagerie lourde à visée diagnostique de type scanner.

d) Les principales orientations proposées pour le projet de santé

Dans la lettre d'intention, on retrouve les principales orientations pour le projet de santé détaillées en fonctions des missions socles.

■ Les missions socles obligatoires

○ Amélioration de l'accès aux soins

▪ Mission 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant.

Pour répondre à cette mission, la CPTS travaillerait en collaboration avec la CPAM, au recensement des patients concernés. Selon des critères de priorité en fonction de l'état de santé des patients, la CPTS chercherait les professionnels sur l'ensemble du territoire en mesure d'assurer leur suivi. Par ailleurs, tout nouveau patient pourrait se tourner vers la CPTS qui l'aiderait dans cette démarche. A cette fin, un numéro d'appel unique serait ouvert et communiqué à la population.

▪ Mission 2 : Améliorer la prise en charge des soins non programmés

L'objectif de la CPTS serait de garantir aux patients d'obtenir un rendez-vous le jour-même ou dans les 24h. Il serait envisagé de travailler à la coordination des professionnels de santé libéraux, avec éventuellement les professionnels salariés des structures de santé, pour assurer la continuité des soins (de 8h à 20h). Les professionnels de santé souhaitent débiter les soins non programmés en médecine

générale en travaillant le partage de compétence notamment avec les IDE (dont les IPA), kinésithérapeutes, pharmaciens, sages-femmes.

La continuité des soins ferait également l'objet d'un travail de coordination afin que les absences médicales prévues ou imprévues puissent être secondées dans un mode dégradé anticipé.

- **Mission 3 : Développer le recours à la télésanté**

La téléconsultation pourrait être un axe de développement sur le territoire afin de réduire les distances et faciliter le lien médecin-patient, notamment pour les personnes âgées ne pouvant se déplacer. Il est également évoqué l'utilisation de la télé-expertise pour l'obtention d'un avis d'un spécialiste sans faire déplacer le patient.

- **Organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient**

- **Améliorer la coordination ville - établissements de santé**

L'amélioration du parcours patient passerait par une communication active entre tous les acteurs dans l'objectif d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients. La CPTS assurerait la coordination des réunions pluri professionnelles régulières.

Une plateforme d'information dématérialisée permettrait la diffusion d'annuaires partagés afin d'informer la population des différents acteurs de santé présents sur le territoire, en précisant les moyens pour les contacter.

La CPTS s'investirait dans le développement d'outils de communication pour partager les informations d'un patient nécessaires à la prise en charge par les professionnels. La superficie du territoire invite à lutter contre l'isolement des professionnels. L'interopérabilité des outils informatisés entre les différents acteurs serait un point de vigilance majeur et indispensable au développement de la coordination. Les messageries sécurisées seraient déployées auprès de tous les professionnels libéraux mais également utilisées par les structures de santé. Le déploiement du DMP favoriserait le partage d'information médicales essentielles au patient.

La CPTS concourrait à l'amélioration des outils de transmission à uniformiser lors de la sortie des patients depuis les structures de soins vers les professionnels en ville. L'uniformisation des données à intégrer sur une fiche de liaison serait envisagée. A l'inverse, la CPTS créerait une fiche de liaison pour les professionnels libéraux lors de l'adressage d'un patient vers une structure de santé à des fins d'hospitalisation.

La CPTS travaillerait également à l'harmonisation des pratiques et notamment le partage de compétences dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques prépondérantes sur le territoire.

Les professionnels de santé souhaitent également expérimenter les dispositifs Nutri'âge (dispositif pour améliorer la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées) et lab'parcours (dont l'expérimentation a été autorisée dans la région au titre de l'article 51 portant sur le dispositif d'innovation de santé).

- **Informier/échanger entre les acteurs du territoire**

L'utilisation d'une plateforme d'information dématérialisée et commune à tous les acteurs de santé paraît indispensable pour mieux informer et coordonner les acteurs. Le choix d'un système d'information et de communication adapté serait une priorité à court terme pour parvenir à assurer les missions d'information, d'orientation et de conseil. Les professionnels de santé évoquent l'utilisation de la plateforme régionale « Prédice ».

- **Développer les actions territoriales de prévention**

La CPTS recenserait les actions de prévention sur le territoire pour les relayer auprès de la population mais pourrait également initier des actions de prévention en collaboration avec les acteurs du territoire, notamment le Contrat Local de Santé.

Les professionnels de santé évoquent également le relais des campagnes nationales comme « octobre rose » (cancer du sein), « mars bleu » (cancer colorectal), « la journée hygiène des mains »... permettant le maintien voire l'amélioration de l'état de santé des patients.

Chaque action serait travaillée avec les associations et les représentants des usagers du territoire.

Le site internet de la CPTS permettrait de diffuser ce type d'information vers la population (en dehors de communications habituelles locales de type presse, flyer...)

■ Les missions optionnelles

○ Développement des actions en faveur de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins

Les erreurs médicamenteuses surviennent plus particulièrement lors de l'admission du patient, de son transfert vers un autre service ou de sa sortie en vue du retour à son domicile. Les professionnels souhaitent développer des actions de conciliation médicamenteuse avec les établissements sanitaires lors des sorties d'hospitalisation des patients. Ce lien ville-hôpital permettrait de répondre aux attentes des pharmaciens d'officine et des médecins traitants et les intégrerait au mieux à la prise en charge des patients. La CPTS aurait pour objectif de réduire ces risques d'erreurs par le renforcement de la conciliation médicamenteuse existant entre les établissements de santé, les médecins de ville et l'officine du patient.

La CPTS engagerait des actions d'amélioration des pratiques de soins notamment par le partage de moyens des acteurs sur les thématiques de formation. Celles-ci seraient définies selon les besoins exprimés par les professionnels du territoire et partagées par tous. Des formations sur la prise en charge palliative, les pansements complexes, le circuit du médicament, l'éducation thérapeutique du patient seraient des orientations possibles.

○ L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville pour les professionnels manquants sur le territoire en lien avec les besoins de la population. Les professionnels de santé pourraient s'appuyer sur les actions mises en œuvre de la communauté de communes du territoire pour promouvoir le territoire.

A ce jour, cette CPTS est au stade de la réunion territoriale organisée par les URPS avec les professionnels de santé du territoire. La prochaine étape est la création de l'association et la rédaction des statuts.

II- Retour d'expérience d'un pharmacien d'officine exerçant au sein d'une CPTS

Au cours de la rédaction de cette thèse, j'ai eu la grande chance de pouvoir réaliser une interview de Madame le Dr. X.B, pharmacien titulaire d'officine à Y., secrétaire au sein de la CPTS A***** en activité. Je reproduis ici les questions que je lui ai posées ainsi que les réponses qu'elle y a apportées.

1) Qui est à l'origine de la CPTS ?

« En septembre 2018, une première réunion d'information est organisée par le Docteur E.X avec les différents professionnels de santé de la région pour présenter le projet de création de la CPTS A***** : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé.

A la suite de laquelle, quinze membres fondateurs créent cette association.

La CPTS A***** est née un an après, le 2 février 2019 sous la forme d'une association loi 1901.

Elle s'étend sur le territoire de la C**** (+ cinq communes) (58 communes – 111 522 habitants), classant cette CPTS en taille 3 (sur 4 tailles existantes, la taille 4 étant la plus grande).

Le 15 juillet 2021, les professionnels de santé porteurs du projet de la CPTS A***** (membres fondateurs : Comex (Comité exécutif)) ont signé un contrat tripartite avec l'assurance maladie de la ***** et l'agence régionale de santé des Hauts-de-France. C'est le premier contrat signé de la région s'appelant ACI : accord conventionnel interprofessionnel (CPTS/ CPAM/ ARS).

Grâce à cette signature, la CPTS A***** pourra recevoir des financements permettant de mettre en place les actions visant à l'amélioration de l'accès aux soins non programmés et le développement de la prévention. »

2) Pourquoi avez-vous décidé de créer une CPTS sur ce territoire ?

« Nous avons décidé de créer une CPTS sur ce territoire dans le but d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels sachant que de nombreux médecins partent à la retraite sans être remplacés.

L'objectif est d'avoir une meilleure coordination entre les acteurs engagés pour fluidifier le parcours de soin des patients.

Un meilleur échange entre les professionnels afin d'avoir un gain de temps et une meilleure qualité de soin. »

3) Quels sont les professionnels de santé qui ont rejoint rapidement le projet ?

« Une quinzaine d'adhérents (le Comex) ont rapidement rejoint le projet. Ce groupe moteur a permis progressivement de recruter d'autres professionnels. Trois pharmaciens sont impliqués dans ce projet et d'autres commencent à voir l'utilité de la CPTS. »

4) Quelles sont les caractéristiques de la CPTS ?

« C'est une CPTS de taille 3 avec 111 522 habitants. Médecins, infirmier(e)s, pharmaciens, association de soins à domicile, hôpitaux, cliniques, EPHAD, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, chirurgiens-dentistes... peuvent y adhérer. »

5) Quelle est la composition actuelle de la CPTS ?

« La CPTS est actuellement composée de 206 adhérents dont 41 médecins généralistes sur les 67 en exercice à ce jour. »

6) Quelle est la composition du bureau ?

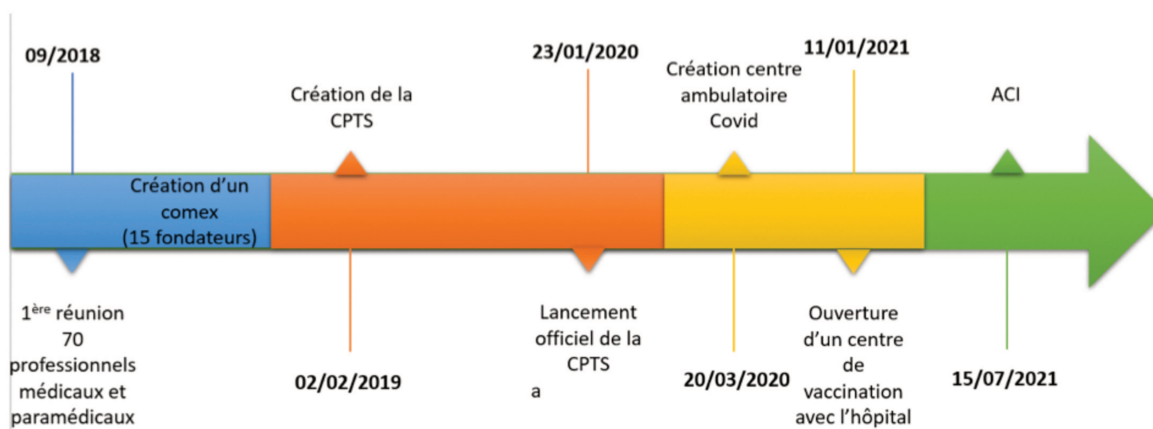
« Les dirigeants sont le Dr E.X, médecin généraliste qui est le président, Mme X.B, pharmacien titulaire, secrétaire et Mme C.V, sage-femme qui est trésorière.

Les membres fondateurs de la CPTS sont trois médecins, deux pharmaciens, deux chirurgiens-dentistes, quatre infirmières, une sage-femme, trois kinésithérapeutes. »

7) Quel est le statut juridique choisi ?

« Le statut juridique choisi est régi par l'association loi 1901 avec l'écriture du projet de santé. »

8) Combien de temps a duré la mise en place de la CPTS ?



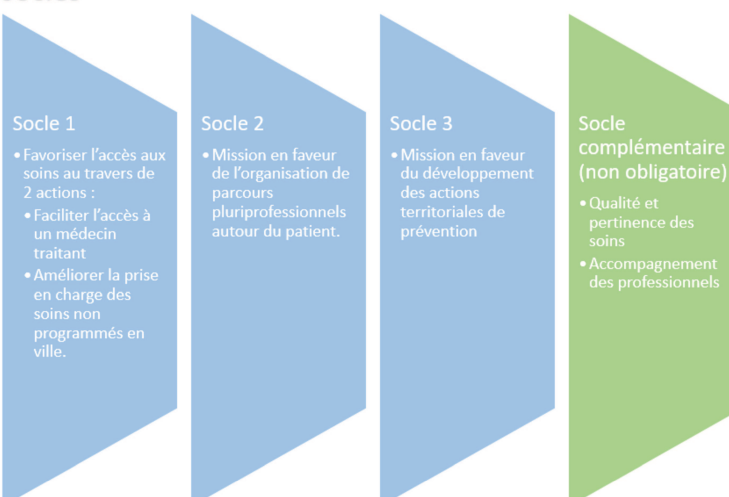
« En septembre 2018, une première réunion avec 70 professionnels médicaux et paramédicaux a eu lieu. Ensuite a eu lieu la création d'un Comex avec 15 fondateurs.

Le 2 septembre 2019, la CPTS a été créée et la CPTS a été officiellement lancée le 23 janvier 2020. Le 20 mars 2020, un centre ambulatoire COVID a été créé. Le 11 janvier 2021 un centre de vaccination avec l'hôpital a été créé. Le 15 juillet 2021, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel a été signé. »

9) Quelles sont les actions mises en place pour faciliter l'accès aux soins ?

« La CPTS a différentes missions à mettre en œuvre sur le territoire notamment des missions « socles » et des missions complémentaires. (Quatre missions socles et deux complémentaires).

Missions socles



En mars 2020, un centre de soin COVID a été mis en place au sein duquel des consultations sans rendez-vous pour les patients symptomatiques étaient réalisées par des médecins et des infirmières. Fin novembre 2020, des parcours de sorties d'hospitalisation Covid ont été mis en place.

Depuis janvier 2021, les professionnels libéraux participent au centre de vaccination du CHR en faisant des permanences. En juillet 2021, la CPTS a été précurseur dans l'expérimentation « Pfizer en ville » (mise à disposition du vaccin Pfizer pour les professionnels libéraux avant même l'extension au niveau national).

Afin de favoriser l'accès aux soins pour tous dans un contexte de tension médicale, en octobre 2021 un dispositif pour les soins non programmés a été mis en place. Ce dispositif s'adresse aux personnes fragiles qui n'ont plus de médecin traitant (plus de 70 ans, en ALD et / ou bénéficiaires de la CSS). Il repose sur la mise en place d'un numéro de téléphone, accessible auprès des professionnels de santé de la CPTS pour les personnes en demande de soin ponctuel ou de renouvellement d'ordonnance (il n'est pas destiné à trouver un médecin traitant) ; un régulateur prend l'appel et vérifie si la personne entre dans les critères du dispositif ; puis un appel est lancé via une application « Entr'actes » auprès des médecins généralistes volontaires en fonction de la zone de résidence du patient. En cas d'indisponibilité des médecins généralistes, le patient est prévenu par le régulateur qu'il n'y a pas de médecins généralistes disponibles ce jour-là. »

10) Quelles sont les actions mises en place en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient ?

« L'objectif est de fluidifier les parcours pluri professionnels : notamment le parcours autour du maintien de la personne âgée à domicile (faire du lien entre les professionnels et les structures notamment avec l'Union Nationale de l'Aide (UNA), les EPHAD, le Département, les futurs dispositifs d'appui à la coordination (DAC)).

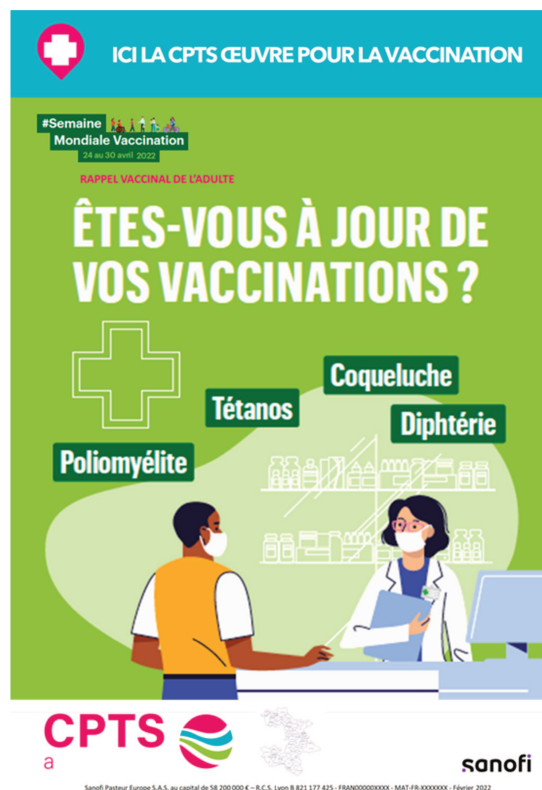
La création d'un cahier de liaison unique est prévue. Ce cahier de liaison unique permettra une communication beaucoup plus simple, dans lequel chaque professionnel peut avoir rapidement les informations. Ce cahier est actuellement terminé, il se compose d'une feuille pour tous les intervenants médicaux, une feuille

pour les pansements, une feuille pour les médicaments, une pour le suivi biologique, une pour l'autonomie et une feuille analysant les capacités de la personne âgée. »

11) Quelles sont les actions mises en place pour développer la qualité et la pertinence des soins ?

« Pour favoriser la coordination entre les professionnels de santé, ces derniers vont mettre en place différentes actions, notamment la mise en place de réunions de concertation pluri professionnelle (RCP), l'utilisation d'outils pour favoriser le partage d'informations et la mise en place de protocoles.

Des sous-groupes de travail sont réalisés, par exemple, il y a un sous-groupe qui s'occupe de la promotion de la vaccination. Ce sous-groupe travaille actuellement sur la semaine mondiale de la vaccination. Des sages-femmes, des biologistes, des infirmiers, des pharmaciens font partie de ce sous-groupe. Cela permet des discussions entre professionnels notamment sur les différents types de vaccins (vivants atténués, inactivés...), sur le calendrier vaccinal et son évolution (vaccination contre le papillomavirus chez les garçons). Pour cette semaine de campagne, des affiches seront fournies par la CPTS, la publicité via les journaux et les flyers sera également effectuée par la CPTS. L'objectif est de cibler les 25-65 ans et de les sensibiliser.



Cela permettra d'avoir de meilleures conditions d'exercice :

- Soutien dans son exercice, notamment dans les cas patients nécessitant une approche pluriprofessionnelle ;
- Optimisation de son temps médical et soignant (moyens d'actions et outils de coordination à l'échelle locale) ;
- Conditions d'exercice stimulantes et innovantes ;
- Diminution du sentiment d'isolement.

En février 2021, un parcours « Urgences dentaires de semaine » a été créé, il ne se substitue pas aux gardes du week-end, l'objectif étant de proposer à des personnes en urgence dentaire sans chirurgien-dentiste traitant (critères définis selon un protocole) d'accéder à un dentiste en permanence les mardis, jeudis et vendredis. Six chirurgiens-dentistes se répartissent ces consultations, chaque chirurgien-dentiste est libre de choisir d'y participer.

Il est également prévu de développer des actions coordonnées de prévention : vaccination, prévention des cancers du sein, de l'utérus et colorectal. Un protocole de dépistage des cancers des voies aériennes supérieures (VADS) par les dentistes en cours (partenariat avec les ORL et stomatologues de la clinique et le CHR).

Afin de favoriser la qualité et la pertinence des soins, des formations professionnelles, un groupe d'analyse pour améliorer la coordination entre professionnels et améliorer les pratiques notamment autour de la personne âgée à domicile seront mis en place.

Pour accompagner les professionnels sur le territoire et favoriser l'attractivité sur le territoire : la CPTS en lien avec le CHR, la clinique de S***** et la communauté d'agglomération, ont mis en place des temps forts pour accueillir les internes hospitaliers et de ville, basés sur la découverte du territoire et un temps d'échange avec des professionnels installés sur le territoire.

Les maîtres de stage en médecine de ville sont également essentiels. De nouveaux locaux sont mis à disposition pour les internes qui souhaitent venir sur le territoire.

Un guichet unique est également proposé par la communauté d'agglomération pour faciliter la recherche de logement, l'accueil des enfants, du conjoint ; tout est fait pour faciliter au maximum l'installation des futurs médecins sur le territoire. »

12) Quelles sont les actions mises en place en faveur de la formation, de l'accompagnement des professionnels de santé ?

« Afin de favoriser la formation et l'accompagnement des professionnels de santé, des formations à la demande sont organisées. Par exemple, des animations sur les pathologies de la cavité buccale réalisées par les chirurgiens-dentistes permettent aux autres professionnels d'acquérir des bases pour mieux orienter le patient ; d'autres formations permettent de devenir maître de stage. »

13) Quels sont les outils de communication utilisés ?

« Nous avons choisi une application de communication cryptée « Entr'actes » : application permettant d'échanger et de partager des informations entre professionnels de façon sécurisée. De cette façon pour un soin urgent non programmé, cela permet de trouver un médecin rapidement. Nous avons choisi aussi l'application Pandalab.pro.

L'application « Entr'actes » permet d'effectuer un déclenchement sur une prise en charge à faire pour un patient. Il faut renseigner sur cette application l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, sexe, adresse), les professionnels habituels intervenant dans la prise en charge. Il faut renseigner la profession de l'intervenant souhaité, le type de soins et de prise en charge, la date d'intervention, le délai d'intervention, le délai de réponse laissé aux professionnels de santé pour répondre à la demande, le motif du déclenchement et les informations nécessaires pour la prise en charge.

L'application Pandalab.pro est une messagerie instantanée sécurisée qui permet de partager des photos en toute sécurité, de rédiger des ordonnances rapidement et de les transmettre rapidement.

Un site internet présentant la CPTS a aussi été créé à destination du grand public mais aussi des professionnels de santé. Sur ce site, on trouve des informations sur l'association (le territoire, les membres, les dirigeants,) des actualités, un annuaire des professionnels de santé, des informations sur l'adhésion pour les professionnels qui souhaitent rejoindre la CPTS, des informations sur l'utilisation des applications « Entr'actes » et Pandalab.pro. »

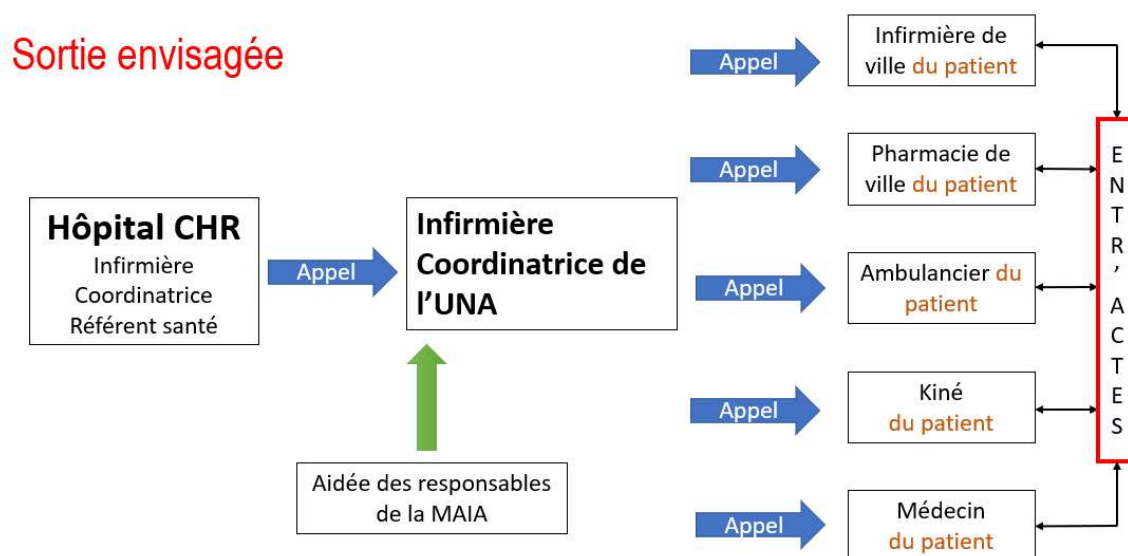
14) Quel a été l'impact de la crise sanitaire COVID sur la CPTS ?

« La CPTS a montré tout son intérêt lors de la crise sanitaire. Certes les réunions se sont espacées mais une cohésion s'est créée. Cependant, certaines actions n'ont pas pu être faites notamment celles sur l'obésité. »

15) Comment l'organisation en CPTS sur ce territoire a-t-elle permis de répondre à la crise sanitaire ?

« Comme nous l'avons dit précédemment, un centre de soins COVID a été mis en place, des permanences des professionnels libéraux pour les vaccinations au niveau du centre hospitalier également.

Un protocole a également été créé pour organiser en urgence les sorties hospitalières Covid. Lorsqu'une sortie est envisagée, une infirmière coordinatrice de l'hôpital appelle une infirmière coordinatrice de l'UNA qui sera chargée d'appeler l'infirmière de ville, le pharmacien de ville, l'ambulancier du patient, le kinésithérapeute du patient et le médecin du patient. Cette information peut également se faire par l'application « Entr'actes » via un déclenchement où sont renseignés les professionnels de santé habituels du patient. »



16) Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place de la CPTS ?

« Pour rédiger le projet de santé, l'URPS médecins libéraux nous a beaucoup aidés, la partie administrative étant très lourde. La coordinatrice de la CPTS s'occupe du secrétariat, de l'organisation, de la mise en place des formations, de la gestion du site internet...

Pour construire le projet, il faut identifier les contours et les besoins du territoire afin de réaliser un diagnostic territorial, et analyser les données. Pour cela, nous avons convenu d'un rendez-vous conjoint entre l'ARS et la CPAM. »

17) Quel est pour vous l'intérêt de travailler en exercice coordonné ?

« Travailler en exercice coordonné permet une meilleure prise en charge des patients – des dialogues beaucoup plus faciles entre les professionnels de santé mais aussi un gain de temps et d'efficacité. »

18) Quel est le rôle du pharmacien d'officine exerçant au sein d'une CPTS ?

« Le pharmacien est un des maillons entre les professionnels qui interviennent chez le patient (exemple : entre le médecin et l'infirmière).

Lors de la crise sanitaire, un décret a permis aux pharmaciens d'officine de renouveler [plus facilement par dérogation] les traitements chroniques. Sur le territoire, certains médecins généralistes nous ont fait savoir leur désaccord. L'organisation en CPTS a permis aux pharmaciens de trouver une solution pour chaque patient en fonction de son médecin traitant. Soit le pharmacien pouvait réaliser un renouvellement soit il trouvait un rendez-vous pour le patient avec son médecin généraliste.

Lors d'une réunion de la CPTS, nous avons pu ouvrir un dialogue sachant que des décrets sont apparus pour que le pharmacien puisse délivrer des traitements pour la cystite, la rhinite allergique, la varicelle et le traitement d'angine après un TROD (test rapide d'orientation diagnostique). Les pharmaciens ne pourront délivrer ces traitements si un accord est signé au sein de la CPTS. »

19) Quels sont les avantages et les inconvénients pour le pharmacien d'officine ?

« Les avantages pour le pharmacien d'officine :

- Se connaître mieux entre nous
- Découvrir certaines actions d'autres professionnels
- Travailler ensemble avec un partage des compétences

Il n'y a aucun inconvénient, aucune réunion n'est imposée. Son apport est à la mesure de sa volonté de s'investir. »

20) Comment inciter d'autres professionnels de santé à rejoindre le projet ?

« Le projet de CPTS a été défini par des professionnels de santé de la région en dialogue avec l'ARS et la CPAM, mais rien n'a été imposé, il s'agit d'une concertation ainsi il n'y a pas de contraintes pour un membre de la CPTS à part une adhésion de 5 euros par an. Il peut ainsi disposer des systèmes cryptés Pandalab et Entr'actes gratuitement. »

Conclusion :

« Mais au-delà de ces missions, la CPTS permet de :

- Renforcer les liens entre les professionnels libéraux
- D'échanger sur leurs pratiques
- De ne pas se sentir isolés (tout en laissant leur autonomie et la liberté d'exercice)
- De renforcer les liens avec des structures sanitaires, médico-sociales ou sociales.

Les pratiques ont évolué, et la crise liée au Covid, a mis en exergue la capacité des professionnels du territoire à mobiliser et à travailler ensemble. »

NB : Le projet de santé de la CPTS A***** se trouve en annexe 2 et le contrat d'adhésion à l'ACI en annexe 3.

III- Intérêt de ce mode d'exercice et place du pharmacien d'officine

1) Intérêt de l'exercice en CPTS pour le pharmacien d'officine et pour les patients

Le pharmacien d'officine est un maillon essentiel du parcours de soins. C'est un acteur de proximité disponible sans rendez-vous chez qui les patients n'hésitent pas à pousser la porte en cas de problème.

L'exercice en CPTS doit permettre au pharmacien d'officine de pouvoir répondre au mieux aux besoins de sa patientèle tout en partant de l'existant. En effet, cette structure doit constituer une aide pour pallier les difficultés d'exercice des pharmaciens d'officine.

Un des objectifs est de réduire les délais de prise en charge pour des pathologies courantes dans des zones où la démographie médicale est déficitaire.

L'un des premiers avantages est de faciliter la communication et la relation avec les autres professionnels de santé du territoire en utilisant des outils simples et efficaces.

Un autre avantage est de permettre de mieux se connaître et se reconnaître. C'est-à-dire de mieux valoriser les compétences de chacun et de travailler en équipe. Ce travail d'équipe permet de mettre le patient au centre et de s'attacher à ce que sa prise en charge soit la plus complète et adaptée possible.

L'objectif est de décloisonner les différents professionnels de santé et que chaque professionnel de santé trouve sa place dans le parcours de soin du patient et qu'il soit capable de mieux répondre aux demandes des patients (prises en charges urgentes, gestion des sorties d'hospitalisation...).

L'évolution des compétences des pharmaciens d'officine amène à adhérer aux CPTS afin de mieux les exploiter.

Le pharmacien d'officine a également un rôle dans l'amélioration de l'éducation à la santé, dans la prévention et dans le dépistage de certaines pathologies.

Le pharmacien est l'expert du médicament ce qui peut ainsi l'amener à informer aussi bien ses patients que d'autres professionnels de santé sur le médicament.

2) Place du pharmacien d'officine au sein de la CPTS

Au sein de la CPTS le pharmacien d'officine peut apporter son savoir sur le médicament, il peut également participer à l'élaboration de protocoles de soins, coordonner les parcours de soins, participer aux réunions concernant la prise en charge de patients « complexes », participer à l'éducation des patients au sujet de leurs traitements.

Certaines missions du pharmacien d'officine nécessitent un exercice coordonné (ESP, MSP ou CPTS).

a) Les protocoles de coopération

Ces protocoles permettent aux professionnels de santé exerçant de manière coordonnée de modifier leurs modes d'intervention auprès du patient.

Ces protocoles consistent en la délégation d'activités, d'actes de soins ou de prévention entre le médecin (délégant) et les professionnels de santé non médecins (délégués). Les délégués peuvent être le pharmacien d'officine ou un infirmier diplômé d'état.

L'objectif de ces protocoles est de réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante, dans un contexte de démographie médicale déficitaire, diminuer le recours à la permanence des soins par les patients (urgences), permettre aux pharmaciens d'officine ainsi qu'aux infirmiers de fournir une réponse adéquate à une demande fréquente.

Le pharmacien ou l'IDE doivent avoir suivi préalablement une formation par le délégant de la structure pluriprofessionnelle de 29 heures pour les 4 protocoles.

La consultation aura lieu dans un espace de confidentialité au cabinet infirmier ou à la pharmacie. Il faut le consentement du patient également pour pouvoir la mettre en œuvre.

Quatre protocoles ont vu le jour le 6 mars 2020 :

- La prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle

- La prise en charge de l'odynophagie pour les patients de 6 à 45 ans par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle
 - Le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle
 - La prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien dans le cadre d'une structure pluri professionnelle
- i. La prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri professionnelle

Ce protocole concerne les femmes de 16 à 65 ans présentant des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie et/ou brûlure mictionnelle et/ou dysurie et/ou impériosité mictionnelle) d'apparition récente dont un des délégants est médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier.

Le délégué doit avoir suivi une formation de 4h.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les hommes car les infections urinaires masculines sont potentiellement sévères (possibles prostatites ou infections liées à une hypertrophie bénigne de la prostate).
- Les femmes de plus de plus de 65 ans car elles sont plus à risque de complication.
- Les filles de moins de 16 ans
- Critères d'exclusion lors de l'interrogatoire : grossesse avérée ou non exclue, signes digestifs, signes gynécologiques, antécédents de 3 cystites. Sur les 12 derniers mois, antécédent de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours, antibiothérapie en cours pour une autre pathologie, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, immunodépression grave, insuffisance rénale chronique sévère.
- Critères d'exclusion lors de l'examen clinique : fièvre ($T > 38^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie ($< 36^{\circ}\text{C}$), douleur à la percussion d'une fosse lombaire.

- Critères d'exclusion durant la prise en charge : patiente refusant le protocole, doute du délégué.

S'il n'y a pas de critères d'exclusion, une bandelette urinaire est réalisée.

- Si les leucocytes et /ou les nitrites sont positifs, cela conduit à une antibiothérapie (fosfomycine (MONURIL®) en 1^{ère} intention, si allergie : pivmécillinam (SELEXID®), si allergie à la fosfomycine (MONURIL®) et au pivmécillinam (SELEXID®) : prescription d'un ECBU et orientation vers le médecin traitant).
- Si les leucocytes et nitrites négatifs : on donne les conseils et on invite le patient à consulter en cas d'aggravation dans les 24h ou de persistance des symptômes. (1)

En annexe n°4 se trouve le processus de prise en charge.

ii. La prise en charge de l'odynophagie pour les patients de 6 à 45 ans par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri professionnelle (37)(2)

Ce protocole concerne les patients de 6 à 45 ans souffrant d'odynophagie et qui ne refusent pas que le pharmacien ait accès à leur dossier médical afin qu'il y ait une coopération entre le médecin traitant et le pharmacien et qui ne présentent pas de critères d'exclusion. Ce protocole prévu par l'avenant 18 à la Convention Nationale du 4 avril 2012 devient opérationnel suite à la parution du décret n°2021-1631 du 13 décembre 2021 relatif aux modalités d'utilisation d'une ordonnance de dispensation conditionnelle de médicaments mentionnée à l'article L.5121-12-1-1 du Code de la Santé Publique (38) et de l'arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance (39).

Une formation de 10h est obligatoire pour pouvoir pratiquer cette nouvelle mission par le délégué.

Il existe deux circuits de prise en charge :

- Il faut tout d'abord établir un score de Mac Isaac :

Score Mac Isaac	Point
Température > 38 °	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Âge :	
• 15 à 44 ans	0
• > 45 ans	-1

- Si < 2 : angine streptococcique peu probable, pas de TROD nécessaire, pas d'indication d'antibiothérapie
 - = ou > 2 faire un TROD
- Si le patient se présente spontanément à l'officine. Le pharmacien va réaliser un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) qui sera tarifé 6€ HT (6,30€ dans les départements et régions d'outre-mer (DROM))
- Si le résultat est positif, le pharmacien invite le patient à se rendre chez son médecin traitant avec le résultat du test. Si le pharmacien exerce au sein d'une structure de coopération interprofessionnelle et qu'un protocole a été réalisé, il pourra délivrer un des antibiotiques autorisés par le protocole avec des ordonnances conditionnelles.
 - Si le résultat est négatif, le pharmacien délivre les conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes et invite le patient à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.
- Si le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin pour faire le test
- Le prescripteur peut prescrire 2 ordonnances (une avec le TROD à effectuer en pharmacie et une avec les traitements = ordonnance dite conditionnelle d'antibiotique)
 - Si le TROD est positif, le test est tarifé 6€ HT (6,30€ dans les DROM). Le pharmacien dispensera le traitement antibiotique sur la base de l'ordonnance conditionnelle présentée par le patient. Les 6 principes actifs antibiotiques pouvant être soumis à dispensation conditionnelle sont l'amoxicilline, le céfuroxime (ZINNAT®), le cefpodoxime (ORELOX®), l'azithromycine (ZITHROMAX®), la clarithromycine (ZECLAR®), la josamycine (JOSACINE ®).

- Si le TROD est négatif, le test est tarifié 7€ HT (7,35€ HT dans les DROM). Les antibiotiques prescrits sur l'ordonnance conditionnelle ne sont pas délivrés. Le pharmacien délivre les conseils adaptés et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.

Il existe des critères d'exclusion :

Lors de l'interrogatoire et de l'examen du dossier	<ul style="list-style-type: none"> - < 6 ans ou > 45 ans - > 8 jours de symptômes ; épisode similaire dans les 15 jours précédents, ATB en cours, IRC - Retour d'un voyage et fièvre dans les 2 à 5 jours - Toux (attention : bronchite, pneumonie, asthme...) - Éruption cutanée - Fièvre > 39.5°C -Enfant avec troubles digestifs importants (vomissements/diarrhées) - Grossesse avérée ou non exclue - Immunodépression : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie...)
Lors de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicalgie importante (= suspicion d'une méningite) - Difficulté à parler ou à respirer, altération de l'état général - Fièvre > 39.5°C, constantes altérées (tachycardie) - Éruption cutanée, trismus, hypersialorrhée

En annexe n°5 se trouve le processus de prise en charge.

iii. Le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle

Ce protocole concerne les patients de 15 à 50 ans chez qui une rhinite allergique saisonnière a été diagnostiquée et pour laquelle un traitement a déjà été prescrit, dont un des délégants est médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier. Pour pouvoir mettre en œuvre cette mission, les délégués doivent avoir suivi une formation de 5h obligatoire.

Il existe des critères d'exclusion :

- Age <15 ans ou >50 ans, absence d'encodage « rhinite allergique » dans l'onglet « pathologies en cours » du dossier patient, asthme associé, grossesse en cours ou prévue, patient n'ayant pas vu son médecin traitant depuis 3 ans,

patient pour lequel aucune prescription pour le traitement de l'allergie saisonnière ne figure dans le dossier informatisé depuis 3 ans, patient souhaitant une modification de son traitement habituel.

- Signes fonctionnels d'exclusion : gêne respiratoire, toux, dyspnée, tout symptôme évocateur d'asthme, anosmie, inefficacité symptomatique du traitement actuel, difficultés d'observance du traitement actuel, effets indésirables du traitement actuel.

S'il n'y a pas de critères d'exclusion, le pharmacien renouvellera à l'identique le traitement initié par le médecin traitant pour la durée habituelle des manifestations allergiques : antihistaminique de 2^{ème} génération, corticoïdes locaux en pulvérisation intra-nasale, cromoglycate de sodium en pulvérisation intranasale.

Il faudra également donner les conseils pour limiter l'exposition aux allergènes : éviter si possible d'être dehors entre 11h et 14h, limiter les ouvertures des portes et fenêtres pour ne pas introduire dans le logement les pollens allergisants, se rincer les cheveux le soir avant le coucher afin d'en limiter le dépôt dans la literie, secouer le linge qui a séché à l'extérieur. (40)

iv. La prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien dans le cadre d'une structure pluri professionnelle (41)(3)

Les bénéficiaires de ce protocole sont les patients entre 12 mois et 12 ans qui présentent une éruption cutanée prurigineuse associant des lésions maculo-papulo-érythémateuses (signes évocateurs de varicelle), vésiculaires et croûteuses, avec intervalle de peau saine, dont un délégué est le médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier.

Il faut une formation de 10h pour pouvoir pratiquer ce protocole.

Il existe des critères d'exclusion : en général pour les enfants fragiles ou avec varicelle grave, immunodépression, chimiothérapie, fièvre >39°C, altération de l'état général, antécédents de varicelle connus, éruptions vésiculeuses localisées, localisation faciale exclusive.

L'enfant est déshabillé et examiné. Il faut éliminer un eczéma, un psoriasis ou une rougeole avant de poser ou non un diagnostic de varicelle.

Après éviction des critères de gravité et prise en compte d'éventuelles allergies médicamenteuses, prescription possible des médicaments suivants : paracétamol et antiseptiques. Il est possible de conseiller des produits d'hygiène ou cosmétiques adaptés.

Il faut inscrire dans le carnet de santé de l'enfant la pathologie.

En annexe n°6 se trouve le processus de la prise en charge.

b) Le pharmacien correspondant

Le patient va désigner un pharmacien correspondant au niveau de l'Assurance Maladie. Un décret paru au *Journal officiel de la République française* le 30 mai 2021 définit les modalités : le décret n°2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant. Ce décret est pris en application de l'article 28 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019.

Le pharmacien peut être « *un pharmacien titulaire, ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière, participant au même exercice coordonné* »

Une fois désigné, le pharmacien pourra avec l'accord du médecin renouveler périodiquement des traitements d'une maladie longue durée ou ajuster la posologie si besoin à condition d'appartenir à une structure d'exercice coordonné.

Il faudra que sur l'ordonnance il soit mentionné par le médecin traitant que le pharmacien peut faire le renouvellement ou le changement de posologie pour certains médicaments définis.

Le pharmacien doit informer le médecin traitant s'il effectue une modification de la posologie et devra inscrire la modification ou le renouvellement sur l'ordonnance.

Les renouvellements ne pourront pas dépasser un an. (42)(43)

c) La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est selon la HAS « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes*

sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ».

Elle permet de lutter contre l'iatrogénie, de sécuriser la prise en charge du patient, d'évaluer l'observance du patient par rapport à son traitement. Sa mise en place nécessite une bonne communication et un outil commun pour pouvoir le faire de manière facilitée.

Cette conciliation peut être faite à tout moment, en particulier avant une hospitalisation programmée ou lors d'une sortie d'hospitalisation afin de tracer les changements effectués dans le traitement.

La conciliation peut se faire pour des patients avant une hospitalisation programmée, pour les patients âgés, pour des patients polymédiqués / polypathologiques, suite à des consultations par plusieurs médecins, à la suite d'un évènement indésirable, lors d'un retour à domicile après hospitalisation.

La conciliation se fait en plusieurs étapes. Elle nécessite l'accord du patient avant sa réalisation. L'entretien patient doit se faire dans un espace de confidentialité au calme, elle peut éventuellement être réalisée à domicile.

Tout d'abord, la recherche active d'informations sur les médicaments ou sur les modifications de traitement du patient qui conduit à l'élaboration du bilan médicamenteux en regroupant différentes sources (ordonnances du médecin traitant ou des spécialistes, historique de dispensation, DP, lettres de liaison intégrant les traitements de sortie...). Ce bilan doit prendre en compte l'automédication, des questions sur la prise des traitements et sur l'observance (avec le score de Girerd par exemple).

Elle peut se faire par un préparateur en pharmacie, un étudiant en 6^{ème} année de pharmacie ou un pharmacien. Le bilan est validé par un pharmacien.

Ensuite, le pharmacien fait une analyse pharmaceutique du bilan médicamenteux avec les différentes divergences observées ou interactions médicamenteuses possibles.

Cette analyse peut conduire à différentes divergences : intentionnelles qui correspondent à une modification volontaire du traitement par le médecin ou non intentionnelles qui sont des erreurs médicamenteuses liées à une méconnaissance par le prescripteur.

Une divergence intentionnelle peut être documentée ou non documentée.

Enfin, il y aura une transmission des informations au patient et aux professionnels de santé. L'entretien patient se fera par un étudiant en 6^{ème} année de pharmacie ou un pharmacien. La gestion des divergences par le pharmacien et la transmission aux professionnels de santé par un pharmacien ou un étudiant de 6^{ème} année de pharmacie. Il est possible de remettre au patient un plan de prise qui lui permettra de mieux connaître ses traitements et de mieux les gérer. Plusieurs supports de communication peuvent être utilisés avec un système informatisé de préférence pour une communication facilitée. (44)(45)

d) L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrite dans le Code de la Santé Publique (CSP) par la loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. Elle est définie ainsi par la Haute Autorité de Santé (HAS) : *« l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assurer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».*

L'objectif est d'aider les patients à mieux comprendre leur maladie et leurs traitements et de les rendre acteurs de leur maladie. Le patient doit acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation.

L'ETP doit être réalisée par une équipe pluriprofessionnelle et interdisciplinaire. Les pharmaciens officinaux peuvent y participer. Il doit pour cela avoir suivi une formation d'une durée de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques comme tout intervenant dans le programme.

Le programme d'éducation thérapeutique doit être déclaré auprès des agences régionales de santé.

Un programme d'ETP doit concerner « *sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional* » et être mis en place par une équipe pluridisciplinaire avec au moins un médecin.

L'éducation thérapeutique peut être proposée à toute personne (enfant et parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de la maladie ou aux proches du patient (s'ils le souhaitent) et si celui-ci souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de la maladie. L'éducation thérapeutique peut être proposée à l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie.

L'éducation thérapeutique se fait en plusieurs étapes.

Tout d'abord, on élabore un diagnostic éducatif afin de connaître le patient, identifier ses besoins et ses attentes, appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, prendre en compte ses demandes et son projet, appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

Ensuite, il faut définir un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage. Il faut définir les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.

Puis, il faut planifier et mettre en œuvre les séances individuelles ou collectives ou les deux en alternance.

Enfin, il faut réaliser une évaluation des compétences acquises au cours de ce programme. C'est-à-dire faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, la manière dont il s'adapte. (46)(47)

La coordination des différents professionnels de santé est indispensable dans l'éducation thérapeutique. En effet, « *elle vise à :*

- *Définir en commun les différents aspects de la prise en charge pour répondre de manière adaptée aux besoins, aux attentes, aux difficultés et aux problèmes identifiés, en tenant compte des ressources du patient ;*
- *Faciliter la participation du patient et de ses proches à la définition, à la mise en œuvre de l'ETP et à l'évaluation de son déroulement et de ses effets ;*

- *Programmer, organiser l'offre d'ETP en fonction des priorités établies avec le patient ;*
- *Envisagera avec le patient, la place qu'il souhaite et peut prendre dans la coordination ;*
- *Partager des informations pour assurer la cohérence de l'ETP et sa continuité ;*
- *Permettre à d'autres professionnels d'intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de ses proches ou des professionnels de santé.*

La coordination est nécessaire à la poursuite de l'ETP, et est réalisée à partir :

- *De l'évaluation des compétences acquises par le patient, de ses besoins et de son expérience de la gestion de la maladie ;*
- *De l'évaluation du déroulement des séances ;*
- *Du souhait du patient de redéfinir les objectifs et les modalités de l'éducation ;*
- *De la tolérance aux traitements et aux soins ;*
- *De l'utilisation effective du plan d'action en cas de crise ou de symptômes ;*
- *De l'évolution de la maladie, des traitements ;*
- *D'une nouvelle phase de développement de la personne, de changements survenus dans la vie professionnelle, familiale, affective et dans l'état de santé du patient ». (4)*

L'annexe n°7 reprend la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique.

Conclusion

La crise sanitaire a renforcé les liens entre professionnels de santé et a plus que jamais montré la nécessité d'une coordination et d'une communication efficace.

La mise en place d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) se fait en plusieurs étapes : échanges avec les professionnels qui souhaitent participer à la mise en place, rédaction d'une lettre d'intention, création d'une association et organisation d'une assemblée générale, rédaction du projet de santé, signature de l'ACI. Ces étapes peuvent sembler longues et lourdes administrativement mais les URPS, l'ARS et l'Assurance Maladie sont présents pour accompagner au maximum les professionnels ce qui permet de faciliter la création.

L'adhésion à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) permet aux professionnels de santé de faciliter certains aspects de leur exercice. En effet, cela peut permettre aux professionnels de santé de gagner du temps grâce à une communication facilitée, de mieux répondre à la demande des patients et de se sentir moins isolé. Ce dispositif permet notamment au pharmacien de valoriser sa profession en développant de nouvelles missions (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique du patient, prescription protocolisée...) et de partager ses compétences avec les autres professionnels de santé.

Même si la mise en place d'une telle structure peut sembler assez longue et que peu de professionnels de santé souhaitent au départ y participer, une fois les actions lancées les professionnels concernés y trouvent un intérêt et désirent y adhérer.

Les CPTS trouvent encore plus leur place dans les zones où la démographie médicale est insuffisante. Elles permettent d'attirer de nouveaux professionnels de santé, de mieux gérer les soins non programmés, de renforcer les actions de dépistage et de prévention.

Les missions socles et complémentaires prévues dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) laissent une certaine liberté dans les actions qui peuvent être mises en œuvre permettant à chaque CPTS de s'adapter aux besoins de son territoire et d'y développer les activités les plus adaptées grâce à un financement accordé.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'intention CPTS du T*****



Lettre d'intention pour la constitution d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Afin de permettre la reconnaissance officielle du projet de CPTS par l'Assurance Maladie et l'ARS, les professionnels de santé sont invités à rédiger une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de la démarche.

Cette lettre d'intention vise à s'assurer que le projet de CPTS proposé répond bien aux besoins d'une population d'un territoire et qu'il identifie un potentiel de mobilisation des différents acteurs du territoire concerné. Par ailleurs, il conviendra que le projet s'inscrive bien dans le cadre des orientations issues des négociations autour de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour le déploiement des CPTS.

A ce stade, il n'est pas demandé aux porteurs de projet de détailler le contenu de chacune des missions socles prévues dans l'Accord conventionnel interprofessionnel : la phase suivante d'élaboration du projet de santé vous permettra de préciser le détail des missions et actions prévues. La lettre d'intention permet toutefois de s'engager explicitement à initier un travail sur ces missions pendant la phase d'amorçage et à les prendre en compte dans le futur projet de santé.

Cette lettre est travaillée par les professionnels de santé à l'initiative du projet avec l'URPS Médecins Libéraux, l'ARS Hauts de France et l'Assurance Maladie

Suite à la validation de la lettre d'intention par l'ARS et l'Assurance Maladie, le projet de CPTS sera porté à la connaissance des professionnels de santé du territoire, par l'ARS, l'Assurance Maladie et l'URPS ML, afin d'échanger sur les analyses et orientations exprimées à l'occasion d'une réunion territoriale.

Également, la validation de la lettre d'intention permet le soutien opérationnel puis financier pour l'élaboration du projet de santé par l'ARS, l'Assurance Maladie et l'URPS.

« La lettre d'intention doit être adressée à l'Agence Régionale de Santé par courrier ET par mail

Aisne	Agence Régionale de Santé Hauts-de-France Direction de l'Offre de Soins - Pôle de proximité Aisne Cité administrative - CS 60672 02016 Laon cedex ars-hdf-dos-pole-aisne@ars.sante.fr
Oise	Agence Régionale de Santé Hauts-de-France Direction de l'Offre de Soins - Pôle de proximité Oise 13 rue Biot - BP 10584 60005 Beauvais cedex ars-hdf-dos-pole-oise@ars.sante.fr
Nord	Agence Régionale de Santé Hauts-de-France Direction de l'Offre de Soins - Pôle de proximité Nord 556 avenue Willy Brandt 59777 Euralille ars-hdf-dos-pole-nord@ars.sante.fr
Pas de Calais	Agence Régionale de Santé Hauts-de-France Direction de l'Offre de Soins - Pôle de proximité Pas-de-Calais 14 Voie Bossuet 62016 Arras Cedex ars-hdf-dos-pole-pasdecalsais@ars.sante.fr
Somme	Agence Régionale de Santé Hauts-de-France Direction de l'Offre de Soins - Pôle de proximité Somme 52 rue Daire 80000 Amiens cedex ars-hdf-dos-pole-somme@ars.sante.fr

LETTRE D'INTENTION POUR LA CONSTITUTION D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE

Intitulé du projet	
Date de création	Février 2021
Contact : Nom et prénom du	
Référent	Infirmière
Profession du référent	
Adresse du référent	
Mail du référent	
Téléphone du référent	

CONTEXTE DE CREATION ET HISTORIQUE

- **Quels sont les éléments à l'origine de la réflexion pour la constitution d'une CPTS sur votre territoire ?**

L'origine de la réflexion date de fin 2018 suite à certaines difficultés de coordination rencontrées sur le territoire :

- La détresse des aidants parfois amenant à la maladie voire au suicide, le manque d'informations, de relais connus et définis ;
- La fin de vie à domicile, difficilement gérable sans avoir recours au final à l'hospitalisation à domicile, souvent non coordonnée avec les libéraux (définition de prise relevant du libéral vs relevant de l'HAD) ;
- Le manque de communication entre l'hôpital et de la ville, peut amener bien souvent à des incompréhensions de part et d'autre, avec au cœur le patient qui en pâtit notamment lors des sorties d'hospitalisation ;
- Des structures existantes certes (SSIAD, ADMR, réseau gérontologique, CLIC, MSP, CMP, etc...) mais une communication qui pourrait être améliorée pour un système plus optimal ;
- L'absence de protocoles sécurisants et clairs (INR, insulinothérapie, morphiniques...), d'acteurs référents pour une meilleure prise en soins (plaies chroniques, défaut de prises en charges kiné pour les personnes ne pouvant se déplacer...) ;
- Un retour de terrain des professionnels libéraux n'exerçant pas en MSP révélatrice d'un besoin de coordination avec les MSP dont les professionnels ont développé une expertise dans le domaine de l'exercice coordonné et l'interprofessionnalité. Les professionnels ont tout à fait conscience de la dynamique actuelle des MSP très actives sur le territoire ; dynamique qu'ils souhaiteraient voir déployer sur le territoire grâce à la création d'une CPTS.

Dès 2019, Mme _____ et Mme _____ ont participé à une réunion d'information à _____ en vue de la création d'une CPTS incluant le secteur de _____

La population du _____ étant très éloignée de ce secteur et n'ayant pas les mêmes problématiques de santé relevées par les professionnels, la volonté de construire une CPTS plus adaptée au _____ a vu le jour.

- **Avez-vous eu l'occasion de communiquer sur votre projet de CPTS à l'ensemble des professionnels de santé / acteurs de santé de votre territoire ?**

La crise sanitaire a joué un rôle accélérateur dans les projets de CPTS grâce, entre autres, à la création d'un groupe d'échange sur WhatsApp ayant comme nom « l'IDEL ». Mme C, à l'initiative de cette démarche y a convié des acteurs du territoire à des fins de coordination, d'information et de partage de moyens.

Mme C, Mme B et le Dr G ont impulsé ensuite la dynamique par le biais d'une réunion d'information qui s'est déroulée en septembre 2020 et à laquelle tous les professionnels du territoire ont été conviés. Une quarantaine ont répondu présents dont une vingtaine les a contactés pour faire part de leur volonté de participer activement au projet.

Pour accompagner la réflexion des professionnels de santé du territoire intéressés par la mise en place d'un projet de CPTS, les partenaires institutionnels (les URPS, l'ARS et la CPAM) ont organisé une réunion d'échange le jeudi 15 octobre 2020. Cette rencontre a réuni une quarantaine de participants.

Enfin, une réunion a été organisée le 11 février 2021 pour partager les éléments de la lettre d'intention et avancer dans la création de la CPTS du . Elle a été finalisée le jeudi 8 juillet 2021.

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

Non Oui

Si oui, précisez (nom, forme juridique, siège social, date de création) :

TERRITOIRE D'ACTION ENVISAGE DE LA CPTS

Préciser le périmètre géographique envisagé pour la CPTS en listant nominativement l'ensemble des communes.

Le périmètre envisagé est parti d'une base cohérente avec la communauté de communes qui porte le contrat local de santé. Suite à la réunion de septembre 2020 et la communication des flux patients vers les médecins généralistes par l'URPS, il nous a semblé pertinent d'affiner ce périmètre en fonction des zones d'attractivité médicale.

Le périmètre de la CPTS serait :



Source : Cartosanté

Carte d'analyse des flux des patients (exemple pris pour les médecins généralistes)



Source : cartosanté

Les 137 communes concernées par ce périmètre sont :

Population concernée par le projet (nombre d'habitants) : **47 900 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)

ACTEURS ET PARTENAIRES DU PROJET

- Indiquer les professionnels de santé à l'initiative du projet et/ou identifiés pour porter le projet.

Nom Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance le cas échéant
C	IDE		
B	IDE		
G	Médecin généraliste		
P	IDE		MSP
F	IDE		MSP

- Indiquer les partenaires déjà associés au stade de la lettre d'intention.

Type de structure / établissement	Nom Prénom	Localisation	Profession
	C	S	IDE
	C	S	IDE
	A	S	IDE
	T	S	IDE
	D	S	IDE
	C	S	IDE
	A	S	IDE
	F	S	MEDECIN
	T	S	MEDECIN
	C	S	MEDECIN
MSP	L	A	MEDECIN
	S	A	MEDECIN
	T	S	KINE
	H	S	KINE
	H	S	Podologue
	V	S	KINE
	D	S	PHARMACIEN
	C	S	PHARMACIEN
	T	S	PHARMACIEN
	V	S	PHARMACIEN
MSP	B	G	IPA
MSP	T	G	MEDECIN
	B	P	IDE
MSP	C	G	IDE Coordonnatrice
MSP	G	G	IDE
MSP	B	A	Coordonnateur
	C	S	Médecin
	N	S	Médecin
	C	S	Médecin
	B	A	Médecin
	C	R	Médecin
	T	S	Médecin
	C	N	IDE

	L	M	IDE
	F	T	IDE
	P	A	Pharmacien
UNILABS	J	S	Biologiste
Réseau Gériatrique	F	G	MEDECIN

- Indiquer les professionnels de santé, services et/ou établissements identifiés pour participer au projet de CPTS même si leur participation est encore incertaine ou qu'il est envisagé d'associer.

Profession / Type de structure / établissement	Nom Prénom	Localisation	Structure d'appartenance le cas échéant	Renseignements divers
Médecin généraliste	C	F		
Médecin généraliste	C	F		
Médecin généraliste	N	F		
Médecin généraliste	C	F		
	F			
Médecin généraliste	C	B		
Médecin généraliste	F	A		
Médecin généraliste	N	A		
Médecin généraliste	A	A		
Médecin généraliste	C	S		
Médecin généraliste	P	S		
Médecin généraliste	T	S		
Médecin généraliste	F	S		
Médecin généraliste	P	P		
Médecin généraliste	B	P		
Médecin généraliste	C	P		
Médecin généraliste	V	T		
Médecin généraliste	F	T		
Médecin généraliste	C	T		
Médecin généraliste	N	T		
Médecin généraliste	L	A	MSP	
Médecin généraliste	N	A	MSP	
Médecin généraliste	F	A	MSP	
Médecin généraliste	E	G	MSP	
Médecin généraliste	E	G	MSP	
Médecin généraliste	V	G	MSP	
Interne en médecine générale	K	G	MSP	
Interne en médecine générale	B	G	MSP	
Infirmier	L	S		
Infirmier	L	G	MSP	
Infirmier	B	G	MSP	
Infirmier	F	G	MSP	
Kiné	T	G	MSP	
Kiné	IF	G	MSP	
Pharmacien	B	S		

Sage-femme	D	G	MSP	
Sage-femme	L			
Sage-femme	M	G	MSP	
Psychomotricienne	B	G	MSP	
Ergothérapeute	R	G	MSP	
Psychologue	C	G	MSP	
Diététicienne	P	G	MSP	
Pédicure -Podologue	R	G	MSP	
Pédicure-podologue	B	G	MSP	
Ostéopathe	L	G	MSP	
Sophrologue	B	G	MSP	
Orthoptiste	E	G	MSP	
Orthoptiste	J.	G	MSP	
Cardiologue	D	S		
Cardiologue	H	S		
Endocrinologue	H	S		
Gynécologue	B	S		
Psychiatre	D	S		
Neurochirurgien	R	S		
Chirurgien - dentiste	A			
Chirurgien - dentiste	D			
Chirurgien - dentiste	B			
Chirurgien - dentiste	D			
Chirurgien - dentiste	S			
Chirurgien - dentiste	C			
Chirurgien - dentiste	V			
Représentants des usagers	B	S		
Pompiers	S	G		
Ambulanciers	L	S		
	S	S		
EPSM	D			
CSAPA	V	S		
ASRL	K	S		
CH	V	S		
Polyclinique du	D	S		Directeur
SSIAD / ADMR	M	S		
CLIC	V	S	CH	

- Quels sont aujourd'hui les liens de coordination / modalités de travail existants entre les acteurs impliqués ?

Actuellement, chaque compétence a tendance à travailler en silo. Nous essayons de nous coordonner avec les compétences volontaires mais l'absence d'outil commun complique cette interaction. Les acteurs impliqués dans le projet de CPTS se sont accordés sur l'intérêt essentiel de se coordonner à l'échelle du territoire.

Des dynamiques d'exercices coordonnés existent déjà dans le cadre des nombreuses MSP présentes sur le territoire. La crise sanitaire a également renforcé les coordinations territoriales (entre libéraux, entre ville-hôpital...) lors des actions de dépistage et de la campagne vaccinale.

- Existe-t-il des structures d'exercice coordonné sur le territoire (pôle de santé, équipes de soins primaires, maisons de santé pluriprofessionnelle), des partenariats ville hôpital..., une plateforme territoriale d'appui / réseau de santé...), des partenariats avec les collectivités locales ...

Les structures d'exercice coordonné sont les MSP d' , d' , de , de , de
d'autres structures regroupées sont également présentes sur

Ces structures travaillent en partenariat avec les ressources qui composent leur propre activité. Les relations entre ces structures et l'ensemble des professionnels libéraux installés en ville pourraient être développées. La CPTS permettra de développer cette coordination et la communication entre les professionnels libéraux isolés et les MSP expérimentées dans le cadre de la coordination formalisée et la communication sécurisée.

PREMIERS ELEMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

- Indiquer les éléments ayant conduit à la définition du territoire : flux, historique de coordination, partenariats préexistants...).

Ce périmètre nous semblerait pertinent au regard :

- Des actions de santé déjà portées par la politique locale et mises en œuvre par le Contrat Local de Santé
- Des flux patients constatés par les acteurs libéraux et confortés par l'analyse des URPS
- Des différentes structures de santé présentes sur ce territoire de façon plutôt homogène

Par ailleurs, ce périmètre comprend les 4 pôles d'activité du territoire,
et

Les structures d'exercice coordonnées en place sur le territoire sont :

- MSP d'A
- MSP d'A
- MSP de
- MSP de

les établissements de santé en place sur le territoire sont :

- Polyclinique
- CH

- Présenter les spécificités éventuelles du territoire et les problématiques identifiées : caractéristiques de la population, problématiques de santé et/ou de parcours de soins, besoins repérés...)

La commune de est la plus importante en termes de population et compte près de 5000 habitants. Le reste du territoire est la composante de plusieurs petits villages ruraux limitrophes.

Le territoire relève une densité de population très faible avec 55,5 habitants / km².

La population est essentiellement rurale mais aussi plus âgée, l'indice de vieillissement étant plus élevé que celui de la région et du territoire de santé. Le nombre de personnes de plus de 75 ans dépasse de plus de deux points la moyenne nationale.

Les structures de soins, hospitalière ou de ville, doivent faire face à une progression démographique croissante mais vieillissante avec un net accroissement des personnes âgées en situation de dépendance.

Part des personnes de 60 à 74 ans : 17%

Part des personnes de 75 ans ou plus : 10,1%

En termes de transport, les grands axes de communication ne facilitent pas le déplacement puisque les communes rurales en sont éloignées. L'accès aux soins est de fait, plus difficile en raison des distances à parcourir pour atteindre les plateaux techniques hospitaliers.

Au-delà des indicateurs de dépendance marqués sur le territoire, la population du territoire rencontre de multiples difficultés de déplacements, de mobilité, ainsi qu'un manque d'autonomie pour l'utilisation des transports en communs. Par ailleurs, plus de 15% des ménages ne possèdent pas de voitures.

Les caractéristiques socio-économiques de la population indiquent une population active ouvrière 11% plus importante que la moyenne nationale et 4% plus importante que celle des Hauts de France.

La part des personnes en retraite est également supérieure à la moyenne de la région.

Le nombre de médecins et de spécialistes est inférieur à la moyenne régionale avec 4,07 professionnels pour 1000 habitants contre 5,24 pour les Hauts-de-France. Certains médecins généralistes sont proches de faire valoir leur droit à la retraite.

Le territoire est plutôt bien doté en structures de soins, notamment au regard des MSP ou des maisons médicales implantées. Elles sont réparties sur les communes d'

La présence sur S d'un laboratoire et d'un centre d'imagerie à la Polyclinique est un essentiel, bien qu'il manque indéniablement une imagerie lourde à visée diagnostic de type scanner.

Sources : Rézone, Cartosanté

PRINCIPALES ORIENTATIONS PROPOSEES POUR LE PROJET DE SANTE

Au regard de la population, des problématiques et des besoins identifiés, expliquer synthétiquement : -

- Les objectifs et actions envisagées pour répondre aux besoins et problématiques identifiés ;
- Les moyens proposés pour y parvenir ;
- Les axes de travail pressentis en faveur des missions socles des CPTS (ex : amélioration de l'accès aux soins, la prise en charge des soins non programmés en ville, le développement d'actions coordonnées de prévention, l'organisation de parcours pluri professionnels... cf. ci-dessous).

1. Missions socles obligatoires

1.1 Amélioration de l'accès aux soins

- **Mission 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant**

Pour répondre à cette mission, la CPTS travaillerait en collaboration avec la CPAM, au recensement des patients concernés. Selon des critères de priorité en fonction de l'état de santé des patients, la CPTS chercherait les professionnels sur l'ensemble du territoire en mesure d'assurer leur suivi.

Par ailleurs, tout nouveau patient sur le territoire pourrait se tourner vers la CPTS qui l'aiderait dans cette démarche. A cette fin, un numéro d'appel unique serait ouvert et communiqué à la population.

- **Mission 2 : Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville**

L'objectif de la CPTS serait de garantir aux patients d'obtenir un rendez-vous le jour-même ou dans les 24h.

Il serait envisagé de travailler à la coordination des professionnels de santé libéraux, avec éventuellement les professionnels salariés des structures de santé, pour assurer la continuité des soins (08h-20h).

Les professionnels de santé souhaitent débiter les soins non programmés en médecine générale en travaillant le partage de compétence notamment avec les IDE (dont les IPA), Kinésithérapeute, Pharmaciens, Sages-femmes.

La continuité des soins ferait également l'objet d'un travail de coordination afin que les absences médicales prévues ou imprévues puissent être secondées dans un mode dégradé anticipé.

- **Mission 3 : Recours à la télésanté**

La téléconsultation pourrait être un axe de développement sur le territoire afin de réduire les distances et faciliter le lien médecin-patient, notamment pour les personnes âgées ne pouvant se déplacer. Il est également évoqué l'utilisation de la téléexpertise pour l'obtention d'un avis d'un spécialiste sans faire déplacer le patient.

1.2 Organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient

• **Améliorer la coordination Ville ↔ établissements de santé**

L'amélioration du parcours patient passerait par une communication active entre tous les acteurs de santé dans l'objectif d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients. La CPTS assurerait la coordination de réunions pluriprofessionnelles régulières.

Une plateforme d'information dématérialisée permettrait la diffusion d'annuaires partagés afin d'informer la population des différents acteurs de santé présents sur territoire, en précisant les moyens pour les contacter.

La CPTS s'investirait dans le développement d'outils de communication pour partager les informations d'un patient nécessaires à la prise en charge par les professionnels. La superficie du territoire invite à lutter contre l'isolement des professionnels. L'interopérabilité des outils informatisés entre les différents acteurs serait un point de vigilance majeur et indispensable au développement de la coordination. Les messageries sécurisées seraient déployées auprès de tous les professionnels libéraux mais également utilisées par les structures de santé. Le déploiement du DMP favoriserait le partage d'information médicales essentielles au patient.

La CPTS concourrait à l'amélioration des outils de transmission à uniformiser lors de la sortie des patients depuis les structures de soins vers les professionnels en ville. L'uniformisation des données à intégrer sur une fiche de liaison serait envisagée.

A l'inverse, la CPTS créerait une fiche de liaison pour les professionnels libéraux lors de l'adressage d'un patient vers une structure de santé à des fins d'hospitalisation.

La CPTS travaillerait également à l'harmonisation des pratiques et notamment le partage de compétence dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques prépondérantes sur le territoire.

Les professionnels de santé souhaitent également expérimenter Nutri'age et lab'parcours (expérimentation autorisée dans la région au titre de l'article 51 portant sur le dispositif d'innovation de santé).

• **Informier/échanger entre les acteurs du territoire**

L'utilisation d'une plateforme d'information dématérialisée et commune à tous les acteurs de santé paraît indispensable pour mieux informer et coordonner les acteurs. Le choix d'un système d'information et de communication adapté serait une priorité à court terme pour parvenir à assurer les missions d'information, d'orientation et de conseil. Les professionnels de santé évoquent l'utilisation de la plateforme régionale « Prédice ».

1.3 Développer les actions territoriales de prévention

La CPTS recenserait les actions de prévention sur le territoire pour les relayer auprès de la population mais pourrait également d'initier des actions de prévention en collaboration avec les acteurs du territoire, notamment autour du Contrat Local de Santé.

Les professionnels de santé évoquent également le relais des campagnes nationales comme « octobre rose », « mars bleu », « la journée hygiène des mains »..., permettant le maintien voire l'amélioration de l'état de santé des patients.

Chaque action serait travaillée avec les associations et les représentants des usagers du territoire.

Le site internet de la CPTS nous permettrait de diffuser ce type d'information vers la population (en dehors des communications habituelles locales de type presse, flyer...)

2. Missions optionnelles

2.1 Développement des actions en faveur de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins

Les erreurs médicamenteuses surviennent plus particulièrement lors de l'admission du patient, de son transfert vers un autre service ou de sa sortie en vue du retour à son domicile. Les professionnels souhaitent développer des actions de conciliation médicamenteuse avec les établissements sanitaires lors des sorties d'hospitalisation des patients. Ce lien ville-hôpital permettrait de répondre aux attentes des pharmaciens d'officine et des médecins traitants et les intégrerait au mieux à la prise en charge des patients. La CPTS aurait pour objectif de réduire ces risques d'erreur par le renforcement de la conciliation médicamenteuse existant entre les établissements de santé, la ville et l'officine du patient.

La CPTS engagerait des actions d'amélioration des pratiques de soins notamment par le partage de moyens des acteurs sur les thématiques de formation. Celles-ci seraient définies selon les besoins exprimés par les professionnels du territoire et partagées par tous. Des formations sur la prise en charge palliative, les pansements complexes, le circuit du médicament, l'éducation thérapeutique du patient seraient des orientations possibles.

2.2 L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville pour les professionnels manquants sur le territoire en lien avec les besoins de la population. Les professionnels de santé pourraient s'appuyer sur les actions mises en œuvre de la communauté de communes du territoire pour promouvoir le territoire.

BESOINS IDENTIFIES POUR LA MISE EN PLACE DU PROJET

L'accompagnement demandé serait essentiellement logistique et juridique :

- Réalisation d'un diagnostic territorial
- Des moyens humains (coordinateur)
- Des moyens financiers pour la mise en place du projet
- L'accompagnement pour la mise en place d'une association Loi 1901
- Accompagnement à la rédaction du projet de santé de la CPTS
- Des moyens de communication (site internet, matériel informatique / téléphonique)

Date : 8 juillet 2021

Signature des 5 porteurs de projet :

Document ajusté lors de la réunion de travail du 8 juillet à laquelle étaient présents :



**Communauté Professionnelle
Territoriale de Santé**

A [REDACTED]

« CPTS A [REDACTED] »

Projet de Santé

RÉALISÉ PAR LE PÔLE OFFRE DE SOINS,
PERMANENCE DES SOINS
URPS MÉDECINS LIBÉRAUX

Juillet 2019

SOMMAIRE

1	DIAGNOSTIC TERRITORIAL	4
1.1	LES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS A	4
1.1.1	LA POPULATION SUR LA CPTS	5
1.1.2	LA POPULATION PAR ÂGE ET PAR SEXE	5
1.1.3	LA POPULATION, DE 15 ANS ET PLUS, SELON LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE	6
1.1.4	LE TAUX DE CHÔMAGE	6
1.1.5	LES REVENUS ET TAUX D'IMPOSITION	6
1.1.6	LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE	7
1.2	L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION SUR LE TERRITOIRE	8
1.2.1	LA MORTALITÉ TOUTES CAUSES CONFONDUES EN 2010-2013	9
1.2.2	LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE (AVANT 75 ANS) EN 2010-2013	10
1.2.3	LA MORTALITÉ ÉVITABLE LIÉE AU SYSTÈME DE SOINS 2010-2013	11
1.2.4	LA MORTALITÉ ÉVITABLE LIÉE À LA PRÉVENTION 2010-2013	12
1.3	LES DONNÉES RELATIVES À L'OFFRE DE SOINS	14
1.3.1	ZONAGE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DU TERRITOIRE DE LA CPTS DE S	14
1.3.2	LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX	15
1.3.3	LES INFIRMIERS LIBÉRAUX	16
1.3.4	LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX	17
1.3.5	LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX	18
1.3.6	NOMBRE D'OFFICINES	19
1.3.7	RÉCAPITULATIF DE L'OFFRE ET DU RECOURS AUX SOINS DE VILLES	19
1.3.8	MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX	20
1.3.9	LES SOINS HOSPITALIERS SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS	20
2	ORGANISATION PROFESSIONNELLE	21
2.1	COMPOSITION DE LA COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE	21
2.2	LA STRUCTURE JURIDIQUE	21
2.3	L'ORGANISATION ET LA GESTION DE LA COMMUNAUTÉ	22
2.4	MODALITÉS DE TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL	22
2.4.1	RÉUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIPROFESSIONNELLE	22
2.4.2	LE DISPOSITIF DE PARTAGE D'INFORMATION - COMMUNICATION	22
2.4.3	LES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS	23

3	PROJET D'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE	23
3.1	ACCÈS AUX SOINS	23
3.1.1	ACCÈS AUX MÉDECINS TRAITANTS	23
3.1.2	ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS	23
3.2	ORGANISATION DES PARCOURS	24
3.3	PRÉVENTION	24
3.4	QUALITÉ ET PERTINENCE	24
3.5	FORMATION, ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	24
4	CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	25
5	EVALUATION DE LA CPTS	25

1 Diagnostic territorial

1.1 Les données socio-économiques sur le territoire de la CPTS A

La CPTS A, choisi comme territoire la communauté de communes de la C comprenant 53 communes. Ci-après la cartographie du territoire.



1.1.1 La population sur la CPTS

Le territoire de la CPTS A compte 53 communes pour une population totale de 105 351 Habitants :

A	9 859 Habitants	L	: 11 029 Habitants
A	: 9 852 Habitants	M	: 1 991 Habitants
A	: 657 Habitants	M	: 658 Habitants
A	: 606 Habitants	M	: 654 Habitants
B	1 013 Habitants	M	: 550 Habitants
B	: 240 Habitants	M	: 1 110 Habitants
B	: 1 073 Habitants	N	: 1 235 Habitants
Bi	: 5 022 Habitants	N	: 217 Habitants
B	: 623 Habitants	Q	: 608 Habitants
C	: 1 223 Habitants	R	: 2 296 Habitants
C	: 634 Habitants	R	: 246 Habitants
C	: 595 Habitants	R	646 Habitants
D	: 1 174 Habitants	R	: 1 948 Habitants
D	385 Habitants	S	799 Habitants
E	: 2 120 Habitants	S	: 284 Habitants
E	: 1 611 Habitants	S	: 5897 Habitants
E	: 3 582 Habitants	S	: 14 443 Habitants
E	: 328 Habitants	S	: 495 Habitants
F	991 Habitants	S	1 147 Habitants
F	: 596 Habitants	T	1 135 Habitants
F	: 485 Habitants	T	849 Habitants
H	: 1 206 Habitants	T	: 1 107 Habitants
H	1 669 Habitants	T	: 1 454 Habitants
H	: 1 329 Habitants	W	: 1 331 Habitants
H	: 1 107 Habitants	W	: 937 Habitants
L	: 363 Habitants	W	: 3 317 Habitants
		Z	: 625 Habitants

1.1.2 La population par âge et par sexe¹

Population par sexe et par âge (en %, données de 2016, INSEE)									
	CPTS			Région Hauts-de-France			France métropolitaine		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 14 ans	10,0	9,6	19,6	10,1	9,7	19,8	9,3	8,9	18,2
15 à 29 ans	9,1	8,5	17,6	9,6	9,3	18,9	9,0	8,8	17,8
30 à 44 ans	9,5	9,4	18,9	9,5	9,7	19,3	9,5	9,7	19,2
45 à 59 ans	10,4	10,4	20,8	9,6	9,9	19,6	9,7	10,1	19,9
60 à 74 ans	7,3	8,1	15,4	6,8	7,7	14,6	7,4	8,2	15,6
75 ans ou +	2,8	4,9	7,7	2,8	5,2	8,0	3,5	5,8	9,3

¹ Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019

Au sein de la CPTS, il est observé en comparaison à la région Hauts-de-France :

- Une sous-représentation de la population âgée « entre 15 à 29 ans » et « de 75 ans ou plus »
- Une sur-représentation de la population âgée « de 45 à 59 ans ».

1.1.3 La population, de 15 ans et plus, selon la catégorie socio-professionnelle²

Population de 15 ans ou plus selon la CSP (en %, données de 2016, INSEE)			
	CPTS	Région HDF	France métropolitaine
Agriculteurs exploitants	0,8	0,6	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,8	2,6	3,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,6	6,6	9,1
Professions intermédiaires	12,1	13,4	14,1
Employés	16,3	16,8	16,5
Ouvriers	17,5	15,7	12,7
Retraités	26,5	25	26,7
Sans activité professionnelle	19,4	19,4	16,4

Au sein de la CPTS, on remarque, par rapport à la France métropolitaine :

- Une sous-représentation des « cadres et professions intellectuelles supérieures »
- Une sur-représentation des « ouvriers »

1.1.4 Le taux de chômage

Selon l'INSEE, en 2015, le taux de chômage des 15-64 ans atteint :

- 16,8 % sur le territoire de la Communauté d'Agglomération du Pays de S
- Atteint 17,2 % en Hauts-de-France et 13,7 % en France métropolitaine.

1.1.5 Les revenus et taux d'imposition

Revenus et taux de ménages imposés (données de 2015, INSEE)			
	CPTS (Communes + 5000 hab.)	Région HDF	France métropolitaine
Médiane du revenu disponible par unité de consommation	De à€	18 982 €	20 566
Part des ménages fiscaux imposés	Entre% (.....) et% (.....)	49,2 %	55,4%
Taux de pauvreté (en %, en 2015)	Entre% (.....) et% (.....)	17,2 %	14,9%

² Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019

Pour les trois indicateurs présents dans le tableau ci-dessus, la population de la CPTS A¹ se situe autour des moyennes régionales et nationales.

1.1.6 Les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire³

Taux de bénéficiaire de la CMU-C (En %, données de 2015, OR2S)			
	Zone de Proximité de 5	Hauts-de-France	France métropolitaine
Taux de CMU-C (en %, en 2015)	10,0 -13,0%	12,2%	8,1%

Le taux de bénéficiaire de la CMU-C de la Zone d'Emploi S. dont fait partie la CPTS est supérieur aux taux de la région Hauts de France.

³ Selon les données de l'OR2S, diagnostic territorial des Hauts-de-France 2017 sur les données de 2015

1.2 L'état de santé de la population sur le territoire

Cette partie sur l'état de santé de la population se base sur les indicateurs de mortalité sur le territoire. Il s'appuie plus précisément sur les indices comparatifs de mortalité (ICM) qui correspondent au rapport entre le nombre de décès d'une population et le nombre de décès attendus dans cette même population si elle avait eu des taux de décès par classe d'âge similaires qu'une population de référence, ici celle de la France métropolitaine. Le taux obtenu est multiplié par 100 pour faciliter la lecture et la compréhension.

Cet état des lieux s'appuie principalement sur 3 indicateurs. Tout d'abord, la mortalité toutes causes sur le territoire qui présente une vue d'ensemble de la mortalité avec une précision faite pour la mortalité dite prématurée (avant 75 ans). Ensuite, deux indicateurs mesurent la mortalité selon le type de causes ou de pathologies dites évitables en s'appuyant sur les définitions du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). D'une part, la mortalité évitable liée au système de soins correspond aux décès pouvant être évités en améliorant la qualité du système de soins compte tenu des connaissances médicales et techniques (dépistage de certains cancers, vaccination, ...). D'autre part, la mortalité évitable liée à la prévention correspond aux décès pouvant être évités grâce à des actions de santé publique compte tenu des connaissances sur les déterminants de la santé (actions de réduction des risques et de prévention, relatives aux suicides, consommation de drogues, ...)⁴. Un récapitulatif de ces causes est disponible en annexe.

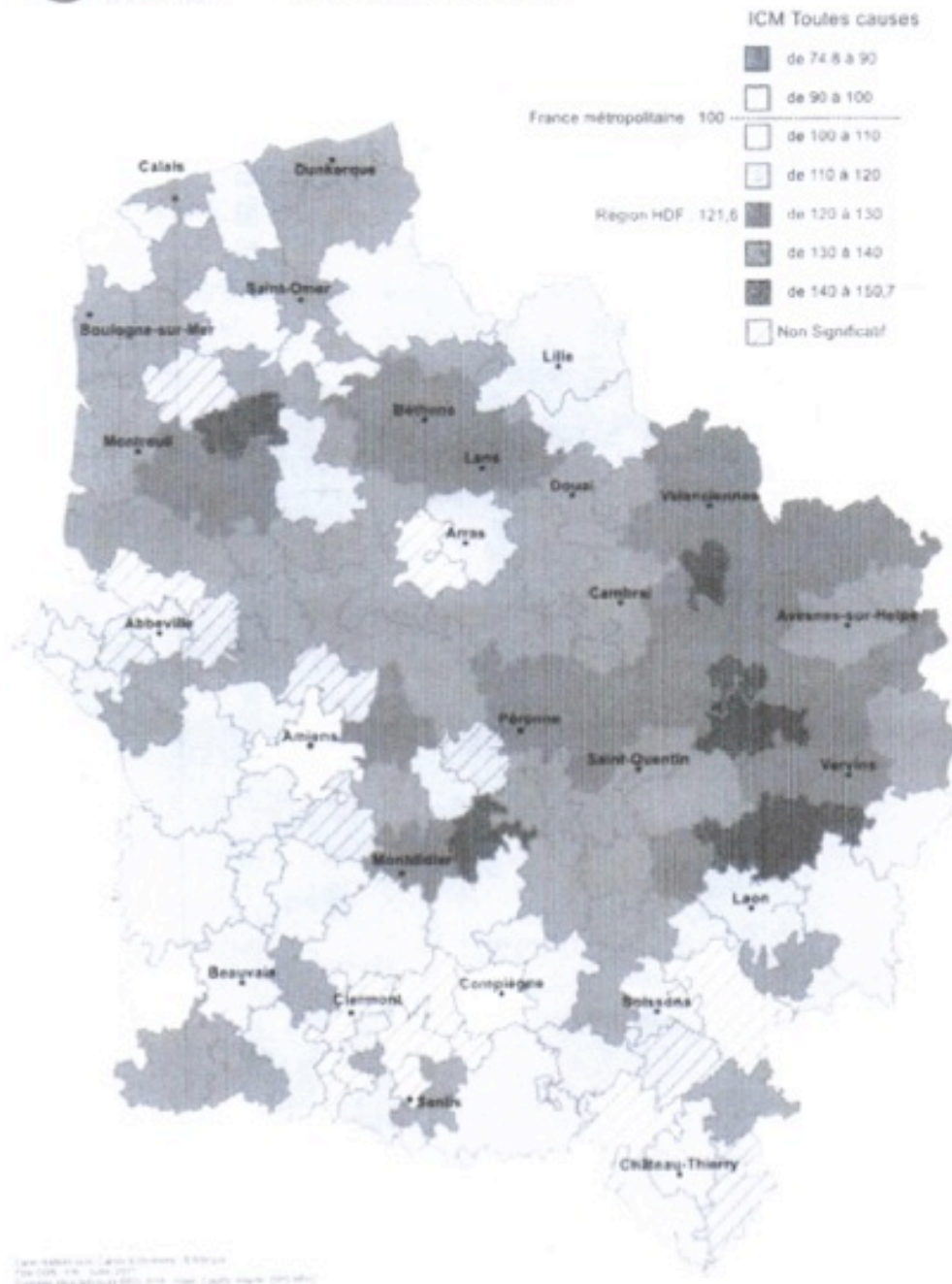
Enfin, un point plus particulier est fait pour certaines causes dont les données pour la région Hauts-de-France présentent une surmortalité par rapport à la France métropolitaine.

⁴ HCSP, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*, Paris, HCSP, 2013, 31p.

1.2.1 La mortalité toutes causes confondues en 2010-2013



Mortalité toutes causes 2010 - 2013 :
Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par EPCI (2016)
Région Hauts-de-France

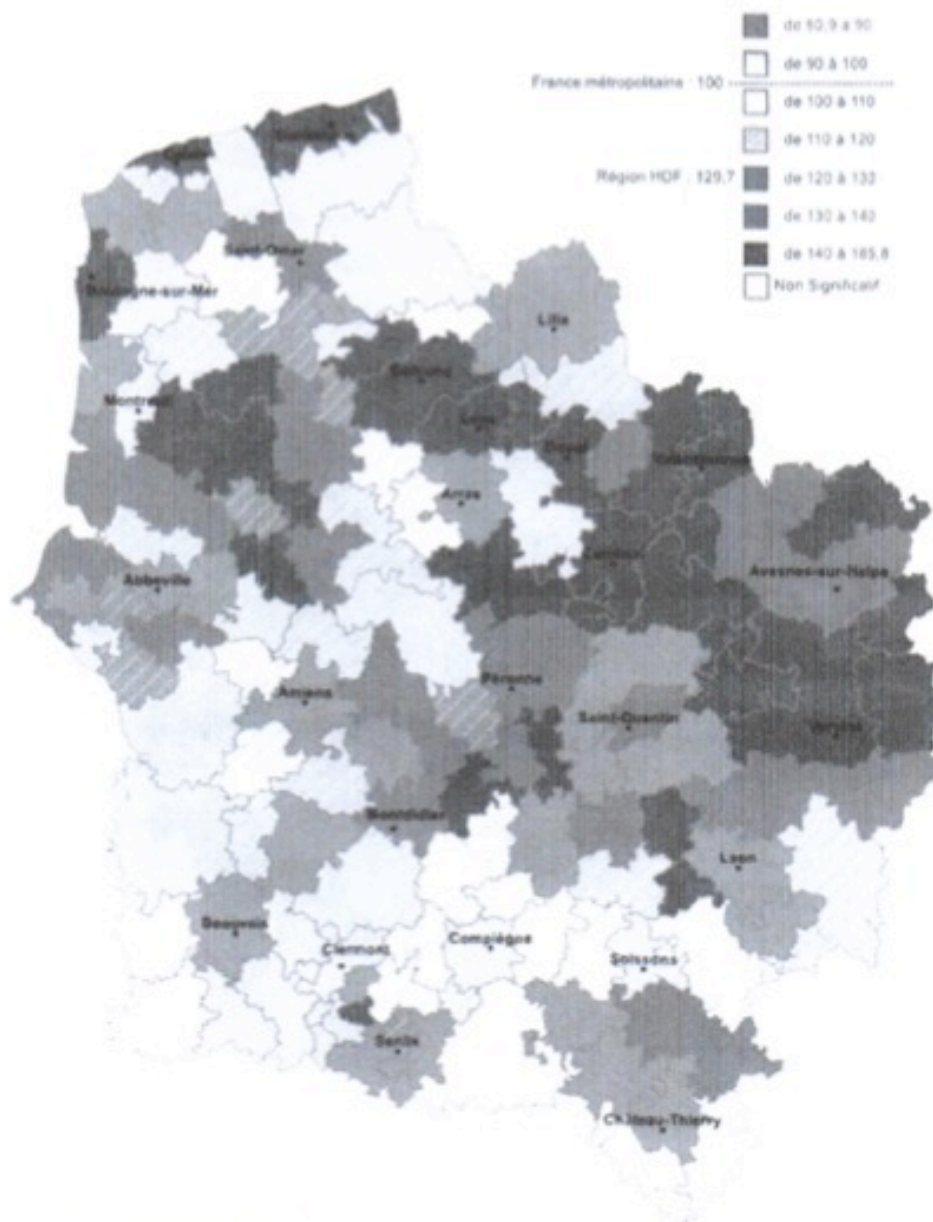


Avec un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) de 124.90 sur la période 2010-2013, la mortalité toutes causes confondues sur le territoire de la CPTS est supérieur à la mortalité de la région des Hauts-de-France (ICM de 121,6), indépendamment de la structure par âge et par sexe. Il y a une surmortalité de 24.90 % par rapport à la France métropolitaine sur le territoire de la CPTS A

1.2.2 La mortalité prématurée (avant 75 ans) en 2010-2013



Mortalité prématurée (avant 75 ans) 2010 - 2013
Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par EPCI (2016)
Région Hauts-de-France



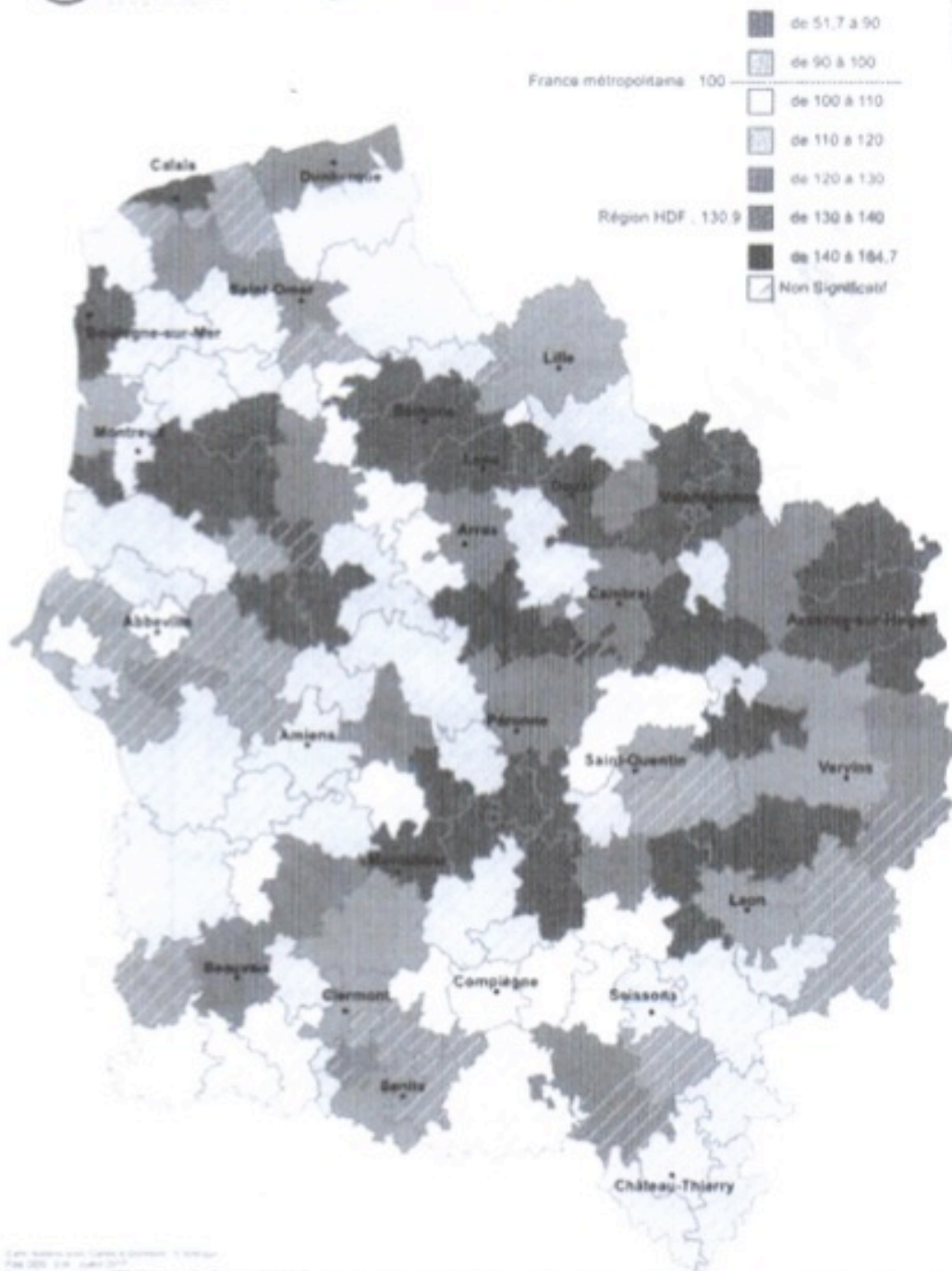
Carte réalisée avec Cartes & Données - L'atelier
PIA 2015 - 14/06/2016
Données géographiques EPCI 2016 - Source : INSEE, INSEE, DRE, INSEE

Avec un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) significatif de 131.90 sur la période 2010-2013, la mortalité prématurée sur le territoire de la CPTS est supérieure à la mortalité de la région des Hauts-de-France (ICM de 129,7), indépendamment de la structure par âge et par sexe. Il existe une surmortalité de 31.90% par rapport à la France métropolitaine sur le territoire de la CPTS

1.2.3 La mortalité évitable liée au système de soins 2010-2013



Mortalité évitable liée au système de soins 2010-2013 :
Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par EPCI (2016)
Région Hauts-de-France

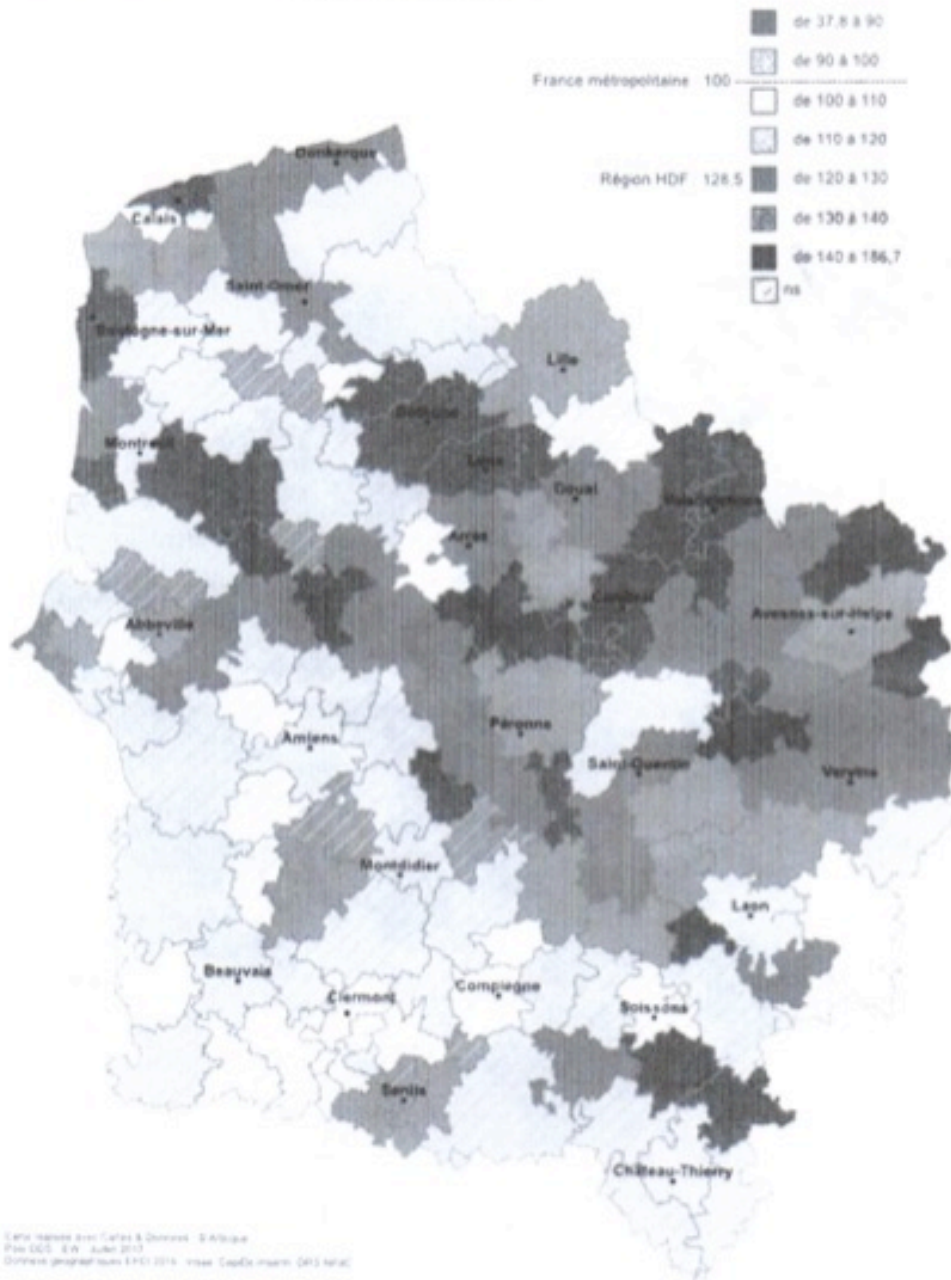


Avec un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) significatif de 133.40 sur la période 2010-2013, la mortalité évitable liée au système de soins est supérieure à la mortalité de la région des Hauts-de-France (ICM de 130,9), indépendamment de la structure par âge et par sexe. Il existe une surmortalité de 33.40 % par rapport à la France métropolitaine sur le territoire de la CPTS A

1.2.4 La mortalité évitable liée à la prévention 2010-2013



Mortalité évitable liée à la prévention 2010 - 2013 :
Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par EPCI (2016)
Région Hauts-de-France



Avec un Indice Comparatif de Mortalité (ICM) significatif de 138.70 sur la période 2010-2013, la mortalité évitable se situe au même niveau que dans la région des Hauts-de-France (ICM de 128,5), indépendamment de la structure par âge et par sexe. Il existe une surmortalité de 38.70% par rapport à la France métropolitaine sur le territoire de la CPTS A.

Récapitulatif des ICM dans la 2010-2013 ⁵		
Mortalité	5	Région
Toutes causes	122,6	121,6
Maladies de l'appareil respiratoire	ns ⁶	138,7
Tumeurs malignes	116,2	118,2
Maladies de l'appareil circulatoire	133,7	121,5
Maladies non transmissibles	127,8	123,8
Diabète sucré	153,1	137,8
Tabac	128,4	122,3
Alcool	198,8	170,3
Suicides	170,8	129,5

Les ICM pour les « Maladies de l'appareil circulatoire », « diabète sucré », « Alcool » et « suicides » sont supérieurs aux ICM régionaux.

⁵ D'après les données de l'ORS - Zone d'Emploi de Lens-Hénin

⁶ L'abréviation « ns » signifie non significatif, l'ICM pour la zone emploi de 5 est ici non significatif par rapport à celui de la France

1.3 Les données relatives à l'offre de soins

1.3.1 Zonage des médecins libéraux du territoire de la CPTS de S

Les 53 Communes de la C
Communauté d'Agglomération
du Pays de



1.3.2 Les médecins généralistes libéraux

	Population en 2017	Nb MG Cartosanté 2017 ⁷	Nb MG 2019 ⁸	Densité (Pour 100 000) 2017	MG >55 ans En 2017
CPTS	105 351	97	100	92	56

- En 2017, le territoire de la CPTS compte 97 médecins généralistes. La densité médicale s'élève à 92 médecins généralistes pour 100 000 habitants sur le territoire de la commune.
- La densité médicale en médecins généralistes le territoire de la CPTS pour 2017 (92) est supérieure aux moyennes régionale (89) et nationale (90).

Pôle d'attraction et taux de consommation intracommunale⁹ (en %) auprès des Médecins Généralistes sur le territoire de la CPTS de S... (2017)



⁷ Source : annuaire professionnel AMELI 2018

⁸ Source : Base de données URPS MI 2019_06

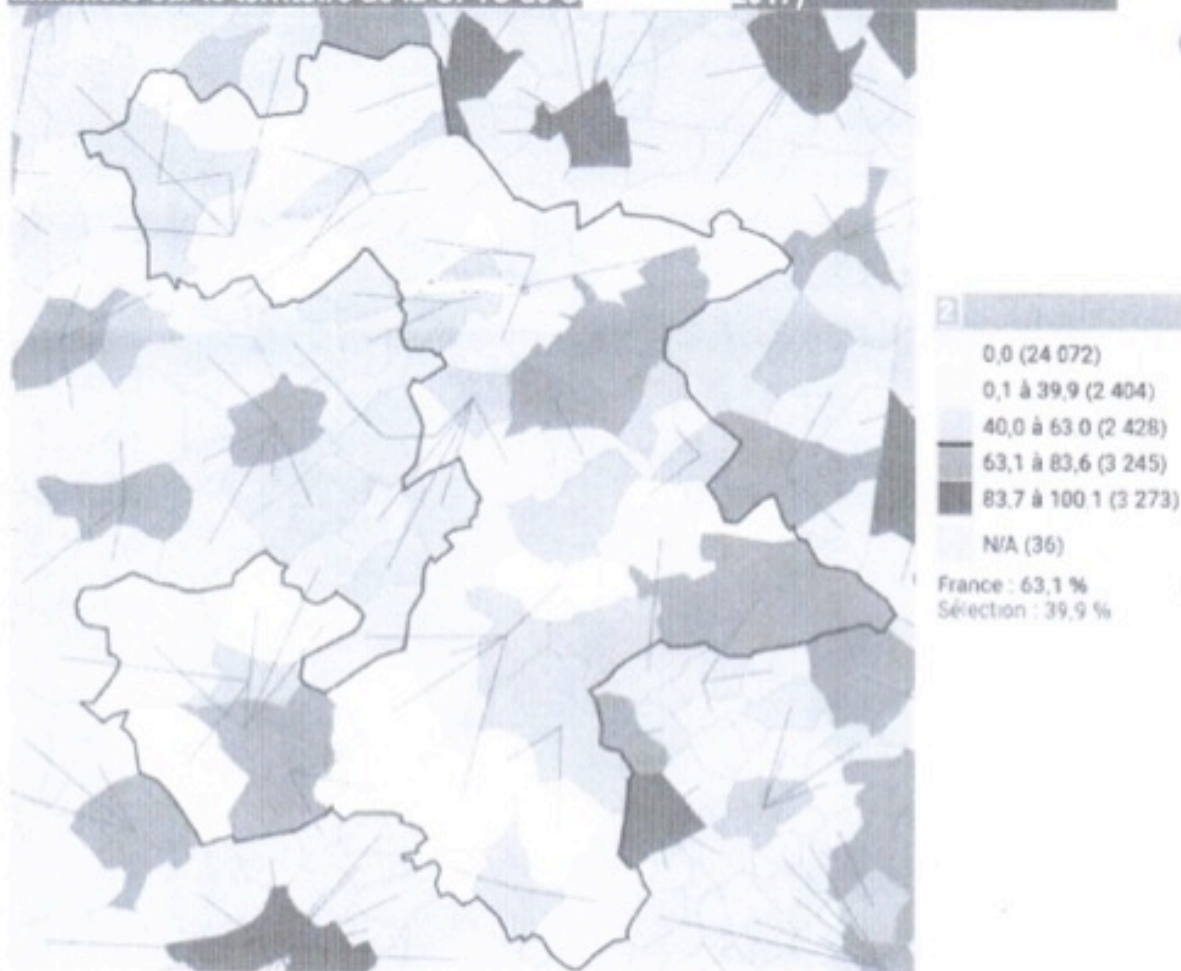
⁹ Le taux de consommation intra-communale (selon Cartosanté) : consommation de soins au sein de la commune par les habitants de cette même commune

1.3.3 Les infirmiers libéraux

	Population en 2017	Nb IDE libéraux Cartosanté 2017	Nb IDE libéraux ¹⁰ 2019	Densité (Pour 100 000) 2017	IDE libéraux > 55 ans en 2017
CPTS	105 351	162	180	154	33

- En 2017, le territoire de la CPTS compte 162 infirmiers libéraux.
- La densité en infirmiers libéraux sur le territoire de la CPTS pour 2017 est supérieure à la moyenne régionale (131) et nationale (141).

Pôle d'attraction et taux de consommation intracommunale¹¹ (en %) auprès des infirmiers sur le territoire de la CPTS de S [] 2017)



¹⁰ Source : Base de données URPS ML 2019_06

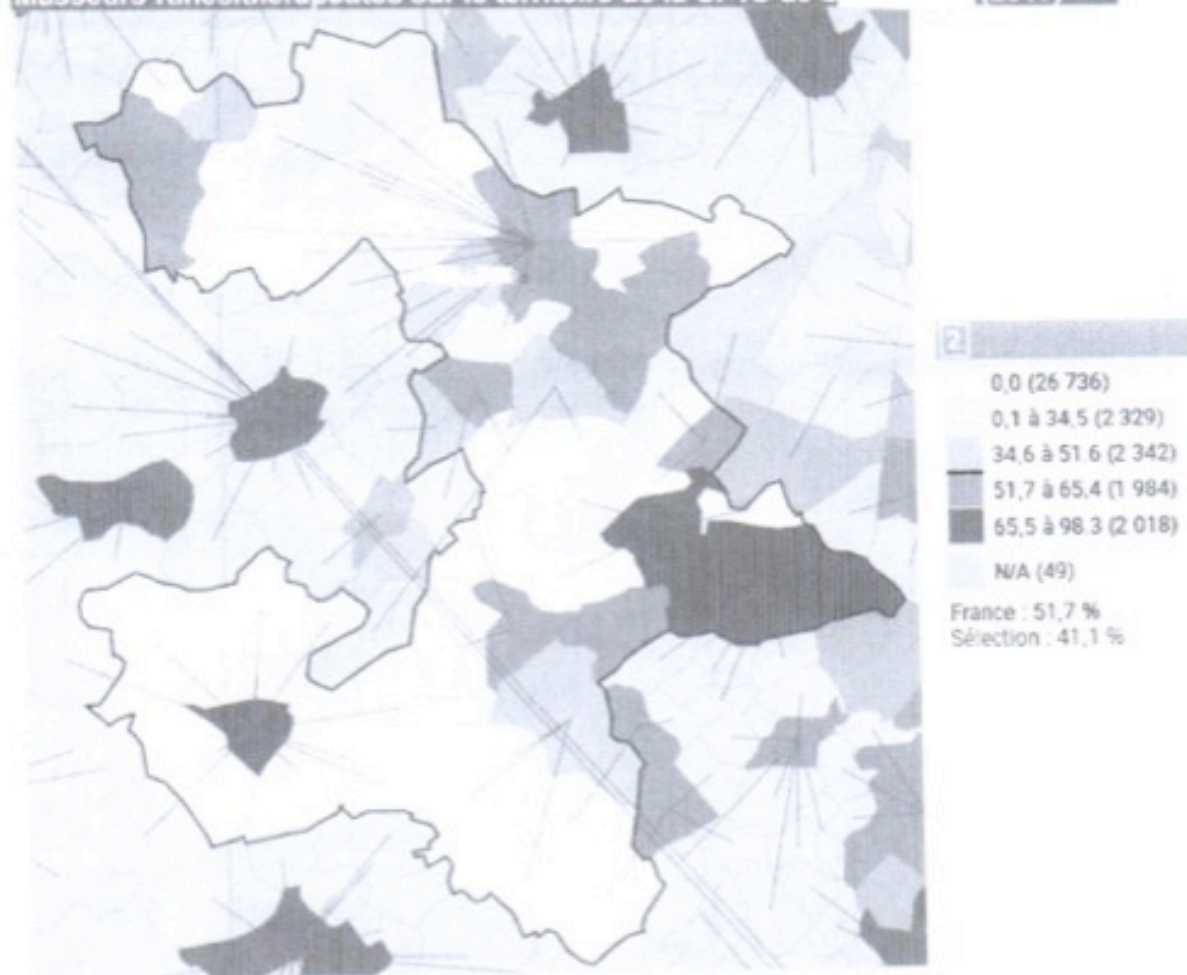
¹¹ Le taux de consommation intra-communale (selon Cartosanté) : consommation de soins au sein de la commune par les habitants de cette même commune

1.3.4 Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

	Population en 2017	Nb MK Cartosanté 2017	Nb MK ¹² 2019	Densité (Pour 100 000) 2017	MK >55 ans en 2017
CPTS	105 351	108	101	103	19

- En 2017, le territoire de la CPTS compte 108 masseurs-kinésithérapeutes libéraux.
- La densité en masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire de la CPTS pour 2017 est supérieure aux moyennes régionale (94) et nationale (102).

Pôle d'attraction et taux de consommation intracommunale¹³ (en %) auprès des Masseurs Kinésithérapeutes sur le territoire de la CPTS de S (2017)



¹² Source : Base de données URPS ML 2019_06

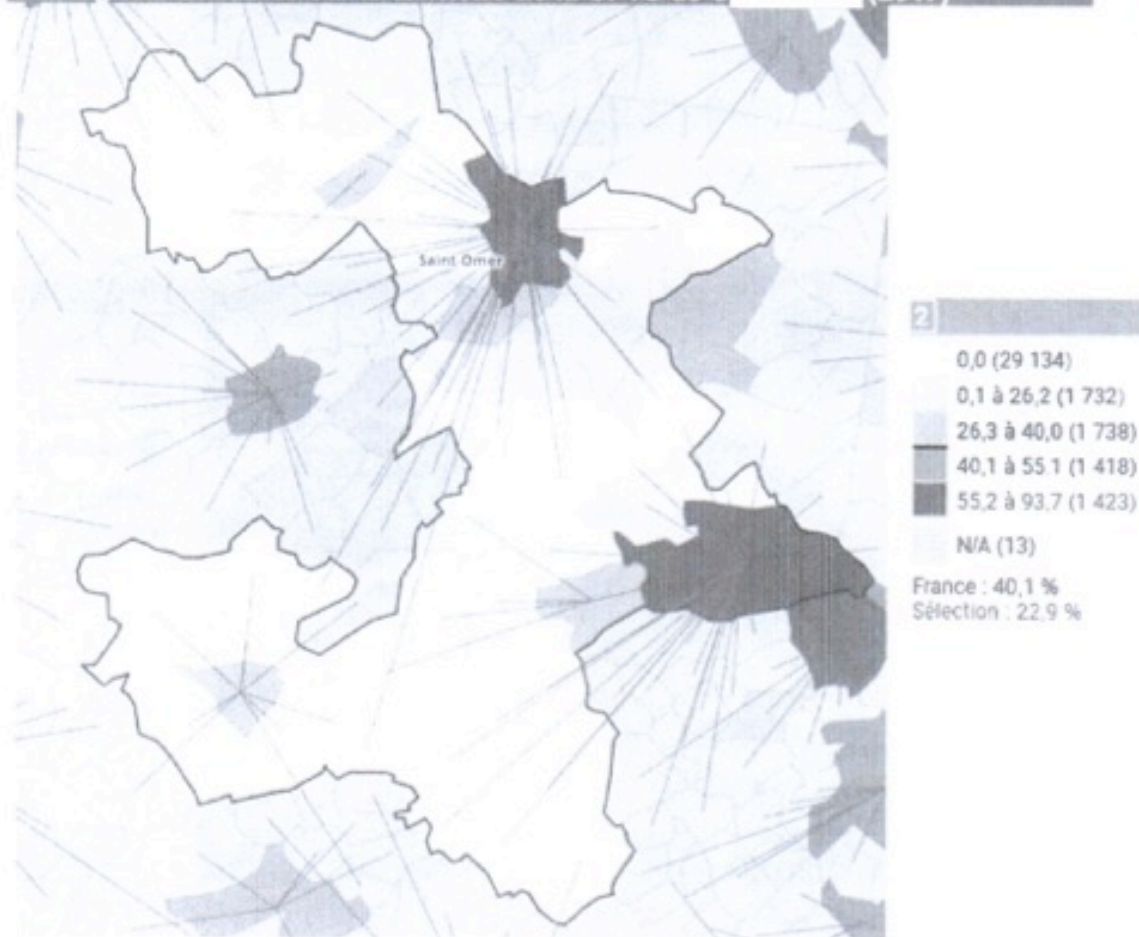
¹³ Le taux de consommation intra-communale (selon Cartosanté) : consommation de soins au sein de la commune par les habitants de cette même commune

1.3.5 Les chirurgiens-dentistes libéraux

	Population en 2017	Nb CD Cartosanté 2017	Nb CD ¹⁴ 2019	Densité (pour 100 000) 2017	CD >55 ans en 2017
CPTS	105 351	42	46	40	11

- En 2017, le territoire de la CPTS compte 42 chirurgiens-dentistes.
- La densité des chirurgiens-dentistes s'élève à 40 pour 100 000 habitants pour le territoire de la CPTS. Elle est inférieure à la densité moyenne régionale (41) et la densité moyenne nationale (53).

Pôle d'attraction et taux de consommation intracommunale¹⁵ (en %) auprès des Chirurgiens-dentistes sur le territoire de la CPTS de S (2017)



¹⁴ Source : Base de données URPS ML 2019_06

¹⁵ Le taux de consommation intra-communale (selon Cartosanté) : consommation de soins au sein de la commune par les habitants de cette même commune

1.3.6 Nombre d'officines

	Population en 2017	Nb CD Cartosanté 2017	Nb CD 2019	Densité (Pour 100 000) 2017	MK >55 ans en 2017
CPTS	105 351				

1.3.7 Récapitulatif de l'offre et du recours aux soins de villes

Offres de soins de ville – 2017 – Densité pour 100 000 habitants	CPTS	Région
Médecins généralistes libéraux	92	89
Infirmiers libéraux	154	131
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	103	94
Chirurgiens-dentistes libéraux	40	41

Recours aux soins de ville - 2017 Consommation d'actes de ... par bénéficiaire et par an	CPTS	Région
Soins de généralistes libéraux	5,4	5,4
Soins d'infirmiers libéraux	50,1	59,2
Masseurs kinésithérapeutes libéraux	25,9	27,4
Chirurgiens-dentistes libéraux	2,6	2,6

Concernant la CPTS :

- Les densités de professionnels pour les médecins généralistes, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes sont supérieures à celle de la région Hauts de France
- Les taux de recours aux soins pour les « soins infirmiers libéraux » et pour les « masseurs kinésithérapeutes libéraux » sont inférieurs à ceux de la région Hauts-de-France

1.3.8 Médecins Spécialistes libéraux ¹⁶

Sur le territoire de la CPTS la répartition en 2019 des médecins spécialistes (hors médecine générale) est le suivant :

	Nombre de professionnels de santé
Allergologue	
Angiologue	4
Cancérologue	
Cardiologue	15
Dermatologue	1
Diabétologue	
Gastro-entérologue	4
Gynécologue	7
Néphrologue	2
Neurologue	1
Ophthalmologiste	4
ORL	1
Pédiatre	1
Pneumologue	2
Psychiatre	1
Radiologue	12
Rhumatologue	1
Stomatologue	2

1.3.9 Les soins hospitaliers sur le territoire de la CPTS

Nom de la structure	Ville	Spécialité
Centre Hospitalier de la Région de	S.	MCO
Clinique	S	Médecine- Chirurgie

¹⁶ Source : Base de données URPS ML 2019_06

2 Organisation professionnelle

2.1 Composition de la communauté professionnelle

La communauté professionnelle A est composée au 17 juin 2019 de 15 professionnels de santé (cf tableau 1).

Tableau 1 - Professionnels de santé de la CPTS

Nom-Prénom	Profession	Ville d'exercice
B I	Pharmacienne	B
B F	Chirurgien-dentiste	L
B F	Infirmière Diplômée d'Etat	L
C V	Sage-Femme	S
D	Kinésithérapeute	A
D E	Médecin généraliste	S
G B	Infirmière Diplômée d'Etat	L
G C	Chirurgien dentiste	S
L B	Médecin généraliste	S
M V	Infirmière Diplômée d'Etat	L
P A	Infirmière Diplômée d'Etat	L
Q T	Kinésithérapeute	A
R S	Pharmacien	S
S Y	Kinésithérapeute	A
V Z	Médecin généraliste	B

Les professionnels de santé ci-dessus, ont souhaité prendre comme territoire de référence la communauté de communes de la C composée de 53 communes. Afin de présenter le concept de CPTS et le travail réalisé par cette équipe pluriprofessionnelle, une réunion va être organisée à laquelle seront conviés les professionnels de santé de ce territoire (1er et 2nd recours). L'objectif de cette présentation est de faire adhérer d'autres professionnels de santé sur ce territoire au projet de CPTS, de favoriser la coordination entre les professionnels de santé libéraux du territoire et les acteurs du sanitaire, médico-social et social.

La présentation de la thématique choisie aux établissements sanitaires, permettra d'identifier la CPTS et les actions sur lesquelles les professionnels de santé de la CPTS pourront apporter une réponse en terme d'organisation de parcours. Les établissements de santé ainsi que les acteurs sociaux, médicaux-sociaux seront associés aux actions de la CPTS en tant que partenaire.

2.2 La structure juridique

Afin de fédérer les professionnels de santé autour du projet de santé, une association de loi 1901 a été créée dénommée « CPTS / ». Cette association a été déclarée le 27 janvier 2019, parue au Journal officiel le 2 février 2019 sous le numéro W 5.

Afin de mettre en place cette communauté professionnelle, les professionnels de santé seront réunis une première fois fin d'année 2018 pour avoir une présentation du concept de CPTS. Les professionnels intéressés par cette démarche ont ensuite organisé des réunions pour échanger sur la constitution de celle-ci. Lors d'une assemblée générale constitutive le 14 janvier 2019 l'association CPTS A a été créée et les membres du bureau ont été désignés.

Le bureau est composé des professionnels de santé suivants :

- Docteur E D Médecin généraliste à : - Président
- Mme \ C Sage-femme à S - Trésorière
- Dr I E Pharmacienne à B - Secrétaire

Cette association a pour objet de :

- Créer une communauté de santé centrée sur le patient
- Organiser une réponse à un besoin de santé sur le territoire
- Améliorer l'offre de soins locale par la coordination synergique des acteurs de soins médicaux et sociaux
- Améliorer la qualité des soins par la coordination entre professionnels
- Améliorer la promotion de la santé sur le secteur de population concernée par une communication adaptée et homogène

Cette association pourra percevoir des subventions de l'ARS, des collectivités territoriales et de la CPAM.

2.3 L'organisation et la gestion de la communauté

La CPTS sera représentée par le Président de l'association, le Docteur E C Médecin généraliste à S

2.4 Modalités de travail pluriprofessionnel

Pour favoriser la coordination entre les professionnels de santé, les professionnels de santé vont mettre en place différentes actions, notamment la mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelle, l'utilisation d'outils pour favoriser le partage d'informations et la mise en place de protocole.

2.4.1 Réunions de concertations pluriprofessionnelle

Les professionnels de santé organiseront au temps de fois que nécessaire des réunions de concertation qui auront pour objet d'échanger sur des dossiers patients et les actions à mettre en œuvre, l'organisation des parcours en lien avec les thèmes choisis par la CPTS et tout autre sujet que les professionnels de santé jugeraient nécessaire.

2.4.2 Le dispositif de partage d'information - Communication

Afin de faciliter les échanges d'informations médicales entre les professionnels de santé de la communauté en toute sécurité, les outils ci-après seront utilisés à plus ou moins long termes :

- **La messagerie sécurisée** : messagerie permettant d'échanger et de transmettre de manière sécurisée des informations ou documents concernant les patients pris en charge.

Application de coordination : l'application « Entr'Actes » a été présentée aux professionnels de santé. Cette application est une plateforme numérique d'aide à la coordination des soins ambulatoires et permet de faciliter la gestion des parcours de soins du patient. Après cette présentation, les professionnels de santé ont émis le souhait d'utiliser cette application.

- **Dossier Médical Partagé :** Le DMP permet d'obtenir des informations médicales concernant le patient pris en charge de manière sécurisée, notamment obtenir des informations sur les traitements, les résultats d'examens, les allergies ou tout autres informations disponibles sur le DMP.

2.4.3 Les protocoles pluriprofessionnels

L'élaboration de protocoles pluriprofessionnels est envisagée afin de fluidifier le parcours de soins du patient.

Ils pourront être en lien avec les axes prioritaires choisis.

3 Projet d'organisation de la prise en charge

3.1 Accès aux soins

3.1.1 Accès aux médecins traitants

Afin de garantir l'accessibilité à un médecin traitant, les professionnels de santé de la CPTS ont pour objectif d'utiliser l'outil Entr'Actes, application permettant de lancer une recherche sur le territoire pour un soin. Une recherche serait donc lancée pour solliciter la recherche d'un médecin traitant sur le territoire.

La population cible serait les personnes âgées en ALD de + de 75 ans.

3.1.2 Accès aux soins non programmés

Afin de pouvoir répondre aux soins non programmés sur le territoire de la CPTS, les professionnels de santé proposent d'utiliser l'application Entr'actes. Cette application permet de faciliter la prise en charge des soins non programmés. Les professionnels pourront réaliser une requête via cette application pour rechercher auprès du corps médical le professionnel disponible pour prendre en charge le soin, dans un premier temps, auprès des professionnels de santé prenant en charge le patient puis dans un second auprès des professionnels de la CPTS.

3.2 Organisation des parcours

Partant du constat du diagnostic territorial, les professionnels de santé ont souhaité travailler sur l'axe suivant :

- La prise en charge des personnes âgées à domicile

Les professionnels de santé souhaitent organiser ce parcours. Pour ce faire, les actions envisagées sont les suivantes :

- Création d'un cahier de liaison chez le patient
- Recenser les ressources disponibles sur le territoire pour faciliter la prise en charge de la personne âgée (Réseau, MAIA, structures médico-sociales, ...)

D'autres parcours pourront être mis en place.

3.3 Prévention

La CPTS A a pour objectif de mettre en place des actions de prévention sur le territoire sur des thématiques identifiées.

Les thématiques identifiées pourront être en lien avec les objectifs du Projet Régional de Santé, notamment en lien avec les maladies inflammatoires chroniques, au diabète, au sevrage tabagique et alcooliques en lien avec le CMP, à l'obésité et à l'ostéoporose.

Les professionnels de la CPTS ont souhaité dans un premier temps travailler sur des actions de prévention relatives à l'obésité.

3.4 Qualité et pertinence

Les médecins généralistes de la CPTS participent à une démarche qualité au travers de l'association des groupes qualité Hauts de France. Les réunions mises en place ont pour objectif d'évoquer la pertinence des prescriptions, échanger sur la prise en charge de pathologie sur des cas concrets de patient...

Des groupes de travail et de réflexion pluriprofessionnels pourraient être mis en place sur des thématiques identifiées comme prioritaires au sein de la CPTS.

3.5 Formation, accompagnement des professionnels de santé

Les professionnels de la CPTS participent à des formations sur différentes thématiques dans le cadre des FMC (Formations médicales continues). Il est proposé pour fédérer l'équipe pluriprofessionnel d'organiser des formations qui seraient proposées à l'ensemble des professionnels de santé adhérant à la CPTS.

4 Calendrier de mise en oeuvre

Les professionnels de santé de la CPTS souhaitent développer la coordination au travers du maintien de la personne âgée à domicile. Cette thématique pourra être mise en place courant 2019.

D'autres thématiques pourront émerger et seront travaillées en 2020.

5 Evaluation de la CPTS

Les critères d'évaluation de la CPTS retenus

- la taille du territoire de prise en charge,
- le nombre de professionnels de santé et acteurs du sanitaire, médico-social et du social, inclus dans cette communauté,
- la file active des patients,
- le nombre de patients inclus mensuellement.

Annexe 3 : Contrat d'adhésion à l'ACI de la CPTS A*****

Annexe 1 : Indicateurs retenus pour le suivi et le financement des missions obligatoires et complémentaires

MISSION OBLIGATOIRE EN FAVEUR DE L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

Indicateurs	Niveau de réalisation (national/Local)	Indicateur de suivi (nombre de communes / nombre de communes éligibles)	Objectif N1	Objectif N2	Objectif N3	Objectif N4	Objectif N5	CPTS	Protocoles
Elaboration d'un protocole et méthodologie de repérage et d'orientation des assurés sans médecin traitant vers les médecins adhérents à la CPTS	Local	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Protocoles
Progression de la patientèle avec MT/patients dans la population couverte par la CPTS en fonction des besoins identifiés sur le territoire*	National	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	CNAM (rezone)	Données CNAM
Réduction du pourcentage de bénéficiaires de la CS6 non contributive sans médecin traitant*	National	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	CNAM (rezone)	Données CNAM
Réduction du pourcentage de patients en ALD sans médecin traitant*	National	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	CNAM (rezone)	Données CNAM
Réduction du pourcentage de patients de + de 70 ans sans médecin traitant*	National	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	CNAM (rezone)	Données CNAM
Augmentation de la part de professionnels de santé adhérents à la CPTS par rapport à l'ensemble des professionnels de santé de ville du territoire (médecins, sages-femmes, IDE, Kinésithérapeutes et pharmaciens)	Local	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	CPTS	Liste des adhérents

*en fonction des communes neutralisées dans l'outil rezone

Améliorer la prise en charge des soins aux personnes âgées										
Indicateur	Niveau de définition (national/Local)	Indicateur en prise compte pour l'établissement de la part variable	Données de référence (année N)	Objectif N+1	Objectif N+2	Objectif N+3	Objectif N+4	Objectif N+5	Source des données	Pré-évaluation (suffisante)
Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)	National	Oui	CPTS = 20% (16012) Dép. 20.2% Reg. 23.6% Nat. 22.1%	20%	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CNAM	Données CNAM
Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant)	National	Oui	CPTS = 27.4% (1927) Dép. 35.8% Reg. 36% Nat. 41.5%	28.4%	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CNAM	Données CNAM
Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de SNP	National	Oui	0	Données en attente	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	
Réalisation d'un protocole d'organisation de la prise en charge des soins non programmés sur le territoire	Local	Oui	0	1	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Protocole
Elaborer un planning partagé entre les PS identifiant les plages dédiées aux SNP Médecins Généralistes et éventuellement d'autres professionnels de santé, pour l'ensemble du territoire (sur l'année)	Local	Non	Non	Oui	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Planning
Evaluer l'organisation, le fonctionnement et le résultat de la prise en charge des SNP	Local	Oui	Non	Oui	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Rapport d'audit avec axes d'améliorations
Augmenter le nombre d'utilisateurs de l'outil de coordination Entr'actes sur le territoire permettant la prise en charge des SNP	Local	Oui	3	30	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Déclaratif

MISSION OBLIGATOIRE EN FAVEUR DE L'ORGANISATION DE PARCOURS PLURIPROFSSIONNELS AUTOUR DU PATIENT

Indicateur	Niveau de définition (national / local)	Indicateur pris en compte pour le calcul de la part variable	Données de référence (article N°)	Objectif (N°1)	Objectif (N°2)	Objectif (N°3)	Objectif (N°4)	Objectif (N°5)	Sous-ensemble Zonifiés	Processus (justificatifs)
Organisation d'un parcours en faveur d'une meilleure prise en charge pluriprofessionnelle de la personne âgée à domicile	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Document rédactionnel sur l'organisation du parcours
Création d'un cahier de liaison chez le patient	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Cahier de liaison
Recensement des ressources disponibles sur le territoire pour faciliter cette prise en charge : réseau, MAJA, structures médico-sociales....	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Document de recensement
Nombre de réunions pluriprofessionnelles internes à la CPTS organisées selon le parcours défini	Local	Oui	0	3	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Ordres du jour, compte-rendus de réunions
Evaluation de la mise en œuvre du parcours « personnes âgées »	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Compte-rendu d'évaluation
Nombre de bénéficiaires des protocoles	Local	Oui	0	50	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Liste des bénéficiaires
Augmentation du nombre de parcours de prise en charge pluriprofessionnelle sur le territoire de la CPTS (sur une autre thématique)	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Parcours
Améliorer les relations Ville/Hôpital en organisant des moments d'échanges entre hospitaliers et PS libéraux par le biais de réunions pluriprofessionnelles	Local	Oui	0	1	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Ordres du jour, compte-rendus de réunions

MISSION COMPLEMENTAIRE EN FAVEUR DU DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS

Indicateur	Niveau de définition (national / Local)	Indicateur pris en compte pour le financement de l'activité (part variable)	Donnée de référence (année N)	Objectif N+1	Objectif N+2	Objectif N+3	Objectif N+4	Objectif N+5	Source des données	Place(s) (activité(s))
Proposer à l'ensemble des PS adhérents à la CPTS de participer à des formations médicales continues	Local	Non	Non	Oui	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Listing des invitations
Nombre de formations médicales continues conçues et déployées visant à améliorer la qualité et la pertinence des soins	Local	Oui	0	1	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Listing des formations
Organiser des groupes d'analyse de pratiques pluri professionnelles en échangeant sur la prise en charge de pathologies (cas concrets de patients)	Local	Non	Non	Oui	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Document rédactionnel sur l'organisation
Nombre de groupes d'analyse de pratiques pluri professionnelles organisés pour échanger sur la prise en charge de pathologies (cas concrets de patients)	Local	Oui	0	3	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Listing des groupes
Nombre de professionnels de santé différents ayant participé aux groupes d'analyse des pratiques sur le territoire (sur les thématiques définies)	Local	Oui	0	10	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	Voie d'avancement	CPTS	Listing des PS participants

MISSION COMPLEMENTAIRE EN FAVEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Indicateur	Niveau de définition (national / Local)	Indicateur en pris compte pour le financement des K-part variable ?	Donnée de référence (année N)	Objectif N+1	Objectif N+2	Objectif N+3	Objectif N+4	Objectif N+5	Source des données	Processus participatif(s)
Elaborer un protocole concernant la prise de contact des nouveaux PS, l'accueil des stagiaires et leur installation	Local	Oui	Non	Oui	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Protocoles
Nombre de maîtres de stage Médecins Généralistes sur le territoire	Local	Oui	16	16	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	ARS	Déclaratif
Augmentation du nombre de professionnels de santé accueillant des stagiaires sur le territoire, toutes spécialités confondues	Local	Oui	16	+10	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Déclaratif
Création de postes d'Assistants Médicaux : nombre d'Assistants Médicaux au sein de la CPTS	Local	Oui	3	+1 par rapport à année n	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPAM	Déclaratif
Communiquer autour des offres de stage et des actions à destination des jeunes installés (offre de santé du territoire) pour favoriser les installations en médecine de ville à travers le site internet de la CPTS.	Local	Oui	Non	Oui	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Publications sur le site
Développer et renforcer le site internet de la CPTS Audomaroise	Local	Oui	Non	Oui	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	Voie d'avenant	CPTS	Publications sur le site

Annexe 4 : Processus de prise en charge pour le protocole Pollakiurie et brûlures mictionnelles chez la femme de 16 à 65 ans (1)

Gène fonctionnelle urinaire Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : femme présentant des signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses), dont un des déléguants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Interrogatoire et examen du dossier :

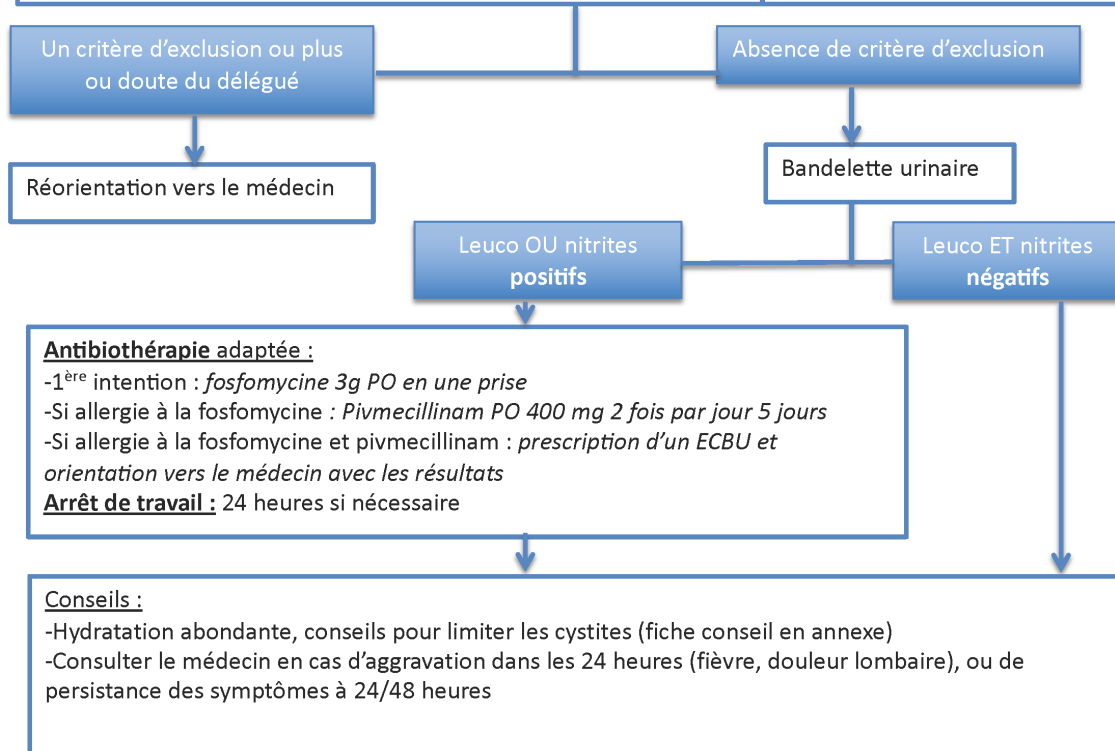
- Homme
- Age < 16 ans ou > 65 ans
- Grossesse avérée ou non exclue
- Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
- Cystites à répétition (3 dans les 12 derniers mois) ou épisode récent non complètement résolu (< 15 jours)
- Température > 38° C ou < 36° C
- Douleur d'une fosse lombaire
- Vomissements, diarrhées, douleurs abdominales diffuses
- Leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal
- Immunodépression grave (VIH, corticoïdes oraux au long cours, immunosuppresseur)
- Insuffisance rénale chronique avec clairance < 30 mL/min
- Anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent)

Examen clinique :

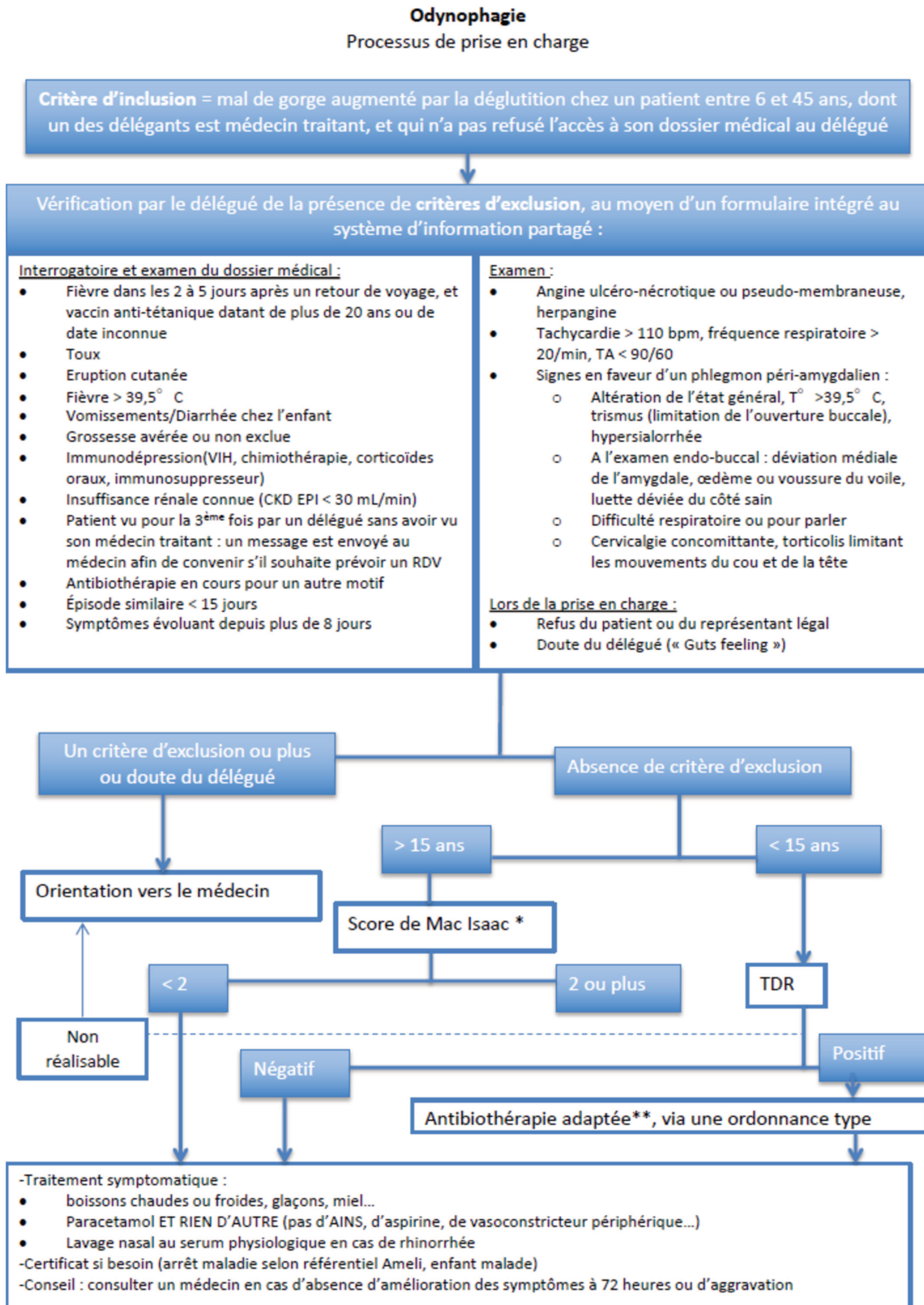
- Température > 38° C ou < 36° C
- Douleur à la percussion d'une fosse lombaire

Lors de la prise en charge :

- Refus du patient ou représentant légal
- Doute du délégué (guts feeling)



Annexe 5 : Processus de prise en charge de l'odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans (2)



* Score de Mac Isaac

Score Mac Isaac	Point
Température > 38 °	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Âge :	
• 15 à 44 ans	0
• > 45 ans	-1

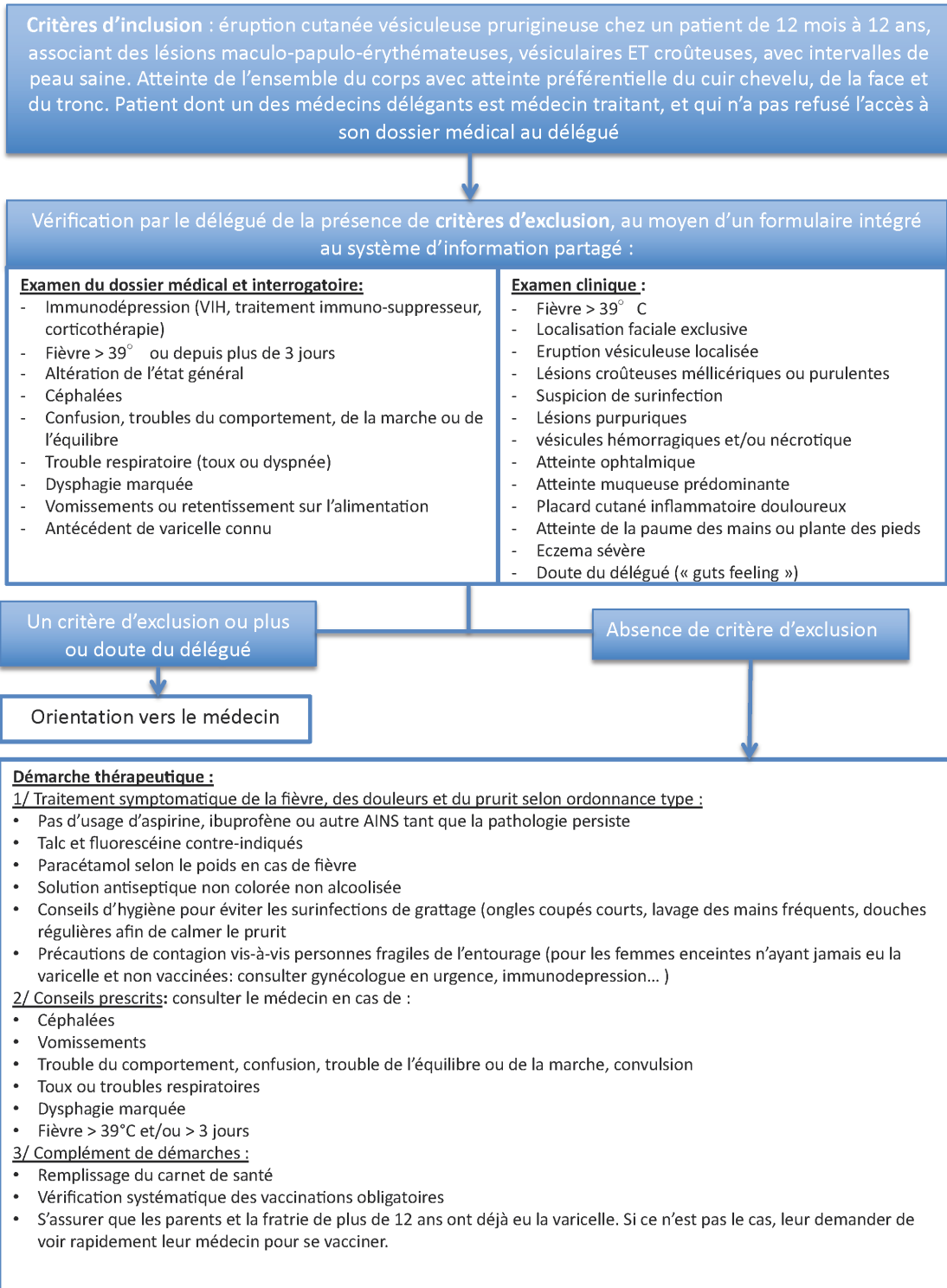
** Choix de l'antibiothérapie :

- En première intention : amoxicilline, pendant 6 jour
 - 1 gramme matin et soir chez l'adulte
 - 50 mg/kg/jour en 2 prises chez l'enfant (sans dépasser 2g par jour)
- En cas d'allergie à la pénicilline : cefpodoxime pendant 5 jours
 - 100 mg 2 fois par jour pour les adultes
 - 8 mg/kg/jour en 2 prises chez l'enfant (sans dépasser 200 g par jour)
- En cas d'allergie aux bêta-lactamines : azithromycine pendant 3 jours
 - 500 mg une fois par jour chez l'adulte
 - 20 mg/kg/jr en une prise quotidienne chez l'enfant (sans dépasser 500 mg par jour)

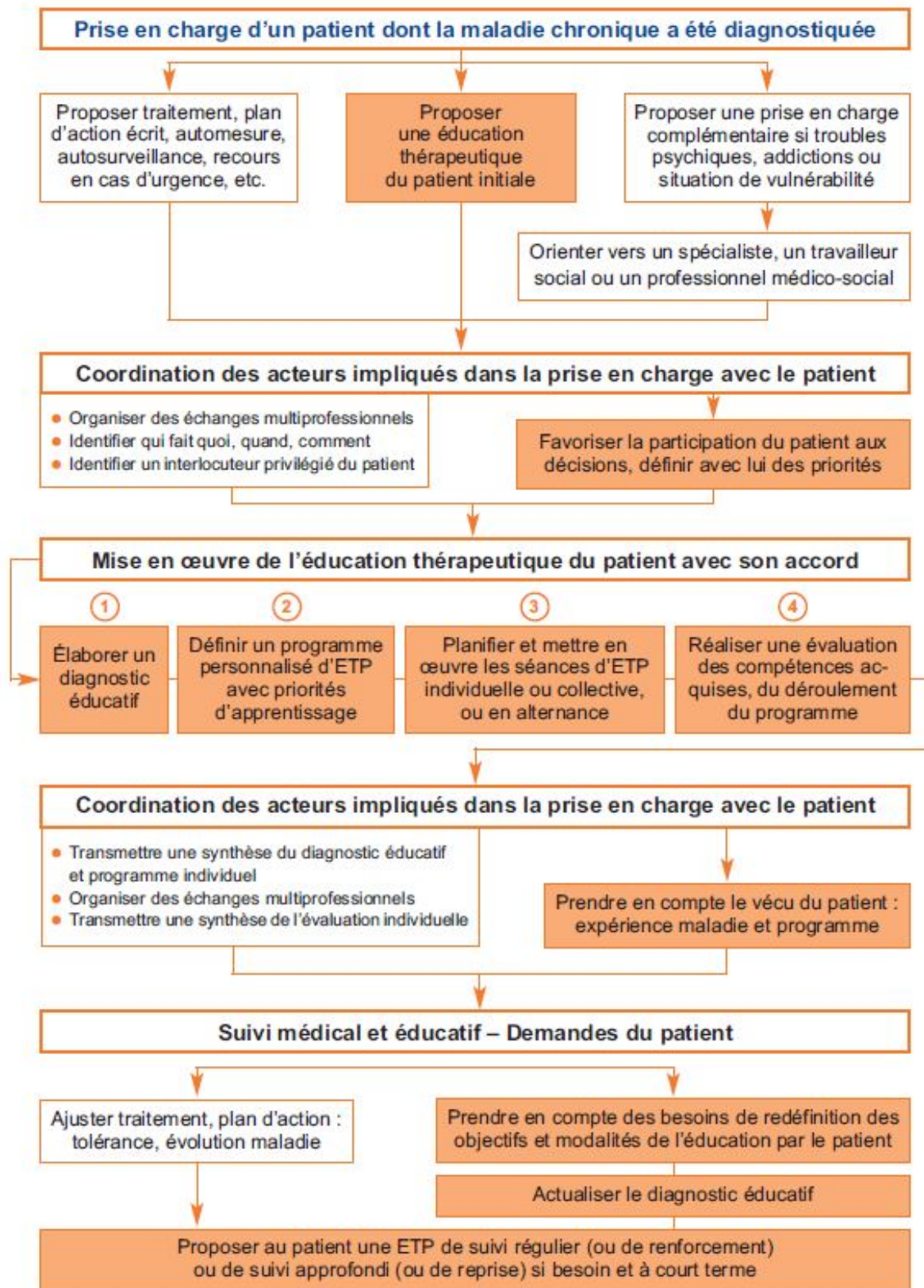
Annexe 6 : Processus de prise en charge de l'éruption vésiculeuse prurigineuse (3)

Eruption cutanée prurigineuse chez le patient de 12 mois à 12 ans

Processus de prise en charge



Annexe 7 : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques selon la HAS (4)



Bibliographie

1. JOE_TEXTE.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmDj6UFbgHwXsc1xpBHveUmo=/JOE_TEXTE
2. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0058 du 08/03/2020 [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmB4itWteOscszblf1XTI3M4=
3. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
4. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
5. Créer une communauté professionnelle territoriale de santé [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-16>
6. IGAS2018-041R_.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
7. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communaut-professionnelles-territoriales-de-sante>
8. Guide-CPTS-A5.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/10/Guide-CPTS-A5.pdf>
9. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/les-cpts/>
10. 1A-CPTS-Guichet-CPTS-Guide-pratique-des-CPTS.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2021/06/1A-CPTS-Guichet-CPTS-Guide-pratique-des-CPTS.pdf>
11. Accord conventionnel interprofessionnel des CPTS [Internet]. [cité 28 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-developpement-de-lexercice-coordonne-et-du-deploiement-des-cpts/>
12. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
13. Décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021 relatif aux conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. 2021-23 janv 12, 2021.
14. Arrêté du 5 mai 2021 fixant la liste des pathologies et des médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance par les pharmaciens d'officine telle que prévue à l'article L. 5125-1-1 A du code de santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043490393>
15. Dispensation sous protocole : les pharmaciens y sont autorisés - Communications -

- Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Dispensation-sous-protocole-les-pharmaciens-y-sont-autorises>
16. [guide-cpts-pages.pdf](https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2019/10/guide-cpts-pages.pdf) [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2019/10/guide-cpts-pages.pdf>
 17. Rouzé A. CPTS : où en est-on en Janvier 2021 ? [Internet]. Entr'Actes. 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.entractes.fr/cpts-ou-en-est-on-en-janvier-2021/>
 18. L'atlas des CPTS - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>
 19. Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>
 20. Les CPTS en Hauts-de-France - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/les-cpts-en-hauts-de-france>
 21. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/constitution-dune-organisation-dexercice-coordonne/constitution-dune-cpts>
 22. <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/creer-une-communauté-professionnelle-territoriale-de-sante-16?parent=11817>.
 23. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : la coordination au bénéfice de tous [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-la-coordination-au-benefice-de-tous>
 24. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
 25. [download.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/9845/download) [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/9845/download>
 26. La loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante>
 27. Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.
 28. Etre accompagné dans la création et le fonctionnement d'une CPTS [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/etre-accompagne-dans-la-creation-et-le-fonctionnement-dune-cpts-16>
 29. Lettre d'intention.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/system/files/2020-11/Lettre%20d%27intention.pdf?rubrique=11814>
 30. [synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707296/document/synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf) [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707296/document/synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf>
 31. Guide à la rédaction projet santé.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/system/files/2020-11/Guide%20%C3%A0%20la%20r%C3%A9daction%20projet%20sant%C3%A9.pdf?rubrique=11814>

32. Dix ans après leur création, les agences régionales de santé face au Covid-19 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/274858-10-ans-apres-leur-creation-les-agences-regionales-de-sante-face-au-covid>
33. Présentation du dispositif – Guichet CPTS Occitanie [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/presentation-du-dispositif/>
34. 3A-CPTS-Guichet-CPTS-Guide-pratique-projet-de-santé.pdf [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2021/10/3A-CPTS-Guichet-CPTS-Guide-pratique-projet-de-sante%CC%81.pdf>
35. guide-cpts-a5.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-infirmiers-hdf.fr/guide-cpts-a5.pdf>
36. Rézone CPTS, un nouvel outil d'aide à l'élaboration d'un diagnostic territorial en ligne [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rezone-cpts-un-nouvel-outil-daide-lelaboration-dun-diagnostic-territorial-en-ligne>
37. Angine et antibiotique : entrée en application de la dispensation conditionnelle [Internet]. VIDAL. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28392-angine-et-antibiotique-entree-en-application-de-la-dispensation-conditionnelle.html>
38. Décret n° 2021-1631 du 13 décembre 2021 relatif aux modalités d'utilisation d'une ordonnance de dispensation conditionnelle de médicaments mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044483093>
39. Arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance.
40. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0058 du 08/03/2020 [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmJJY5q0hBbKeRuS6MGrdKkw=
41. Exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Exercice-coordonne-pour-les-pharmaciens-d-officine>
42. Qu'est-ce qu'un pharmacien correspondant ? [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14947>
43. Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
44. Nice CRC. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux. :18.
45. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Medicaments_plaquette_Concil_med_ville_12_2016.pdf.
46. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
47. Éducation thérapeutique du patient - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: [http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Education-therapeutique-du-patient/\(language\)/fre-FR](http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Education-therapeutique-du-patient/(language)/fre-FR)

SERMENT DE GALIEN



En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

Signature de l'étudiant(e) et du Président du jury



Version validée par la conférence des Doyens des Facultés de Pharmacie le 7 février 2018

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : VIVIER
Prénom : Lucie

Titre de la thèse : « Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : aspects théoriques et étude d'un cas pratique impliquant un pharmacien d'officine »

Mots-clés : Communautés professionnelles territoriales de santé – coordination - communication – pharmacien – interprofessionnalité – nouvelles missions – dispensation protocolisée – partage de compétences

Résumé :

L'adhésion à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) permet aux professionnels de santé de faciliter certains aspects de leur exercice. En effet, cela peut leur faire gagner du temps grâce à une communication facilitée, de mieux répondre à la demande des patients et de se sentir moins isolés. Ce dispositif permet notamment au pharmacien de valoriser sa profession en développant de nouvelles missions (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique du patient, prescription protocolisée...) et de partager ses compétences avec les autres professionnels de santé.

Même si la mise en place d'une telle structure peut sembler assez longue et que peu de professionnels de santé souhaitent au départ y participer, une fois les actions lancées, les professionnels concernés y trouvent un intérêt et désirent y adhérer.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur DINE Thierry, Professeur de pharmacie clinique, Faculté de Pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier, Groupe Hospitalier Loos-Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse et assesseur : Madame le Docteur LEHMANN Hélène, Maître de conférences habilitée à diriger des recherches en droit pharmaceutique et de la santé, Faculté de Pharmacie de Lille

Membres extérieurs : - Madame le Docteur GENEAU DE LAMARLIERE Chantal, pharmacien titulaire, Saint Pol sur Ternoise
- Monsieur le Docteur GENEAU DE LAMARLIERE Pierre, pharmacien titulaire, Saint Pol sur Ternoise
- Madame le Docteur BOURGAIN Isabelle, pharmacien titulaire, Blendecques