



HAL
open science

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : de la création à la mise en place de projets de santé

Félix Guillaud

► **To cite this version:**

Félix Guillaud. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : de la création à la mise en place de projets de santé. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04424157

HAL Id: dumas-04424157

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04424157v1>

Submitted on 29 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNÉE 2023

N°

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Félix GUILLAUD

Présentée et soutenue publiquement le 02/10/2023

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
De la création à la mise en place de projets de santé

Président: **Dr Catherine ROULLIER**, Maître de Conférences Universitaire
en Pharmacognosie et Phytothérapie, UFR Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Directeur de thèse: **Dr Fabrice PAGNIEZ**, Maître de Conférences Universitaire en
Parasitologie et Mycologie Médicale, UFR Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Membres du Jury: **Dr Christophe SAMAMA**, Pharmacien Titulaire, Nantes

Remerciements

Président du Jury

Au Docteur Catherine ROULLIER,
Merci de présider la soutenance de ma thèse.

Directeur de thèse

Au Docteur Fabrice PAGNIEZ,
Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse et eu la patience de la suivre dans toutes ses étapes. Je vous remercie pour votre bienveillance à mon égard.

Membre du Jury

Au Docteur Christophe SAMAMA,
Merci d'accorder du temps en acceptant de faire partie du jury de cette thèse. Grâce à Guillaume et toi, j'ai eu la chance de compléter ma formation initiale lors du stage de 6ème année. Travailler avec vous était un réel plaisir. Merci d'avoir conforté mon choix d'être pharmacien et merci pour les nombreuses choses apprises au sein de l'officine.

A l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de cette thèse, notamment Anne-Laure Le Ny chargée de mission inter-URPS. Grâce à vous j'ai pu récolter les informations nécessaires au bon déroulé de cette thèse. Merci d'y avoir porté un intérêt.

Merci également aux différentes CPTS ayant répondu à mon sondage et plus particulièrement à Mme Solène Richard et M Benjamin Guilbaud, coordinateurs respectifs des CPTS Pays de Retz et Terres de Montaigu, d'avoir pu m'accorder un entretien pour développer les projets mis en place au sein des CPTS qu'ils coordonnent.

A l'ensemble des professionnels de santé qui m'ont suivi lors de mes stages officinaux ainsi que dans mes emplois en tant qu'étudiant en Pharmacie. Merci donc à la pharmacie Brossard à Rezé, à la Pharmacie St Guénolé à Batz-sur-Mer, à la Pharmacie de la Poste à la Chevrolière, à la Pharmacie de la Libération à Couëron, à la Pharmacie Gicquel à Vieilleville. Mention spéciale à la Pharmacie de Malakoff à Nantes et à toute l'équipe.

A ma famille

Mes grands-parents, mes tantes, mes oncles, mes cousines et cousins,

Vous m'avez vu grandir, évoluer, changer et m'avez toujours accepté. Merci pour tout l'amour que vous m'avez transmis et que je promets de transmettre aux générations futures.

A mes deux petits frères Sylvain et Eloi,

D'être aujourd'hui deux jeunes hommes bons, gentils, forts et courageux. Je ne vous le dis probablement jamais mais je vous aime et vous protégerai chaque fois qu'il le faudra. N'oubliez pas néanmoins que je reste le plus grand de la famille !!

A mon père,

D'avoir su me donner le goût du travail et l'importance de la réussite. D'avoir été acteur de mon éducation, d'avoir toujours pris connaissance de mes résultats pendant mes études et d'être toujours là lorsqu'il le faut. Tu as su me sortir de nombreuses fois de certaines galères sans demander quoique ce soit en retour et pour ça, Merci. Je t'aime.

A ma mère,

De donner chaque jour, depuis le premier, ton amour maternel. D'être une femme exceptionnelle chaque jour qui passe. Merci de t'inquiéter quotidiennement pour tes enfants et donner de ta personne chaque fois qu'il le faut même si parfois il t'en coûte. De m'avoir transmis une éducation idéale et de m'avoir suivi dans toutes ces années d'études et de travail. Je t'aime.

A ma grand-mère,

Que je n'oublierai jamais malgré le temps qui passe. Tu as su m'accompagner et participer à mon éducation pendant toute mon enfance. Tu fais partie des femmes les plus importantes de ma vie et chaque jour, j'essaie de te rendre fière de ton petit fils. Je t'aime.

A mes amis de la Faculté de Pharmacie de Nantes.

Mes filleuls de Pharmacie et de Faluche : Valentin, Maïté et Carla.

D'avoir accepté que je vous attende en redoublant pour finir nos études ensemble. D'avoir partagé des moments géniaux en soirée ou à la fac.

Héloïse, Clémence, Camille, Amandine et Morgan, Titouan, Baptiste, Pierre et Philippine

Pour votre joie de vivre et l'amitié que vous avez su partager. Pour ces années pharma passées ensemble, les soirées, les discussions, les rires...

Kevin et Johan,

Pour votre gentillesse infinie et votre beauferie. Et à nos projets de laverie et de gang de motards, qui je l'espère aboutiront un jour.

Charles et Morgane,

Pour le respect et la bienveillance que vous m'apportez depuis plusieurs années. Aux soirées passées à la Turballe en 2018 avec toi Charles, à la scierie, aux vacances au ski et à tous ces bons moments passés ensemble.

Vincent et Clémentine,

En souvenir de ces soirées d'avril et d'octobre. Merci Clémentine pour ta gentillesse, ton humour, les week-ends et vacances passés ensemble. Merci pour ton soutien dans tous les moments de ma vie.

A tous leurs conjoint.e.s : Alice, Benjamin, Corentin, Grégoire, Héléna, Jasmine, Pierre Luc.

A mes amis du Lycée St Joseph.

D'être là depuis le lycée jusqu'à mon choix d'orientation en Pharmacie, puis tout au long de ma vie depuis. Votre amitié m'est chère et j'espère que nous continuerons de nous suivre encore dans les années futures.

Benoit,

Pour ta bonne humeur au quotidien et ton implication dans tous les services que tu rends à tout le monde.

Samuel,

D'être de la famille sans vraiment l'être. COUSIIIN. Merci pour tous les bons moments passés ensemble, ta gentillesse et ton humour. Et si "c'était un peu drôle quand même"!

Emeline,

D'être toujours présente avec ta bonne humeur et ce malgré la distance. En espérant pouvoir te trouver par chez toi lorsque je passerai dans le coin.

Emmanuelle et Florian,

De m'avoir accueilli chez vous, dans votre canapé de nombreuses fois sans que vous ne me revoyiez le lendemain, Merci. Votre volonté de rassemblement à permis de faire perdurer cette bande du lycée.

Sébastien et Maëlane,

Pour votre gentillesse infinie, notre Check interminable, les retrouvailles à Nantes autour d'un verre et le fameux tournoi de bière pong national.

Céline et Laura,

Pour cette joie de vivre qui vous anime à chaque fois que l'on se voit. Merci à toi Céline, de m'avoir appris au fil de ces 10 dernières années d'accepter chacun comme il est. Sans toi je n'aurai probablement pas tant d'ouverture d'esprit.

A vous,

Clémence, Camille et Mathilde,

Pour votre bonne humeur continue et votre soutien que vous m'avez apporté toutes ces années. Merci pour tous les moments partagés, les rires, les soirées, les discussions etc.

Chloé,

Pour te remercier d'être la sœur que tu es et de m'avoir poussé à toujours faire mieux, tout au long de nos études et de cette thèse. Je suis heureux de pouvoir te compter dans mon entourage.

Landry, Loïs et Marvin,

Mes frères de cœur avec qui j'ai passé tant de bons moments et d'aventures. Chacun de vous est unique et mérite d'être heureux comme vous me rendez heureux au quotidien.

Lisa,

D'être la meilleure amie que chacun aimerait avoir. De toujours croire en moi sans jamais juger et faire sortir le meilleur de moi-même. Merci d'être là chaque moment.

Aux conjoint.e.s des personnes suscitées : Adrien, Arnaud, Jérôme, Laurine, Pierre-Alexandre.

A toi,

Adeline,

D'abord pour avoir relu cette thèse. Ensuite de me pousser chaque jour à dépasser mes limites, de me supporter au quotidien et de faire de moi un homme heureux. A la fin de cette thèse, on se rapprochera réellement de nos projets communs et j'ai hâte. Merci pour l'amour que tu m'apportes. Je t'aime.

Serment de Galien

*Je jure, en présence des maîtres de la faculté
et de mes condisciples:*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les
préceptes de mon art et de leur témoigner ma
reconnaissance en restant fidèle à leur
enseignement .*

*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 l'honneur, de la probité et du
désintéressement .*

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes
devoirs envers le malade et sa dignité humaine:
en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes
connaissances et mon état pour corrompre les
mœurs et favoriser des actes criminels .*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses .*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque .*

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
SERMENT DE GALIEN	6
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
I. MISE EN PLACE D'UNE CPTS	15
A. GENERALITES	15
1. Définition	15
2. Histoire de la coopération entre professionnels de santé: du partage de savoir à l'exercice coordonné	16
2.1. De l'Antiquité à Aujourd'hui	16
2.2. Notion de réseau	17
2.3. Les débuts de la coopération.....	18
3. Intérêt de la coopération entre les professionnels de santé.....	22
4. Structures de coordination pluriprofessionnelle existantes (hors CPTS)	22
4.1. Maison de Santé Pluriprofessionnelle - MSP	22
4.2. Centre de Santé - CDS	23
4.3. Equipe de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient - ESP CLAP	23
5. Les professionnels de santé impliqués dans une CPTS	23
5.1. Pharmacien.....	23
5.2. Médecin	25
5.3. Infirmier	26
5.4. Autres acteurs impliqués dans une CPTS	27
6. Le Pharmacien correspondant.....	28
6.1. Définition.....	28
6.2. Missions	28
6.3. Objectifs	29
7. Résumé des acteurs d'une CPTS	29
B. CREATION DE LA CPTS	30
1. Les premiers pas	30
1.1. Contexte législatif	30
1.2. Initiative d'un groupe de professionnels de santé	31
1.3. Plénière	31
1.4. Réunions du Comité Pilote (COFIL)	32
1.5. Envoi de la lettre d'intention	32
2. Etablissement d'un projet de Santé.....	33
2.1. Définir le territoire d'intervention et les acteurs.....	34
2.2. Définir des objectifs et impliquer les acteurs de santé.....	34
2.3. Organiser le statut juridique et la gouvernance.....	37
3. Contractualisation et mise en action de la CPTS	37
3.1. Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).....	37
3.2. Mise en place des projets.....	39
3.3. Suivi des projets.....	39
3.4. Communiquer avec les organisations territoriales.....	39
4. Schéma récapitulatif de la mise en place d'une CPTS.....	40

II. ETAT ACTUEL DES CPTS EN FRANCE ET EN PAYS DE LOIRE	41
A. EN FRANCE	41
1. Cartographie des CPTS en France	41
1.1. Inégalité de répartition territoriale	41
2. Déserts médicaux et politiques territoriales	43
2.1. Désert médical	43
2.2. Comparaison territoriale	44
2.3. Le zonage et l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)	45
2.4. Centre-Val de Loire	46
B. EN PAYS DE LOIRE	48
1. Cartographie des CPTS de PDL	49
1.1. Vendée	49
1.2. Mayenne	49
1.3. Maine et Loire.....	49
1.4. Sarthe.....	50
1.5. Loire Atlantique	50
2. Problématique d'une CPTS au sein de la ville de Nantes: exemple de la Pharmacie de Malakoff	50
2.1. La disparité du territoire.....	50
2.2. Une ville sans arrondissement	51
2.3. Quelles solutions?	51
2.4. Autres cas particuliers	51
C. ETUDE SIMPLE DE PROJETS MIS EN PLACE DANS QUELQUES CPTS DES PAYS DE LOIRE.	52
1. Généralités/Analyses	52
2. Projets pensés dans les CPTS.....	54
2.1. Un projet récurrent: les Soins Non Programmés.....	55
2.2 Autres projets.....	57
III. INTERET POUR LE PATIENT: COMPARAISON DETAILLEE DE PROJET MIS EN PLACE DANS DEUX CPTS DES PAYS DE LOIRE.....	59
A. PRESENTATION DES CPTS.....	60
1. La CPTS Terres de Montaigu.....	60
2. La CPTS Pays de Retz.....	61
B. LES PROJETS COMMUNS	62
1. Les soins non programmés.....	62
1.1. CPTS-TdM.....	62
1.2. CPTS-PdR	64
2. Prévention du tabac.....	66
2.1. CPTS-TdM.....	66
2.2. CPTS-PdR	66
3. Troubles du développement et neurodéveloppement chez l'enfant	67
3.1. CPTS-TdM.....	67
3.2. CPTS-PdR	67
4. Recherche médecin traitant.....	70
4.1. CPTS-TdM.....	70
4.2. CPTS-PdR	71
5. Autre projets communs	71
5.1. La santé mentale.....	71
5.2. Le lien ville/hôpital.....	72
C. AUTRES PROJETS AU SEIN DES CPTS	72
1. Terres de Montaigu	73
1.1. Coordination centre de vaccination	73
1.2. Consultation SASPAS et IPA dans les MSP	73

1.3. Coopération médecin généraliste et pharmacien	73
2. Pays de Retz	74
2.1. Parcours personnes âgées	74
2.2. Douleurs chroniques	76
2.3. Formation des professionnels de santé.....	77
2.4. Prévention de l'insuffisance cardiaque.....	77
D. ROLES DU PHARMACIEN AU SEIN DE CES CPTS	78
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE	80
TABLES DES TABLEAUX ET SCHEMAS	89
ANNEXES.....	91

Liste des abréviations

ACI: Accord Conventionnel
Interprofessionnel

ADOPS: Association Départementale pour
l'Organisation de la Permanence des Soins

ALD: Affection de Longue Durée

APL: Indicateur d'Accessibilité Potentielle
Localisée

ARS: Agence Régionale de Santé

CCAS: Centre Communal d'Action Locale

CDS: Centre De Santé

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

COFIL: Comité de Pilotage

COVID: Corona Virus Disease

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance
Maladie

CPTS: Communauté Professionnelle
Territoriale de Santé

CPTS-PdR: CPTS Pays de Retz

CPTS-TdM: CPTS Terres de Montaigu

CVDL: Centre-Val-De-Loire

DAC: Dispositif d'Appui à la Coordination

DMP: Dossier Médical Partagé

EHPAD: Etablissement d'Hébergement
pour Personnes Agées Dépendantes

ESP: Equipe de Soins Primaires

ESP CLAP: Equipe de Soins Primaires
Coordonnée Localement Autour du
Patient

GHT: Groupement Hospitalier du
Territoire

HAD: Hôpital à Domicile

HAS: Haute Autorité de Santé

HPST: Hôpital, Patients, Santé et
Territoires

ICOP: Integrate Care of Older People

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IPA: Infirmier en pratique avancée

LI: Lettre d'Intention

MSP: Maison de Santé
Pluriprofessionnelle

MT: Médecin Traitant

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PCO: Plateforme de Coordination et
d'Orientation

PDL: Pays De la Loire

PDS: Professionnel de Santé

PDSA: Permanence De Soins Ambulatoires

RPIB: Repérage Précoce et Intervention
Brève

SAS: Service d'Accès aux Soins

SISA: Société Interprofessionnelle de Soins
Ambulatoires

SNP: Soins Non Programmés

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à
Domicile

TDAH: Troubles du Déficit de l'Attention
avec Hyperactivité

TOP: Trouble Oppositionnel avec
Provocation

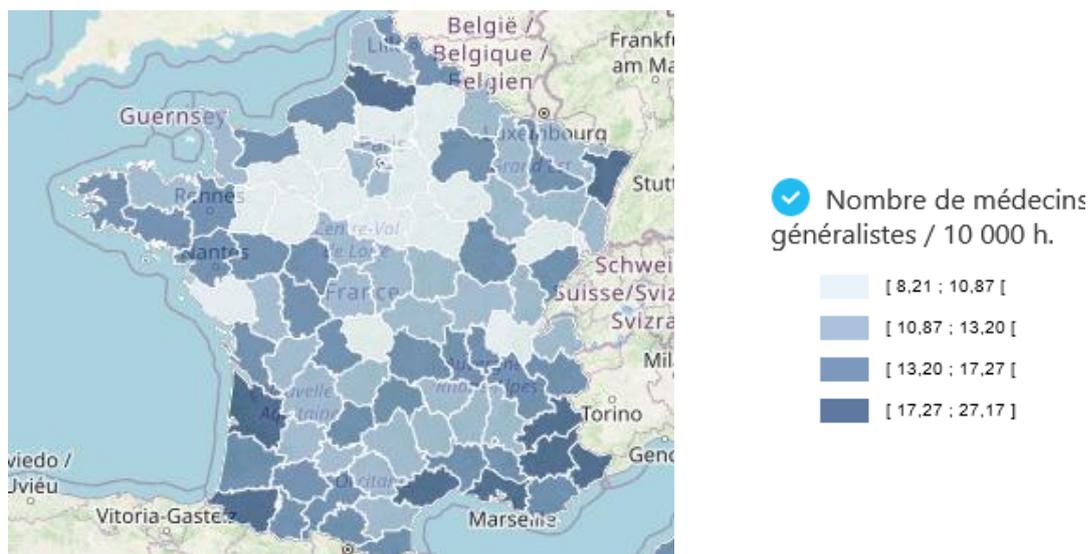
URPS: Union Régionale des Professionnels
de Santé

Introduction

COORDINATION PLURIPROFESSIONNELLE. C'est le terme résumant cette thèse, qui, abordera tout au long de ce document l'implication de plusieurs professions de santé, principalement les pharmaciens, dans cette nouvelle stratégie de prise en charge du patient ainsi que la manière dont ils peuvent travailler ensemble au travers d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Le système de santé évolue en permanence, notamment avec une demande de soins grandissante et évolutive. Historiquement, chaque professionnel de santé avait sa place et faisait SON métier, avec pas ou peu de communication avec les autres. Aujourd'hui, un système de santé basé sur des professionnels de santé travaillant individuellement et dans une démarche de "chacun son métier" n'a plus sa place. Un des arguments allant dans ce sens est l'augmentation du vieillissement de la population. (1) Il implique un nombre accru de traitements par personne. (2) Cela nous amène à un argument important: la polyprescription. Les différents traitements peuvent provenir de prescriptions de généralistes mais également d'un ou plusieurs médecins spécialistes et de professionnels paramédicaux. N'oublions pas que les patients peuvent également s'automédiquer. Sans communication entre les professionnels ou sans bonne réception des informations par le patient, c'est ce dernier qui peut être en danger.

De plus, en France, on trouve de nombreuses zones de déserts médicaux (*Figures 1 et 2*), qui s'étendent avec le temps, notamment avec le départ à la retraite de nombreux acteurs de la santé qui ne trouvent pas de remplaçants. Si remplaçants il y a, ils n'effectuent pas autant d'heures que leurs aînés. Il faudrait par exemple une et demi à deux personnes pour remplacer un médecin qui part en retraite. (3)



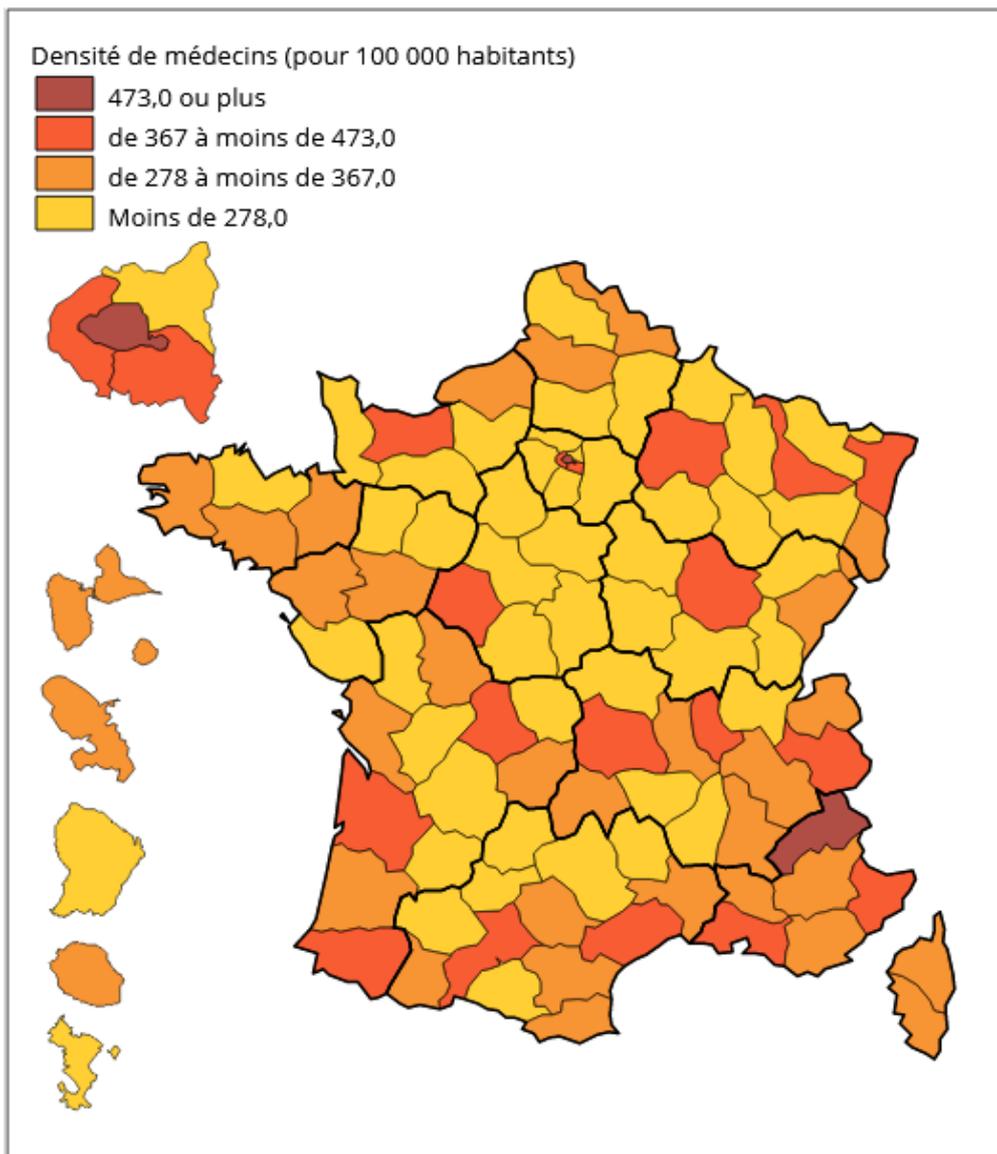


Figure 2. Densité des médecins en France pour 100K habitants au 01/01/2022 (5)

S'ajoute à cela l'épuisement des professionnels de santé (6) amplifié par la crise sanitaire de la COVID. Ce phénomène aboutit à la démission d'un grand nombre d'acteurs de la santé et donc à une diminution du nombre de soignants. (7) (8)

Les professionnels de santé encore sur le terrain ont donc leur rôle à jouer. Ils ont une importance clé dans la santé des patients et se doivent d'évoluer pour conserver la qualité des soins du patient. Le travail en cohésion est une de ces solutions et nous allons en aborder un aspect à travers cette thèse.

L'article L1431-12 du code de la santé publique stipule: "Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional [...], des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé [...].

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours[...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise, en particulier, le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé."(9)

Cette thèse aura pour objectifs de:

- présenter de manière synthétique la démarche pour créer une CPTS;
- d'identifier les difficultés rencontrées pour mettre en place une CPTS;
- faire un point sur la répartition des CPTS en France et en Pays de la Loire;
- étudier le rôle du pharmacien, et ses missions;
- identifier les intérêts de la création d'une CPTS pour les patients sur un territoire;
- exemplifier ces intérêts à travers des projets mis en place dans certaines CPTS.

I. Mise en place d'une CPTS

Dans cette partie, nous allons détailler les éléments essentiels à la création d'une CPTS. Nous verrons quelques généralités avant de détailler la mise en place de la CPTS en allant de la première réunion exploratoire jusqu'à la mise en fonctionnement de la structure.

A. Généralités

1. Définition

"Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile, ..." (10)

Les CPTS sont des organisations interprofessionnelles locales qui réunissent des professionnels de santé pour travailler ensemble à l'amélioration des soins de santé primaires dans un territoire donné. L'objectif principal des CPTS est d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les patients, en facilitant la coopération entre les professionnels, en favorisant la communication et la coordination entre eux, et en développant des projets de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins locaux.

Les CPTS ont été créées en France en 2016, dans le cadre de la Loi de Modernisation du Système de Santé. Elles sont notamment financées par l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales. Les professionnels de santé impliqués dans les CPTS peuvent être des médecins généralistes, des infirmières, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des psychologues, des travailleurs sociaux, etc. Les CPTS sont généralement pilotées par un comité de coordination, qui peut être composé de représentants de chaque profession. Les CPTS jouent un rôle important dans la réorganisation de l'offre de soins de santé primaire en France, en favorisant une approche plus collaborative et intégrée de la pratique médicale. Les premiers résultats ont été encourageants, (11) notamment grâce à une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé et à la mise en place de nouveaux outils de coordination et de suivi des patients. (12)

2. Histoire de la coopération entre professionnels de santé: du partage de savoir à l'exercice coordonné

2.1. De l'Antiquité à Aujourd'hui

La coopération entre professionnels de santé a une longue histoire, qui remonte à l'Antiquité. Dans les civilisations grecque et romaine, les médecins, les herboristes, les infirmières et les guérisseurs travaillaient ensemble pour fournir des soins aux patients même si leurs métiers n'étaient pas encore identifiés clairement. On doit notamment aux romains le premier hôpital (13)

Au Moyen Âge, les ordres monastiques ont joué un rôle essentiel dans la fourniture de soins médicaux, en mettant en commun leurs connaissances et leurs compétences, encouragés notamment par les califes qui rassemblaient les savants dispersés dans leur empire afin de stimuler les échanges multidisciplinaires. (14) De plus, de nombreux hôpitaux et hospices voient le jour, principalement dans les monastères. Les moines s'occupent des malades et les monastères possèdent généralement une infirmerie, un jardin de plantes médicinales etc. (14) Ces lieux servent principalement de lieux d'accueil des malades et des pauvres, il n'y a pas encore de notion de "soigner les malades". (15)

A la Renaissance, l'invention de l'imprimerie permet de diffuser les manuscrits plus rapidement. Les métiers commencent à se distinguer: médecin, infirmière, chirurgien, apothicaire, sage-femme. (15)

Dans les Temps Modernes, les médecins commencent à avoir besoin de validation de compétences pour pouvoir exercer, tandis que les apothicaires sont libres de leurs préparations. On voit alors certains médecins et apothicaires s'unir pour vendre des "potions miraculeuses". (16)

Au fil des siècles, la coopération entre professionnels de santé a continué d'évoluer, en fonction des avancées scientifiques et technologiques. Jusqu'à la fin du 18^e siècle, la coopération était plutôt de l'ordre du savoir que de la coordination. En effet, même si certains métiers pouvaient être identifiés, il n'y avait pas de règles qui régissaient les pratiques et attribuaient des compétences particulières à tel ou tel métier. Par exemple, dans l'Antiquité et au Moyen-âge, les métiers étaient plutôt attribués en fonction du sexe, les hommes étaient plutôt des médecins et les femmes des infirmières. (13) (14). Plus tard, à la Renaissance puis dans les Temps-Modernes, les métiers ont commencé à mieux s'identifier et l'invention de l'imprimerie a permis de développer cette "coopération de savoir" en diffusant et traduisant de façon plus rapide les manuscrits des anciens. (15) (16)

Au 19^e siècle, l'essor de la médecine moderne et la naissance de l'hôpital moderne ont conduit à la spécialisation des professions de santé et à la fragmentation des disciplines. (17)

Cela a rendu la coopération plus difficile, car chaque spécialité avait des compétences spécifiques. Cependant, la nécessité de travailler en équipe est restée importante, notamment dans les hôpitaux où les infirmières sont désormais sous les ordres des médecins. Ce travail d'équipe se traduit plus par une forme de hiérarchie que de coopération. Le développement des connaissances et des techniques permet aux hôpitaux modernes d'enfin devenir des lieux où l'on guérit. (17)

Dans la première moitié du 20e siècle, les avancées technologiques ont abouti à la prolifération des spécialistes médicaux. La médecine de l'époque a pour objectifs de développer encore plus ses connaissances, aboutissant de ce fait à mettre une distance entre le médecin et le patient. Ce dernier qui se retrouve dans ce qui fut appelé le "paternalisme médical" est en dehors des décisions médicales, infantilisé et devant faire confiance au médecin. (18)

Par la suite, dans la seconde moitié du 20e siècle, ce paternalisme a été critiqué et le patient revient petit à petit au centre de l'intérêt.

Au 21e siècle, les progrès technologiques ont permis d'améliorer les outils de communication et de coordination entre les professionnels de santé. Des initiatives ont également été lancées pour promouvoir la coopération interprofessionnelle, comme la création de centres de santé communautaires, de cliniques de soins de santé primaires et de réseaux de santé territoriaux. Aujourd'hui, la coopération entre professionnels de santé est considérée comme essentielle pour fournir des soins de santé de qualité et adaptés aux besoins des patients. Des initiatives telles que les CPTS en France, visent à favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé pour améliorer les modes d'organisation des soins et mieux répondre aux besoins des populations.

Les protocoles de coopérations trouvent leur définition dans la loi HPST de 2009.

[...] "Les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient. Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre. Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération." (19)

2.2. Notion de réseau

Avant de parler de coopération, on parlait de réseaux de santé. Les premiers types de réseaux sont apparus à des moments clés de l'histoire pour pallier des urgences de santé publique: lutte contre la tuberculose pendant la première guerre mondiale; prise en charge des fléaux médico-sociaux suite à la seconde guerre mondiale (tabagisme, alcoolisme,

toxicomanie etc.); lutte contre l'émergence du SIDA dans les années 80, puis plus tard pour d'autres pathologies lourdes. Ces réseaux étaient également très intéressants pour l'Etat à l'époque car plus économiques.

Malgré un travail en coordination, on ne peut pas parler de coopération dans le sens où il n'y a pas de délégation de tâches dans les systèmes de réseaux.

"Ils [les réseaux] sont composés d'acteurs individuels et institutionnels hétérogènes qui sont amenés à travailler ensemble dans une logique de complémentarité des compétences, chacun apportant son expertise pour apporter une réponse collective au problème de santé donné." (20)

En 1996, les "ordonnances Juppé", qui font suite au Plan de 1993, "Santé 2010", qui a conduit au plan Juppé de 1995, cherchent à renouveler les réseaux, notamment en tentant des expérimentations. Il faudra cependant attendre les années 2000 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité des systèmes de santé pour voir les réseaux inscrits durablement dans le système de santé en leur donnant une identité qui jusque-là, n'existait pas dans les textes de loi. (21)

Entre 2007 et 2011, les autorités de santé notaient beaucoup d'hétérogénéité entre les objectifs de santé des différents réseaux. Cette hétérogénéité a abouti à des circulaires en 2011 qui ont entraîné une diminution du nombre de réseaux en France. (22) (23)

Aujourd'hui les réseaux existent toujours en France et s'articulent parfaitement avec les organismes de coopération.

2.3. Les débuts de la coopération

La coopération entre professionnels de santé en France est un concept assez récent et n'a pas existé de tout temps.

Il a d'abord fallu un état des lieux sur la situation de l'accès au soin. Un rapport a été publié en 2002 par le Pr Yvon Berland qui ressort une étude démographique des professions de santé. On trouve dans ce rapport un passage qui se rapproche de la définition actuelle des protocoles de coopérations: " tirer vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier" (24)

En 2003, un autre rapport du Pr Berland souligne que déjà plusieurs pays procèdent à des transferts de compétences, concernant notamment les infirmières: Canada, Nouvelle Zélande, Australie etc. Il existe plusieurs pays d'Europe pour lesquels les échographies ne sont pas réalisées forcément par les radiologues, mais plutôt par des manipulateurs sous la responsabilité du radiologue.

Il citera plusieurs exemples d'essais de délégation en France mais sans que cela ne soit forcément réglementé. (25)

Ces rapports de 2002 et 2003 montrent la nécessité de la coopération entre les différents acteurs de santé et le besoin de transférer les tâches d'un métier à un autre. Il proposera diverses expérimentations à mettre en place. (25)

Cinq de ses propositions d'expérimentations seront mis en place de 2004 à 2006. Elles concernent les médecins et diététiciens en service de diabétologie (Nantes, La-Roche-sur-Yon, Châteaubriant), médecins et infirmiers en service d'hémodialyse (Lisieux), médecins et infirmiers en service de gastro-entérologie (Montélimar), ophtalmologistes et orthoptistes en cabinet libéral (La Flèche, le Mans), radiothérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie médicale en radiothérapie (Paris, Vandœuvre-lès-Nancy, Argenteuil). (26)

En 2006, un rapport sur les cinq expérimentations est rendu. En conclusion, malgré des limites méthodologiques, ces expériences rendaient compte de la faisabilité de la délégation de tâches, tout en assurant la sécurité du patient dans les domaines expérimentés. De plus, le rapport révèle une vraie motivation des acteurs de santé. (26)

Entre 2006 et 2008, d'autres expérimentations sont mises en place et traduisent des mêmes observations.

Ces expérimentations sont un réel progrès dans le développement de la coopération entre professionnels de Santé. (26)

En 2009 est promulguée la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST), qui met en forme le principe de délégation de tâche et de la réorganisation, entre professionnels, des modalités de prise en charge du patient.

Elle prévoit dans son article 51, titre Ier " Coopération entre professionnels de santé " :

"Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ; ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, puis les soumette à la Haute Autorité de Santé. Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis de la HAS. La HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la HAS de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement personnel continu des professionnels de santé selon les modalités définies par voie réglementaire." (27)

En aout 2011, une loi modifiant la loi HPST permet la création de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA). Cette loi permet aux professionnels de santé d'exercer dans un environnement juridique formalisé.

Autres lois:

- Décembre 2012: loi de financement de la sécurité sociale, créant les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Cette loi se base sur 5 points clés, dont un qui vise à améliorer la coordination des intervenants et interventions.
- Janvier 2016: instauration de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Elles viennent en soutien aux PDS pour les patients avec un parcours de santé complexe. Elles évolueront en Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).
- Juillet 2016: décret relatif au Dossier Médical Partagé (DMP);
- Octobre 2016: décret relatifs au consentement préalable du partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (28);
- Création des CPTS par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (29);
- Arrêté du 24 juillet 2017 portant sur l'approbation de l'ACI: Accord Conventionnel Interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (30). L'ACI sera traité plus en détails plus tard dans cette thèse;
- Article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, avec un nouveau mode de rémunération en finançant à l'épisode de soin ou la prise en charge de maladies chroniques.

En février 2018, est lancé le projet "Ma Santé 2022". L'objectif est de lutter contre les déserts médicaux, replacer le patient au cœur du soin, décloisonner et réorganiser les soins, déployer les CPTS, soutenir financièrement les assistants médicaux dans le but de libérer du temps au médecin, organiser des hôpitaux de proximité, favoriser la reconnaissance collective, etc. (31)

Le 13 juillet 2020, les accords du Ségur de la Santé sont signés. Ils font suite au plan "Ma Santé 2022" pour accélérer certaines mesures déjà annoncées tels que l'exercice coordonné qui est encore davantage incité et le déploiement du numérique en santé.

Il est basé sur 4 piliers et 33 mesures:

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins
- Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au services des usagers (32)

Un cinquième pilier est dédié au Ségur du numérique. Le Ségur du Numérique en Santé a été créé dans l'objectif de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et avec l'utilisateur pour mieux prévenir et mieux soigner. (33)

Le DMP sera intégré à "Mon Espace Santé" qui en plus d'être un dossier médical accessible aussi bien aux patients qu'aux PDS, il a vocation à devenir le carnet de santé numérique du patient qui aura également accès à ses données de santé et pourra y garder le contrôle, partager ses documents et informations utiles en toute sécurité via une messagerie sécurisée, regrouper les rendez-vous médicaux via un agenda médical et accéder à un catalogue de services et applications (suivi de maladies chroniques, portails patient d'établissement de santé, compte ameli, Vidal etc.) (34)

Le patient pourra également avoir accès à une carte vitale numérique.

En parallèle des textes de loi concernant la coopération entre professionnels de santé, on trouve des réformes et arrêtés concernant les études de santé.

On trouve donc à la rentrée scolaire 2010-2011, la mise en place de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) qui vient fusionner la première année des études des quatre professions de santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique). La filière de kinésithérapie s'y ajoutera plus tard.

Le 8 avril 2013, un arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de docteur en pharmacie est publié: au cours de leur stage hospitalier, les étudiants sont amenés à exercer des fonctions hospitalières centrées sur le patient et en collaboration avec l'équipe médicale. (28)

Avec le projet "Ma Santé 2022" il y a une volonté de supprimer le numerus clausus en première année et restructurer les premiers cycles des études de Santé. (31) La PACES est alors divisée en deux premières années: Le Parcours d'Accès Spécifique de Santé (PASS) avec une majorité de cours en filière santé et une minorité dans une autre filière et la Licence Accès Santé (LAS) qui est l'inverse. Le but, étant d'éviter à l'étudiant de perdre une année ou deux années en cas d'échec aux concours d'entrée en deuxième année des études de santé.

3. Intérêt de la coopération entre les professionnels de santé

L'intérêt de la coopération est de garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire national.

Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont :

- La prise en charge des patients reposant sur une coordination performante entre tous les intervenants de façon à optimiser leur parcours de soins
- L'évolution des professions de santé et des capacités d'intervention des professions paramédicales
- Le gain de temps médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'expertise.

La finalité de la coopération entre professionnels de santé est que les protocoles de coopération doivent garantir:

- Un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle
- Un accès à des soins de qualité
- Une maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients

De nouveaux métiers peuvent émerger dans un contexte de restructuration de l'offre de soins.

La télémédecine est un moyen d'accès au soin rapide et peut également être intégrée à un exercice de coordination. (27)

4. Structures de coordination pluriprofessionnelle existantes (hors CPTS)

4.1. Maison de Santé Pluriprofessionnelle - MSP

"La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...], de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé." (35)

Les professionnels de santé exerçant en MSP sont des professionnels libéraux, c'est-à-dire que chacun gère son activité.

4.2. Centre de Santé - CDS

"Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux." (36)

Les professionnels de santé exerçant en CDS sont salariés, c'est-à-dire que leur activité dépend de la structure et c'est par elle qu'ils perçoivent leurs revenus.

4.3. Equipe de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient - ESP CLAP

"Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé." (37)

L'ESP CLAP est une forme d'Equipe de Soins Primaires (ESP) qui ne s'articule ni en CDS ni en MSP. Elle s'introduit localement autour de patient commun entre les professionnels de santé.

C'est une structure expérimentale, mise en place en Pays de la Loire (PDL). Elle ne nécessite pas de structure juridique, ni d'avoir des locaux communs. C'est un dispositif plus souple et pouvant évoluer à tout moment avec la possibilité de faire partie de plusieurs ESP CLAP et de pouvoir intégrer de nouveaux professionnels rapidement. (38) (39)

5. Les professionnels de santé impliqués dans une CPTS

Comme présenté supra, différents professionnels de santé peuvent intégrer une CPTS dans le but de coopérer au service du patient.

5.1. Pharmacien

Le pharmacien est l'un des acteurs principaux au sein d'une CPTS. Il peut être à la fois le premier maillon, l'intermédiaire, comme le dernier maillon de la chaîne de soins. Grâce à l'exercice coordonné, il peut être désigné pharmacien correspondant. Cet aspect sera développé plus tard.

L'article L5125-1-1 A du Code de la santé publique créé en vertu de la loi du 21 juillet 2009, distingue deux types de missions conférées aux pharmaciens d'officine.

a. Les missions obligatoires

"Les pharmaciens :

- Contribuent aux soins de premiers recours définis à l'article L.1411-11
- Participent à la coopération entre professionnels de santé
- Participent à la mission de service public de la permanence des soins
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé." (40)

La seconde mission obligatoire est issue de la loi HPST et permet au pharmacien d'officine de bénéficier d'un rôle majeur dans la coordination des soins entre les différents professionnels de santé en relation avec le patient. Il est également capable de faire l'intermédiaire entre la ville et l'hôpital en garantissant la continuité et la cohérence des messages transmis aux patients.

b. Les missions facultatives

" Les pharmaciens :

- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients [...];
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement [...] ayant souscrit la convention pluriannuelle [...] qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur;
- Peuvent, dans le cadre des coopérations [...], être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets;
- Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes;
- Peuvent prescrire [...] certains vaccins [...];
- Peuvent administrer [...] certains vaccins [...];
- Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné [...], délivrer pour certaines pathologies [...], des médicaments dont la liste est fixée par arrêté [...]." (40)

5.2. Médecin

Le médecin généraliste est un des premiers interlocuteurs des patients. Il a un rôle essentiel dans une CPTS et il serait difficilement envisageable d'imaginer une CPTS sans médecin.

D'après l'article L.4130-1 du Code de la santé publique issu de la loi HPST, les missions du médecin généraliste de premier recours sont les suivantes :

- "- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux;
- Orienter les patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins [...];
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales."

Ainsi, la loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle de pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours. Elle met aussi en avant l'évidente nécessité de collaboration entre les acteurs du système de santé. (41)

5.3. Infirmier

Selon l'article L4311-1 "Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

- Prescrire certains vaccins [...];
- Administrer certains vaccins [...];
- L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé[...] pour une durée maximale de six mois, non renouvelable;
- [...] L'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. [...] Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient;
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, [...] peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin;
- L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative;
- Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. " (42)

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé, les infirmiers peuvent, après trois ans d'expérience et en suivant une formation complémentaire accéder au statut d'infirmier en pratique avancée (IPA). Ce statut leur permet d'acquérir de nouvelles compétences et de pouvoir effectuer certaines actions qui n'étaient alors réservées qu'aux médecins. Ils participent à la prise en charge globale des patients, après analyse de leur dossier médical, dont le suivi leur est confié par un médecin. (43)

"Sous réserve [...], dans le ou les domaines d'intervention [...] inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues [...]:

- L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique;

- L'infirmier exerçant en pratique avancée peut:
 - a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire;
 - b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux;
 - c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine;
 - d) Prescrire:
 - des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire [...];
 - des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire [...];
 - des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine;
 - e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales [...]." (43)

5.4. Autres acteurs impliqués dans une CPTS

Médecins, pharmaciens et infirmiers sont les professions centrales de la coordination au sein d'une CPTS. Néanmoins d'autres acteurs peuvent être impliqués dans une CPTS et favoriser encore plus l'échange et la coopération.

Les autres acteurs pouvant intégrer une CPTS sont:

- Tout professionnel de santé reconnu au code de la santé publique, ou non selon décision du conseil d'administration;
- Les structures d'exercice coordonné tel que les MSP, les CDS et les ESP-CLAP;
- Les établissements de santé et les hôpitaux de proximité;
- Les structures médico-sociales: EHPAD et SSIAD;
- Les dispositifs d'appui pour la prise en charge des cas complexes: DAC et SAS;
- Les associations d'usagers;
- Les collectivités locales;
- Les professionnels de santé retraités.

6. Le Pharmacien correspondant

Dans le cadre d'un exercice coordonné, ce qui est le cas avec les CPTS, le pharmacien peut être nommé pharmacien correspondant par un patient.

6.1. Définition

Le pharmacien correspondant est un pharmacien titulaire d'une officine, ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours miniers. Il appartient à la même organisation d'exercice coordonné que le médecin traitant.

" [...] Le patient peut désigner auprès de l'assurance maladie, comme pharmacien correspondant, un pharmacien titulaire d'officine, ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière, participant au même exercice coordonné [...] que le médecin traitant du patient, avec l'accord du pharmacien. Le pharmacien ainsi désigné en informe le médecin traitant du patient. Il peut être suppléé dans cette fonction, après accord du patient, par un pharmacien exerçant dans la même officine. " (44)

Le pharmacien correspondant est désigné par le patient et doit être déclaré à l'assurance maladie. A contrario du médecin traitant, la déclaration du pharmacien correspondant n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.

6.2. Missions

Le pharmacien correspondant, en plus de son rôle habituel de pharmacien, est également habilité, après avoir suivi une formation préalable à exercer de nouvelles missions:

- Il peut renouveler un traitement au-delà de la durée prescrite par le médecin, sans dépasser la durée de validation d'une ordonnance (12 mois) ou la durée de prescription maximale de certains médicaments;
- Il peut ajuster les posologies des traitements prescrits.

Ces nouvelles missions se feront en accord avec le médecin qui devra donner son autorisation préalable de renouvellement ou d'ajustement en le notifiant sur l'ordonnance. Le pharmacien de son côté devra informer le médecin traitant de tout changement.

Pour exercer ces nouvelles missions, le pharmacien correspondant devra pouvoir accueillir le patient dans un espace confidentiel et sécurisé. (44) (45)

6.3. Objectifs

Ces missions du pharmacien correspondant ont plusieurs objectifs correspondant à des enjeux individuels, professionnels et nationaux:

- Une meilleure prise en charge des maladies chroniques;
- Une simplification du protocole de soins permettant d'alléger les cabinets médicaux;
- La lutte contre la désertification médicale. (46)

7. Résumé des acteurs d'une CPTS

Ce schéma (Figure 3) résume les acteurs impliqués dans une CPTS. On retrouve dans le territoire d'action des PDS qui peuvent être impliqués dans une MSP, une ESP-CLAP ou simplement présents dans une commune. Plusieurs MSP peuvent être impliquées dans une même CPTS. On retrouvera également les hôpitaux et les organismes d'aide aux patients et aux PDS: SAS et DAC. La liste des acteurs sur la figure 3 est non exhaustive.

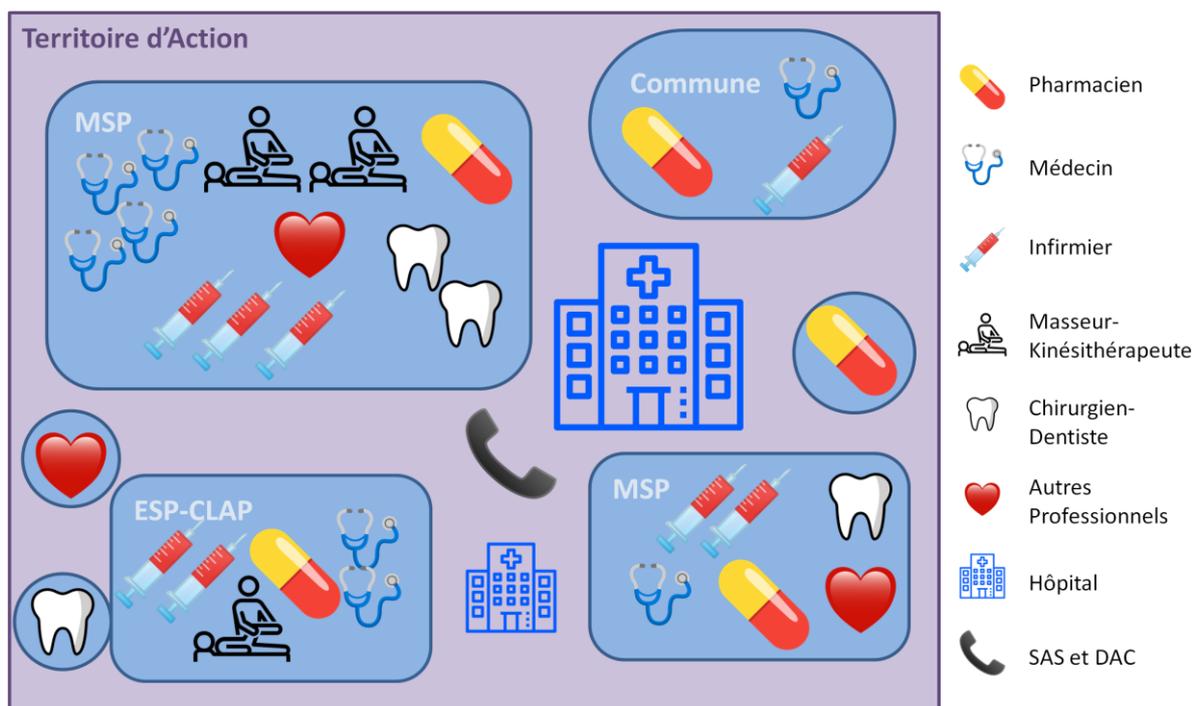


Figure 3. Acteurs impliqués dans une CPTS

B. Création de la CPTS

Cette partie de la thèse est majoritairement la retranscription d'un entretien effectué en juin 2021 avec Mme Le Ny, chargée de mission accompagnement CPTS à l'interURPS (cf. ANNEXE 1). Des données bibliographiques viennent compléter cette retranscription.

Il y a différents chargés de mission inter URPS en Pays de la Loire (PDL):

- 1 chargé de mission SAS (soins non programmés);
- 1 chargée de mission ICOPE (prévention auprès des personnes âgées recouvrant 6 domaines : mobilité, mémoire, nutrition, état psychologique, vision, audition);
- 4 chargées de mission CPTS :
 - 2 chargées de mission qui ont pour objectif d'accompagner au déploiement des CPTS sur la région PDL;
 - 2 chargées de mission qui ont pour objectif :
 - de former les coordinateurs CPTS (formation EHESP, les 2 chargées de mission sont formatrices relais pour l'EHESP);
 - de proposer des réunions d'information CPTS sur les zones blanches de la région;
 - d'accompagner les CPTS post-ACI (ateliers individuels et collectifs sur différentes thématiques [RH, gouvernance, projet de santé, parcours, accès aux soins, méthodologie ACI...]);
 - de participer à des réunions d'information sur les exercices coordonnés avec d'autres partenaires (APMSL pour MSP, C3SI pour centres de santé, ESP CLAP);
 - de développer le réseau des coordinateurs/chargés de mission CPTS PDL;
 - de développer le réseau des CPTS PDL.

1. Les premiers pas

1.1. Contexte législatif

"Les communautés professionnelles de santé émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé ambulatoire. Elles rassemblent des professionnels de santé regroupés ou qui se rejoignent, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, des professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les pôles de santé reconnus dans le code de la santé publique deviennent automatiquement des CPTS sauf s'ils expriment un refus."(47)

1.2. Initiative d'un groupe de professionnels de santé

En Pays de Loire, la mise en place des CPTS a débuté en septembre 2018. En général, un chargé de mission est recruté et doit lancer la méthodologie.

Les chargés de mission sont appelés par les professionnels de santé (PDS) eux-mêmes ou bien par l'ARS et/ou la CPAM qui peuvent avoir un premier contact avec des PDS intéressés.

En aucun cas la mise en place d'une CPTS n'est obligatoire

Les chargés de mission sont appelés par les PDS surtout via du bouche-à-oreille entre PDS faisant déjà partie d'une CPTS ou bien via des PDS élus URPS qui ont pu être informés et sensibilisés lors de réunions d'informations proposées par les chargés des missions inter-URPS.

Les premiers intéressés en 2018 étaient principalement des élus URPS, sensibilisés par l'exercice pluriprofessionnel, qui était pour la plupart déjà en exercice coordonné. Une fois que le professionnel entre en contact avec le chargé de mission, celui-ci lui demande de réunir entre 10 et 15 PDS. Une fois qu'il a réuni son équipe motrice, il recontacte le chargé de mission et ils fixent ensemble la réunion exploratoire.

Dans cette réunion exploratoire sont présentés ce qu'est une CPTS, les grands enjeux, le temps nécessaire à consacrer, les modalités de financement, le contrat avec la CPAM (l'ACI). La méthodologie et l'objectif de recruter le coordinateur, pour mettre ensuite les actions en place sont aussi expliqués. (48) (*Figure 8*)

1.3. Plénière

Si les 10-15 professionnels de santé sont moteurs et toujours volontaires, une plénière est lancée. Tous les PDS du territoire d'invitation, sélectionnés par l'équipe motrice lors d'une réunion de préparation de la plénière, sont invités par le chargé de mission accompagnement CPTS de l'inter-URPS.

Lors de la réunion plénière, le chargé de mission présente une nouvelle fois le dispositif aux professionnels de santé, avec des témoignages de CPTS voisines, de professionnels de santé moteurs du territoire ainsi que l'accompagnant inter-URPS. Le territoire d'invitation peut être modifié (augmenté ou diminué) lors de la plénière suite au retour des PDS présents. (48) (*Figure 8*)

1.4. Réunions du Comité Pilote (COPIL)

Une fois que tous les professionnels de santé intéressés se sont manifestés, une réunion du COPIL élargi, avec tous ces professionnels, est organisée afin de définir les axes de travail. Les groupes de travail sont ensuite lancés. Les partenaires et les acteurs sont invités à s'inscrire dans ces groupes.

Lors de cette réunion du COPIL élargi, deux réunions du COPIL restreint sont programmées.

Les réunions du COPIL restreint regroupent quelques volontaires (entre 10 et 15 professionnels de santé) afin d'établir une lettre d'intention destinée à l'ARS. Il sera également prévu de rédiger les statuts de l'association qui seront présentés lors de l'assemblée générale constitutive. (48) (*Figure 8*)

1.5. Envoi de la lettre d'intention

Une fois la lettre d'intention rédigée, celle-ci est envoyée à l'ARS. De son côté l'ARS, en accord avec l'assurance maladie, déclenche une aide financière forfaitaire de 40 000€, pour amorcer le projet. Cette aide peut permettre notamment de recruter un coordinateur. Le chargé de mission accompagnement CPTS Inter URPS réalisera un tuilage avec le coordinateur afin que celui-ci puisse reprendre l'animation de la CPTS (COPIL, CA, groupe de travail, AG...)

Suite à la réception de la lettre d'intention l'ARS et la CPAM prennent contact avec le COPIL restreint pour un temps d'échange. Cet entretien permettra notamment de fournir des données diagnostiques. (49) (*Figure 8*)

2. Etablissement d'un projet de Santé

Avant toute création et lancement, l'équipe de santé souhaitant mettre en place une CPTS doit établir un projet de santé. La lettre d'intention est une première démarche afin d'évaluer l'intérêt et la faisabilité d'une CPTS tandis que le projet de santé définit clairement les motivations de la CPTS.

Une assemblée générale constitutive a d'abord lieu. Cette assemblée est ouverte à tous les professionnels de santé et partenaires potentiels du territoire. Elle permet notamment l'élection du conseil d'administration et du bureau.

Suite à cette assemblée, l'association est déclarée en Préfecture et peut ouvrir un compte en banque afin de recevoir les subventions de l'ARS.

Si ce n'est pas encore fait, avant d'établir le projet de santé, la CPTS recrute un coordinateur. Le projet de santé peut alors commencer à être rédigé par les groupes de travail et les membres du conseil d'administration. Une fois l'écriture de ce projet de santé terminé, il est validé et signé par les professionnels de santé et les acteurs puis envoyé à l'ARS et la CPAM. (Figure 8)

Le projet de santé permet de définir plusieurs points indispensables à la création d'une CPTS. Il décrit le territoire de la CPTS, les professionnels engagés, le statut de la CPTS et sa gouvernance, les besoins identifiés et les actions proposées, les modalités de mise en œuvre. (Figure 4)



Figure 4. Mise en place d'un projet de santé

2.1. Définir le territoire d'intervention et les acteurs

Tout d'abord l'équipe de santé doit délimiter le territoire sur lequel elle souhaite intervenir. Ce territoire devra être précis et comprendra différentes villes et communes ciblées par la CPTS. Elle inclut TOUTES les personnes susceptibles de recevoir des soins. En effet, un des rôles majeurs d'une CPTS est de pouvoir pallier les déserts médicaux.

Les CPTS sont divisées en 4 groupes en fonction du nombre d'habitants:

- Les petites CPTS (Taille 1): moins de 40000 habitants;
- Les moyennes CPTS (Taille 2): entre 40000 et 80000 habitants;
- Les grandes CPTS (Taille 3): entre 80000 et 175000 habitants;
- Les très grandes CPTS (Taille 4): plus de 175000 habitants.

La taille de la CPTS définira, notamment, le budget de financement ainsi que les budgets fixes et variables de chaque mission (*cf.* contrat ACI). (50)

Il est également important de savoir quels acteurs sont engagés sur le terrain. En effet, seuls les PDS volontaires adhèrent à la CPTS. Un PDS d'un territoire recouvert par une CPTS n'a pas d'obligation de travailler en coordination avec les autres PDS s'il ne le souhaite pas.

2.2. Définir des objectifs et impliquer les acteurs de santé

Lorsque le territoire d'action est défini, il est important de définir des objectifs. Ces objectifs doivent être établis collectivement et devront répondre aux attentes émises par les villes, les PDS et par la population du territoire couvert par la CPTS. Ils pourront être définis ensuite comme missions ou activités de la CPTS. Chaque objectif pourra se construire autour d'un "arbre des objectifs" qui permet de le structurer. On définira l'objectif général, qui se précisera en définissant un objectif spécifique, lui-même précisé en objectifs opérationnels.

L'objectif général donne le thème de l'objectif. Il s'agit de la mission (socle ou optionnelle).

L'objectif spécifique donne la ligne directrice à suivre de l'objectif général. Ces objectifs devront apporter une réponse aux objectifs généraux et apporter un service: meilleure prise en charge du patient, meilleure coopération entre professionnels de santé, facilitation de l'exercice dans le respect des champs de compétences de chaque professionnel de santé.

Les objectifs opérationnels précisent les détails de l'objectif spécifique et les actions permettant de pouvoir répondre à l'objectif. Ces objectifs opérationnels dépendront des compétences et de l'implication de chacun des professionnels de santé de la structure ainsi que de leur partenariat entre eux. Ce sera donc ensemble et en cohésion qu'ils devront définir ces objectifs opérationnels. (47)

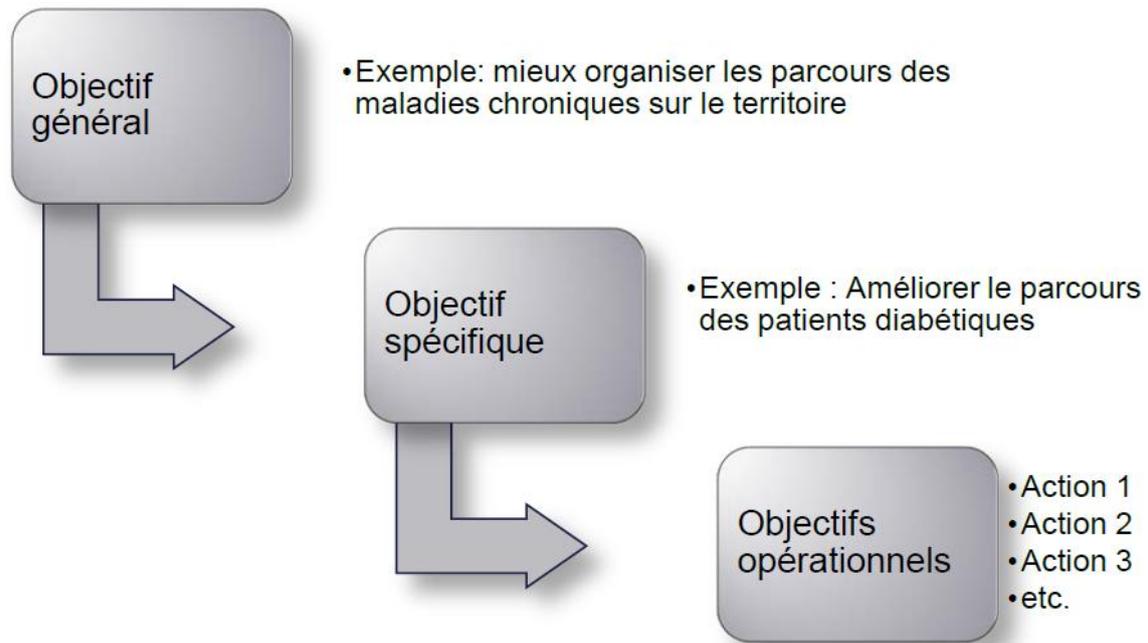


Figure 5. « Arbre d'objectifs » : Définit clairement les objectifs et facilite le suivi et l'évaluation des actions. (47)

Il est important au sein d'une CPTS de fixer des objectifs spécifiques. Cependant il ne faut pas en fixer trop dès le démarrage de la CPTS. En effet, chaque objectif spécifique peut se décliner en plusieurs objectifs opérationnels. (Figure 5)

De plus, il pourra être convenu de nouveaux objectifs plus tard ou bien de modifier les anciens objectifs pour permettre de les adapter aux nouveaux besoins ou aux besoins changeant du territoire de la CPTS.

Enfin, pour pouvoir remplir parfaitement les objectifs, il est nécessaire d'avoir des échanges entre acteurs de santé régulièrement, de créer des groupes de travail par thématique. Chaque groupe de travail sera responsable de son objectif opérationnel. Il peut donc être important de mettre en place une fonction de coordination de la CPTS pour permettre une meilleure communication entre les différents groupes de travail. Chaque groupe de travail est responsable de sa thématique. Ils auront notamment pour mission de spécifier les objectifs opérationnels, d'abord en précisant les moyens nécessaires, les ressources et enfin les étapes à planifier.

A savoir que, dans le contrat avec la CPAM, l'ACI, il y a des missions socles et optionnelles:

- Les missions socles concernent l'accès aux soins, la prévention et le parcours de santé. Depuis la crise du COVID-19, une quatrième mission socle s'est ajoutée. Elle doit permettre la préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle et sur sa mise en œuvre en cas de survenue effective d'une crise grave qualifiée par les autorités sanitaires. (51)

Les professionnels de santé sont libres de décider de leurs missions tant que ces quatre thématiques sont respectées.

Par exemple dans la mission accès au soin, il s'agit de donner aux patients un accès à un médecin traitant ainsi qu'un accès au soin non programmé. Cependant la CPTS choisit la façon dont elle veut permettre aux patients d'accéder à ces soins.

De même pour les missions de prévention et de parcours, les PDS s'organisent comme ils le souhaitent. L'idée est de partir du besoin des territoires et d'y répondre. Les missions parcours permettent d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs, d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients, via une gestion coordonnée et renforcée entre tous les acteurs de santé intervenant autour du même patient; (51) (Figure 6)

- Les missions optionnelles, traitent de la qualité et la pertinence de la prise en charge ainsi que de l'accompagnement et le recrutement des professionnels de santé sur le territoire. (48) (51) (Figure 6)



Figure 6. Missions socles et optionnelles des CPTS

2.3. Organiser le statut juridique et la gouvernance

Auparavant, il était possible de choisir entre plusieurs statuts juridiques: soit le statut associatif (loi 1901); soit sous forme de groupement de coopérations sanitaires.

Depuis l'ordonnance du 12 mai 2021, le caractère associatif est obligatoire. (52) Ce statut a plusieurs avantages:

- La souplesse: les acteurs de l'association peuvent définir la gouvernance comme ils le souhaitent;
- L'inclusion: c'est-à-dire que dans les adhérents et le conseil d'administration, il y a des PDS à titre individuel, des PDS à titre moral (exemple: les MSP), des associations d'usagers, des élus communautaires et aussi des centres hospitaliers, etc. Ensuite, la CPTS s'organise en interne, pour savoir qui participe ou pas au conseil d'administration;
- La simplicité : il suffit d'un simple dépôt de statut à la préfecture et il n'y a pas de grosse procédure pour inclure de nouveaux adhérents.

Une association, régie par la loi 1901, doit être à but non lucratif, ce qui signifie qu'il n'y a pas de rémunération à proprement parlé de ses adhérents.

Néanmoins, il y a des possibilités de reverser de l'argent à ses membres dans certaines conditions:

- Rémunérer les dirigeants dans la limite de 3/4 du SMIC;
- Rembourser des frais ou indemniser les membres pour des participations à des réunions. L'indemnisation doit alors se faire selon un barème préalablement défini dans le règlement intérieur;
- Acheter une prestation de service à un des membres. (49)

3. Contractualisation et mise en action de la CPTS

Après sa réception, l'ARS et la CPAM valident ou non le projet de santé. S'il est validé, l'ARS, la CPAM et la CPTS entrent en discussion afin de définir les axes et les indicateurs de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui permettra de financer la CPTS. (Figure 8)

3.1. Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)

L'accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) a été approuvé par l'arrêté du 21 août 2019. (53) Il accompagne les PDS dans leurs démarches sur le territoire. Cet accord permet le financement de la CPTS et permet aux PDS de mieux travailler ensemble pour répondre aux besoins du territoire ainsi qu'aux missions socles et optionnelles.

L'ACI est un contrat de 5 ans qui permettra à la CPTS d'avoir des fonds pour mener à bien ses actions. La CPTS aura des indicateurs à atteindre, l'indicateur fixe et l'indicateur variable.

Si l'indicateur sur le fixe n'est pas atteint, la CPTS aura tout de même son financement. Si l'indicateur sur le variable n'est pas atteint, la CPTS ne recevra pas son financement. On préconise aux CPTS de mettre dans le fixe des indicateurs plus difficilement atteignables et dans le variable de mettre les indicateurs qui seront plus facilement atteignables. (Figure 7)

La CPTS organise plusieurs réunions concernant le financement avec l'ARS et la CPAM. Ces réunions permettent pour chaque mission d'établir les indicateurs qui seront classés dans le budget fixe et dans le budget variable. Une fois les indicateurs établis, le contrat est validé, rédigé puis signé par chacune des parties. Les financements sont alors débloqués et les premiers projets pourront débiter. (48) (Figure 8)

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	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	Total	80 000 €	100 000 €	125 000€	155 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels 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 €
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 €
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	Volet fixe/moyens 1re rédaction du plan	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet fixe/moyens mise à jour du plan	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	Volet variable/survenue d'une crise sanitaire grave	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	Total** correspondant à la 1re année de rédaction du plan	62 500 €	87 500 €	112 500 €	125 000 €

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	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €

Figure 7. Tableau du financement des CPTS (50)

3.2. Mise en place des projets

Une fois l'ACI signé, la CPTS peut commencer à mettre en place ses projets sur le territoire. Chaque groupe de travail s'implique dans son projet. Plusieurs projets peuvent donc avoir lieu en parallèle. Nous verrons dans les deux grandes parties suivantes des projets mis en place dans différentes CPTS.

3.3. Suivi des projets

Chaque année, les CPTS et la CPAM font le point sur les projets mis en place: il s'agit de dialogues de gestion. Certains indicateurs sont retirés ou modifiés, d'autres rajoutés.

3.4. Communiquer avec les organisations territoriales

Il est important pour les CPTS de s'appuyer sur des systèmes permettant d'améliorer la prise en charge des patients et leur accompagnement.

Il existe plusieurs organisations territoriales sur lesquelles les CPTS peuvent s'appuyer:

- Les dispositifs d'appui à la coordination (anciennement appelé Plateformes Territoriales d'Appui);
- Les contrats locaux de santé;
- Les conseils locaux de santé mentale;
- Les conseils territoriaux de santé;
- Les URPS
- Les groupements hospitaliers de territoire et autres groupements d'acteurs. (47)

Communiquer avec ces organismes permettra notamment d'éviter d'avoir des projets en doublon. Le but de la CPTS étant d'être un support à son territoire et non pas un organisme qui remplace les autres structures existantes.

4. Schéma récapitulatif de la mise en place d'une CPTS

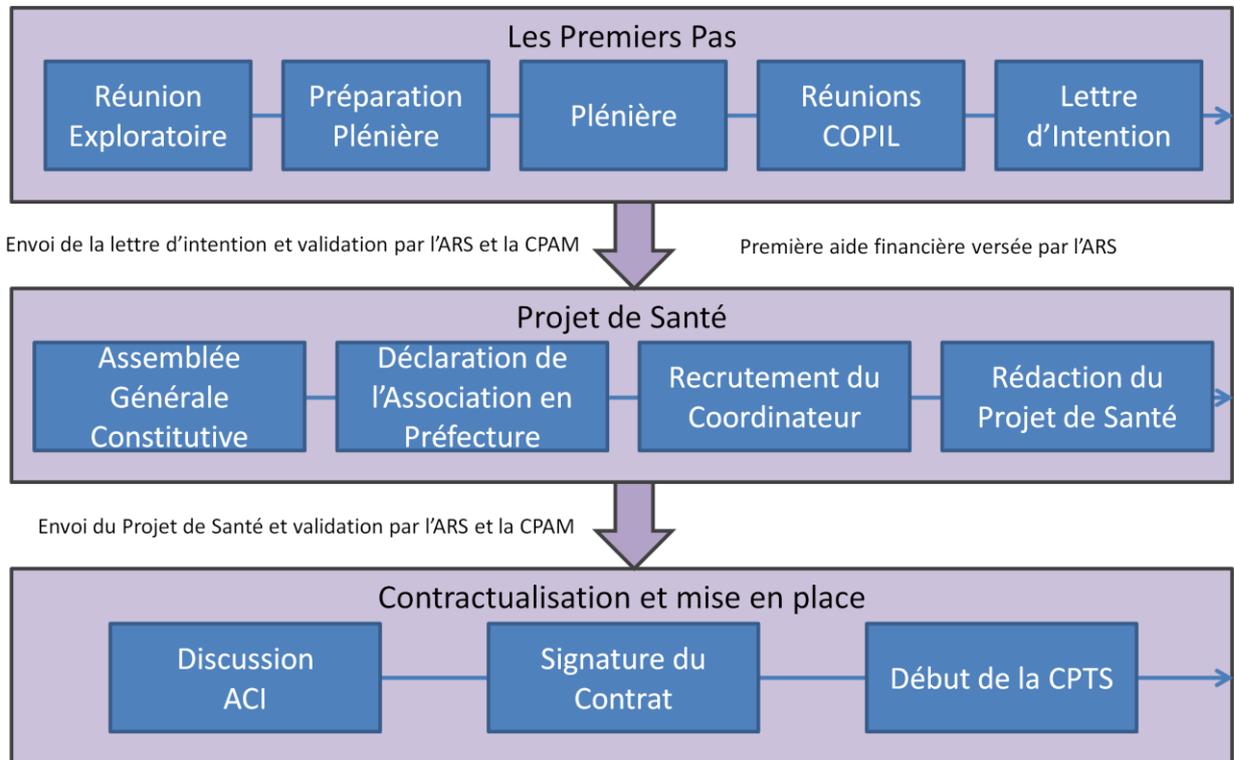


Figure 8. Schéma de mise en place d'une CPTS

II. Etat actuel des CPTS en France et en Pays de Loire

A. En France

Les CPTS sont un outil pour lutter contre les déserts médicaux et répondre aux besoins de la population en matière de santé.

En France, les CPTS ont connu une forte croissance ces dernières années. Selon les chiffres de l'Assurance maladie, il y avait 358 CPTS en janvier 2020, contre 146 en janvier 2019. Ce développement est notamment dû aux financements publics mis en place pour soutenir leur création et leur fonctionnement.

Ainsi en 2023, on retrouve 803 CPTS sur le territoire national, à un stade d'avancement différent:

- 186 sont en phase de pré-projet;
- 155 construisent leur projet de santé – Lettre d'intention validée;
- 35 sont en négociation de l'ACI – Projet de santé validé;
- 427 contrats ACI-CPTS signés. (54)

Leur développement rapide ces dernières années montre l'intérêt des professionnels de santé et des autorités pour ce type de projet. En conclusion, les CPTS sont une réponse prometteuse pour améliorer la qualité des soins et l'accessibilité à la santé en France.

1. Cartographie des CPTS en France

1.1. Inégalité de répartition territoriale

En France, la répartition territoriale des CPTS est très inégale en fonction des régions et des départements. Certaines régions vont être pauvres en CPTS tandis que d'autres ont presque tout leur territoire recouvert.

Plusieurs points d'analyse peuvent être effectués selon les données fournies par la cartographie des CPTS en France (*Figure 9*):

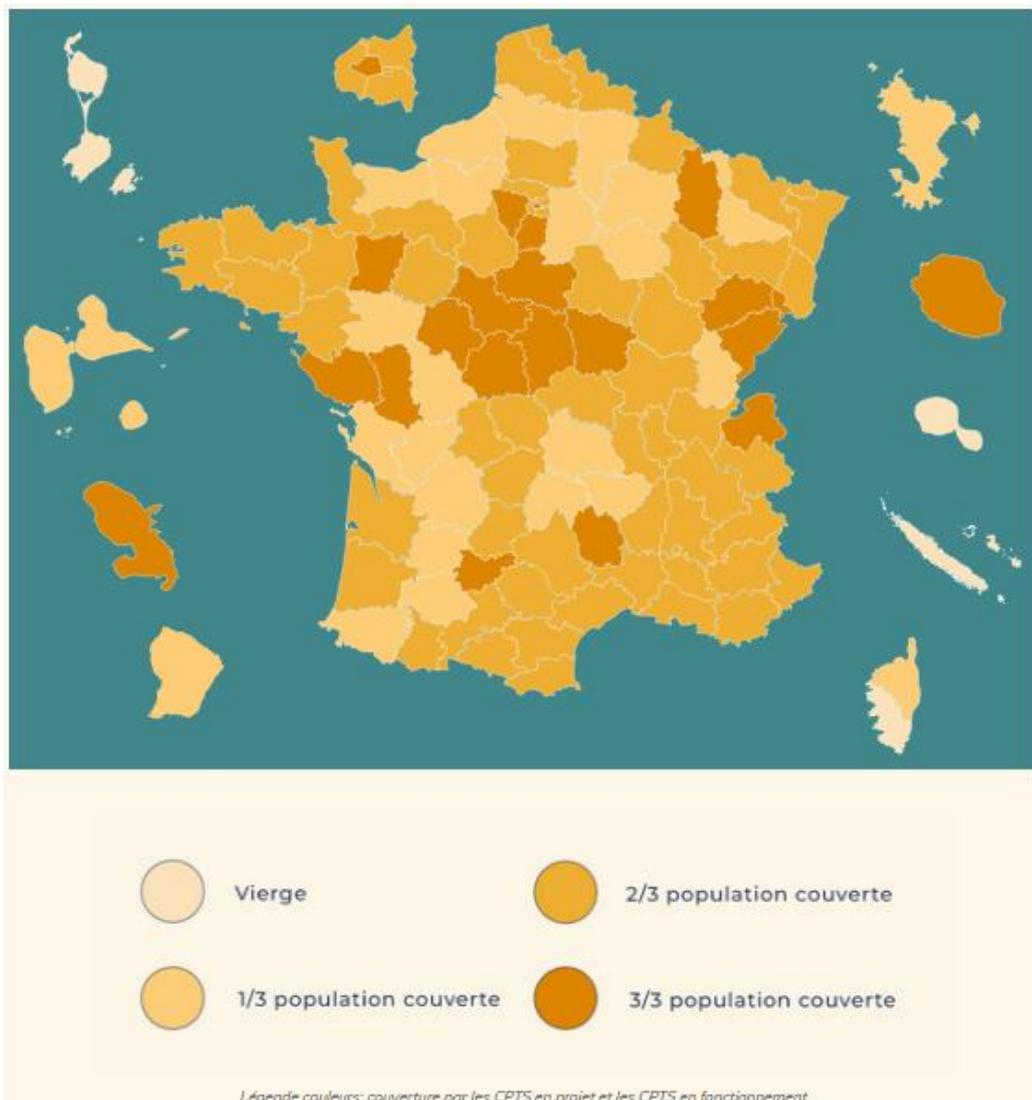


Figure 9. Cartographie des CPTS en France au 31/03/2023 (55)

1) Si on ne prend pas en compte les DROM-COM:

- 19 départements sont couverts totalement par des CPTS soit environ 20% du territoire de France métropolitaine;
- 54 départements sont couverts au deux-tiers par des CPTS soit environ 56% du territoire;
- 22 départements sont couverts au tiers par des CPTS soit environ 23% du territoire;
- La Corse du Sud est vierge de CPTS soit environ 1% du territoire.

2) Les DROM-COM sont également concernés par les CPTS et ne sont pas tous couverts de la même façon:

- 2 d'entre eux sont couverts totalement par des CPTS (Martinique et La Réunion);
- 3 d'entre eux sont couverts au tiers (Mayotte, Guadeloupe et Guyane);
- 3 sont vierges (St Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie et Polynésie Française).

3) Les CPTS en France métropolitaine ne sont pas réparties de façon équitable:

- La majorité des départements frontaliers possèdent au moins 2/3 de leur population couverte par une CPTS (sauf la Somme, la Seine Maritime, le Calvados, la Charente-Maritime, les Pyrénées-Atlantiques, la Meurthe et Moselle et la Corse);
- Les zones où les CPTS sont les moins présentes sont dans le Nord (Normandie, Haut de France, Grand Est), en Nouvelle-Aquitaine, à l'Ouest de la région Auvergne-Rhône-Alpes et en Corse;
- Les régions qui sont correctement couvertes par les CPTS sont la Bretagne, Les Pays de la Loire, l'Ile-de-France, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Est de l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Occitanie et la Provence-Alpes-Côte-D'azur;
- le Centre-Val de Loire n'a qu'un seul département couvert aux deux tiers; les autres étant couverts totalement, elle est par conséquent la région la mieux dotée de France. Nous reviendrons sur cette dynamique de territoire plus loin dans la thèse.

NB: A noter que les chiffres donnés précédemment sont en constante évolution et peuvent être légèrement différents entre le moment de rédaction de cette thèse et la lecture de ce document.

NB2: La cartographie précédente est une cartographie globale par territoire. Certains départements sont présentés comme totalement recouverts, mais, en précisant les cartes en fonction des communes/villes, ne sont pas forcément couverts à 100% par des CPTS (ex: Mayenne).

2. Déserts médicaux et politiques territoriales

En introduction, nous avons vu que la France possédait des territoires où le nombre de médecins par habitant était trop bas.

Par la suite, nous avons vu que les CPTS n'étaient pas également réparties en France.

Ce chapitre a pour but de chercher s'il y a une concordance entre déserts médicaux et zones riches en CPTS.

Enfin, l'exemple de la région Centre-Val de Loire sera pris pour observer la politique territoriale de cette région face aux déserts médicaux. Cet exemple n'est pas représentatif des politiques territoriales des autres régions.

2.1. Désert médical

"Un désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l'absence de médecins à proximité. Cette situation traduit une inégalité territoriale dans l'accès aux soins et peut s'avérer dangereuse pour la santé des populations locales." (56)

Un désert médical s'articule sur deux notions:

- Une notion spatiale, qui dépend de la densité de professionnels de santé sur un territoire. Plus un médecin est loin d'un patient et plus ce patient doit faire une longue distance pour consulter. Cela peut notamment être un frein pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer;
- Une notion temporelle, qui dépend de la patientèle d'un médecin. Plus un médecin a de patients, plus le temps d'attente est long. Cela peut être un frein pour les personnes qui ont besoin de soins ou d'une consultation assez rapide (infections bactérienne ou virale, plaies, etc.). (56)

Ces notions peuvent aboutir à des conséquences:

- Augmentation des files d'attente. Cette augmentation peut aboutir à une consultation "expédiée" par le médecin qui a encore de nombreux rendez-vous à honorer;
- Redirection des patients vers les urgences médicales. En l'absence de rendez-vous rapide, les urgences sont un moyen pratique d'avoir accès à un professionnel de santé;
- Augmentation du nombre de patients qui se retrouvent sans médecin traitant, notamment si leur médecin part en retraite. (56)

2.2. Comparaison territoriale

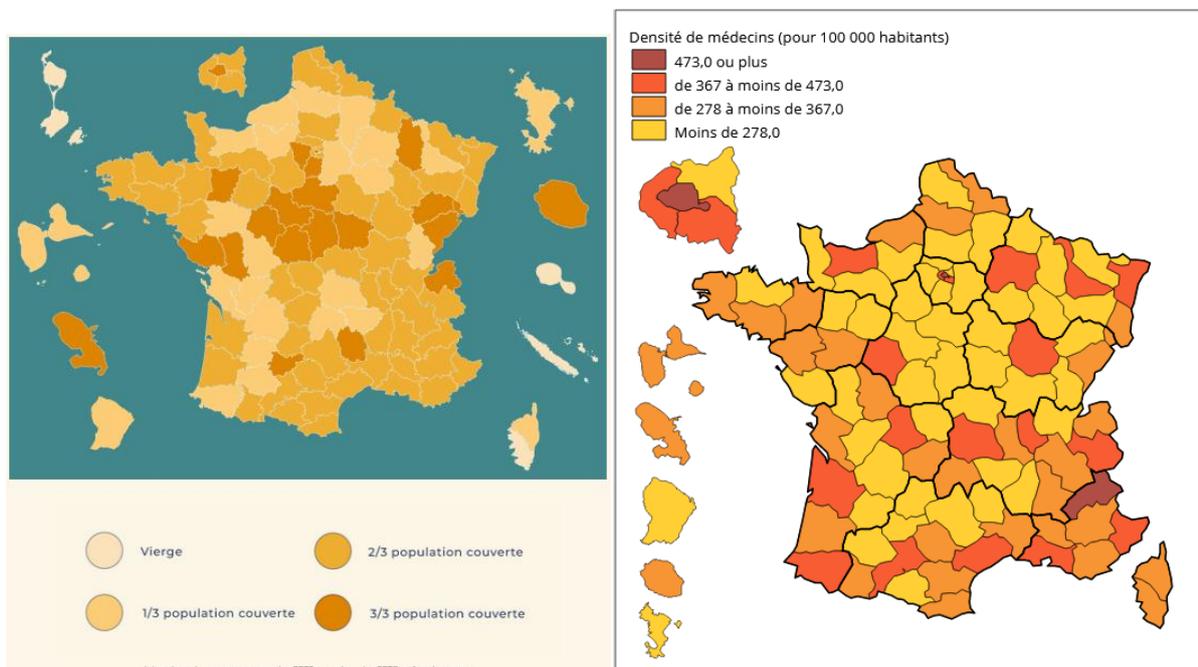


Figure 10. Comparaison entre le nombre de CPTS par département avec le nombre de médecin pour 100K habitants (55)
(5)

Nous avons vu précédemment que le territoire français présentait des inégalités territoriales en termes de CPTS et de déserts médicaux.

La question ici est: "y a-t-il une corrélation entre le nombre de CPTS et le nombre de médecins par habitant?"

En comparant les deux cartes vues précédemment, plusieurs points sont à noter:

- Certaines zones n'ont pas beaucoup de CPTS et n'ont pas beaucoup de médecins pour 100000 habitants (notamment le centre de la région Nouvelle-Aquitaine et l'Ouest du Grand-Est);
- Certaines zones ont beaucoup de médecins et sont bien couvertes par les CPTS (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne Franche-Comté, Sud de l'Occitanie et l'est du Grand-Est et de l'Auvergne-Rhône-Alpes);
- Certaines zones ont assez peu de médecin mais sont couvertes entièrement par des CPTS (notamment la région Centre-Val de Loire).

Il est donc assez difficile de pouvoir répondre à la question posée précédemment du fait, une nouvelle fois, des inégalités territoriales.

Suite à cette analyse, nous montrons que le nombre de CPTS et le nombre de médecins par habitants n'étaient pas corrélés entre eux. J'en ai déduit que ce qui devait être le facteur déclenchant de la mise en place de CPTS était la politique territoriale en matière de santé.

Intrigué par le très grand nombre de CPTS en Centre-Val de Loire, j'ai poussé les recherches sur la dynamique et les enjeux de santé de cette région.

2.3. Le zonage et l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

Pour être au fait de l'évolution des déserts médicaux, les pouvoirs publics utilisent la méthode de zonage. Cette méthode évalue la répartition de l'offre médicale sur un territoire donné. Elle est prévue à l'article L1434-4 du CSP. (57)

Le zonage permet de déterminer les zones où l'offre de soin est insuffisante ou dans lesquelles il y a une difficulté d'accès aux soins; ainsi que les zones où l'offre de soin est relativement élevée. Une fois les zones déterminées, des mesures sont mises en place permettant de diminuer l'écart entre les différences d'offre de soins. L'objectif étant d'harmoniser la répartition géographique des PDS et des établissements de santé et d'aider au maintien et à l'installation des médecins. (56)

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est l'indicateur sur lequel s'appuie le zonage. Il se caractérise par trois notions: l'activité du praticien, le temps d'accès à celui-ci et le recours aux soins des habitants. L'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant. L'âge du praticien est également pris en compte pour prévoir les futurs départs en retraite. Les régions sont découpées en territoires incluant plusieurs communes, l'APL est calculé en faisant la moyenne par commune. (56)

Le calcul de l'APL d'un territoire permet de le comparer aux APL de territoires voisins et peut aboutir en fonction des résultats au déclenchement de financement pour favoriser l'installation de praticiens sur le territoire. Cela peut également se traduire par des exonérations fiscales dans certaines zones.

L'APL peut être calculée pour les médecins, mais également pour d'autre PDS tels que les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues, etc. (56)

2.4. Centre-Val de Loire

Le centre de la France et notamment la région Centre-Val de Loire (CVDL) est une zone de désert médical. (5) La région s'est appliquée à développer une dynamique centrée sur la santé et promeut les CPTS. (58)

Depuis de nombreuses années, la région CVDL lutte contre les déserts médicaux. Encore aujourd'hui la région s'implique dans une dynamique autour de la santé. Elle prévoit notamment d'augmenter le nombre de médecins formés, augmenter le nombre d'étudiants infirmiers et paramédicaux, augmenter le nombre d'aides-soignants, renforcer la coopération et impulser une dynamique d'attractivité territoriale. La région ne lésine pas sur le financement pour aboutir à ses objectifs. (59)

L'ARS CVDL a remis à jour son zonage en 2021, en calculant l'APL de plusieurs territoires, elle a déterminé les zones ayant le plus de besoin. L'identification de ces territoires a abouti à la mise en place de solutions pour développer l'installation de nouveaux médecins, d'aides de la part de l'Assurance Maladie, de l'ARS ou de collectivités et d'exonérations fiscales. Les zones qui ont accès à ces aides sont divisées en deux catégories: les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'intervention complémentaire (ZAC). Ces zones concernent 85% de la population de la région. (60) (Figure 11)

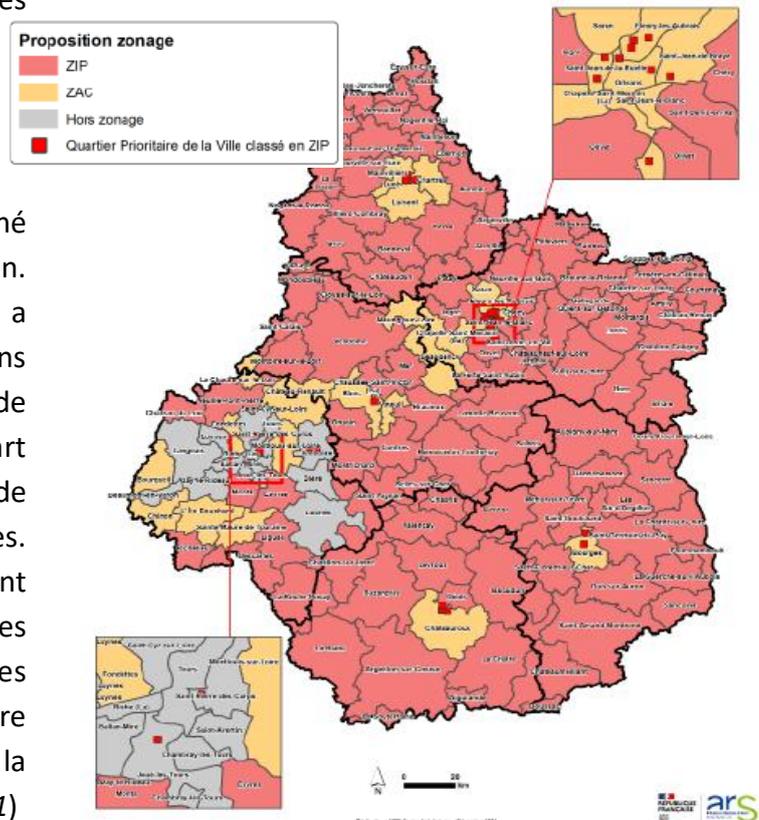


Figure 11. Zonage des médecins de la région Centre-Val de Loire en 2021 (60)

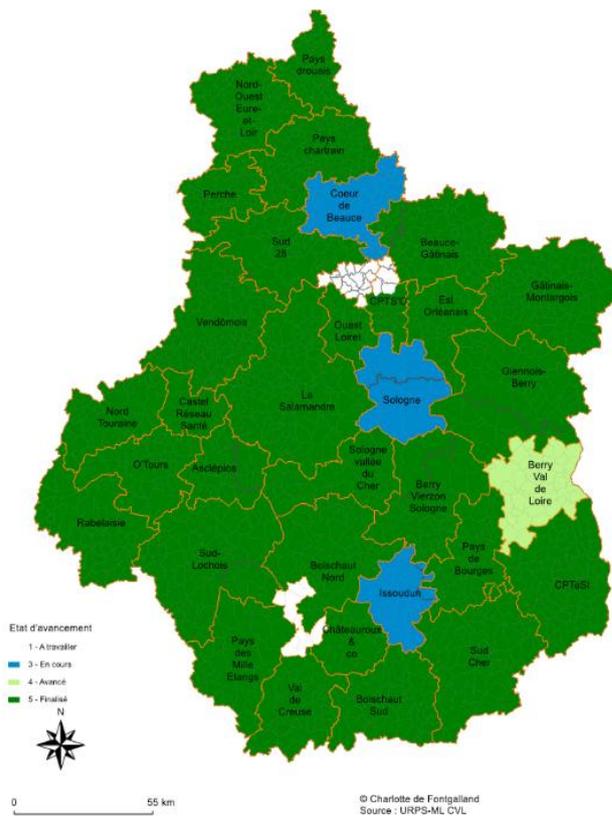


Figure 12. Etat d'avancement des CPTS de la région Centre-Val de Loire en mai 2022 (61)

L'inter-URPS (ou Fédération des URPS) est la Fédération qui rassemble les URPS des différents professionnels de santé. Elle a pour rôle de notamment de mettre en place les différentes CPTS d'une région en lien avec l'ARS.

En Centre-Val de Loire, la fédération s'est engagée, dès 2016, à accompagner les professionnels de santé qui souhaitent s'investir dans un projet de coordination.

Ainsi en 2019, 22 CPTS ont vu le jour (12 en fonctionnement et 10 en projets) sur une trentaine envisagée sur la région. Aujourd'hui, 34 CPTS sont déployées sur la région, 3 sont en cours, 1 en phase avancée. Le reste des CPTS est en activité. (58) (Figure 12)

B. En Pays de Loire

L'état des lieux des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans la région des Pays de la Loire est encore en cours de développement. Les premières CPTS ont été créées dans la région en 2018 et depuis, leur nombre a rapidement augmenté. En 2021, la région comptait environ 25 CPTS. En 2023, on arrive à un total de 38 CPTS, soit en cours de création, soit en activité. 2 autres projets de CPTS sont mis en pause dans la région. (62)

Les CPTS dans la région des Pays de la Loire ont été mises en place pour répondre à plusieurs enjeux de santé publique, tels que l'accès aux soins, la coordination des professionnels de santé et la prévention.

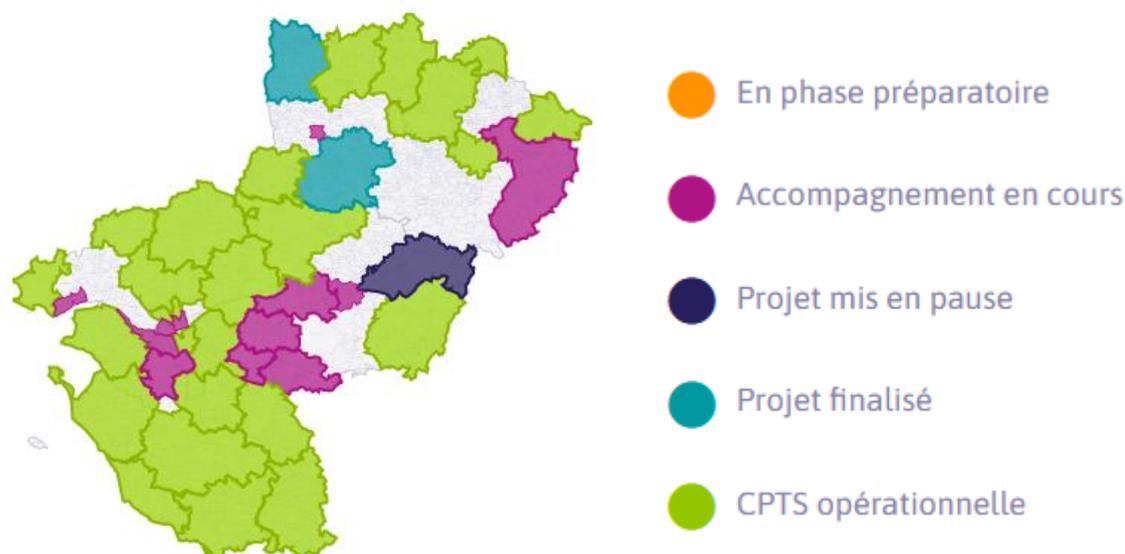
Les CPTS dans la région varient considérablement en termes de taille, de projets et d'activités. Certaines sont plus petites et se concentrent sur des projets locaux, tandis que d'autres sont plus grandes et ont une portée régionale. Les projets développés par les CPTS dans la région sont également très diversifiés, allant de la formation des professionnels de santé à la mise en place de consultations spécifiques pour des populations fragiles. Les CPTS dans la région des Pays de la Loire sont actuellement en phase de développement et de consolidation, mais elles sont une priorité pour l'amélioration de l'offre de soins de santé primaires dans la région.

Le nombre de CPTS dans la région n'est pas réparti de façon équitable sur le territoire. Parmi les CPTS des PDL, certaines n'ont pas été accompagnées par les chargés de missions d'accompagnement CPTS de l'inter-URPS. Certaines se sont créées seules, avec des professionnels de santé qui sont sur le sujet depuis 2016. Ils ont monté leur association par eux-mêmes en lien avec la CPAM pour le financement. D'autres sont co-accompagnées par la MSA et les l'inter-URPS.

En Mayenne, la particularité est qu'il y a beaucoup de pôles de santé qui évoluent vers des CPTS. La différence entre le pôle de santé et la CPTS sera l'intégration des professionnels de santé du territoire qui ne faisaient pas partie des pôles santé. Les MSP, les ESP-CLAP, les centres de santé et les professionnels de santé "isolés" se verront ajoutés autour d'une population.

Les missions changeront ou bien de nouvelles missions s'ajouteront dans la CPTS.

1. Cartographie des CPTS de PDL



1.1. Vendée

La Vendée est le seul territoire des Pays de la Loire à être totalement couvert par des CPTS. Certaines, même intègrent des communes de Loire-Atlantique (CPTS Loire Vendée Océan et CPTS Terres de Montaigu). (62) (Figure 13)

1.2. Mayenne

En Mayenne, plus de 2/3 du département est couvert par des CPTS. Elles sont presque toutes en activité et développent des projets de santé depuis quelques années. Le tiers du territoire non concerné par des CPTS se trouve au centre du département. (62) (Figure 13)

NB. La carte de la FCPTS (55) indique que la Mayenne est couverte totalement et diffère donc avec la carte issue du site des CPTS PDL ci-dessus (62) . Si on précise la carte de la FCPTS, on se rend compte que le territoire n'est pas totalement couvert.

1.3. Maine et Loire

En Maine et Loire, moins de 50% du territoire est concerné par une CPTS finalisée ou en cours d'activité. Néanmoins, plusieurs projets sont en cours d'accompagnement. Leur finalisation permettrait d'atteindre plus de 50% du territoire. Une grosse CPTS a un projet en pause. Si leur projet se relance et qu'il se finalise, plus de 75% du territoire serait alors recouverte par les CPTS. (62) (Figure 13)

1.4. Sarthe

La Sarthe est assez pauvre en CPTS. On dénombre 5 CPTS dont une en cours d'accompagnement, couvrant 50% du territoire. (62) (*Figure 13*)

1.5. Loire Atlantique

La Loire-Atlantique possède de nombreuses CPTS pour la plupart avec un projet finalisé, voire en activité. Seules quelques communes au Nord-Ouest et autour de Carquefou ne sont pas concernées par une CPTS. (62)

Deux CPTS incluant une partie de Nantes chacune sont en cours d'accompagnement et devraient bientôt être finalisées. Elles permettraient une bonne avancée malgré la problématique imposée par le territoire de la ville de Nantes. (62) (*Figure 13*)

2. Problématique d'une CPTS au sein de la ville de Nantes: exemple de la Pharmacie de Malakoff

Lorsque je suis arrivé en stage de 6ème année en décembre 2020, la pharmacie de Malakoff à Nantes avait pour projet de mettre en place une CPTS. Le projet me paraissant important et intéressant, il a été l'élément déclenchant pour écrire cette thèse. Cependant, le projet a été abandonné en cours de route pour différentes raisons.

2.1. La disparité du territoire

A Nantes, à cette époque, il n'y avait pas de CPTS en activité. On trouvait les CPTS plutôt dans les territoires alentours. La problématique étant le découpage de Nantes. Lorsque la CPAM accorde l'ACI, elle l'accorde sur un territoire avec des communes "complètes". Cela signifie qu'il peut y avoir une ou plusieurs communes ou villes qui en font partie, néanmoins on ne peut pas intégrer qu'une partie d'une commune ou d'une ville en délaissant l'autre partie.

De plus, la création d'une CPTS se fait également en fonction d'un nombre de personnes et de la demande d'un territoire donné. Une ville comme Nantes ne peut avoir qu'une seule CPTS pour la ville entière. En effet, la ville a des territoires très diversifiés, entre les quartiers aisés, les quartiers défavorisés, les différences de revenus, le centre-ville plutôt passager et les quartiers alentours plutôt résidentiels. (63)

Tous ces micro-territoires font partie de la ville et sont dispersés sans forcément avoir de cohérence.

2.2. Une ville sans arrondissement

Plusieurs villes comme Nantes se retrouvent avec le même problème, tandis que d'autres peuvent le contourner grâce à leurs arrondissements ou circonscriptions. (Paris, Lyon etc.)

En effet, bien souvent, à l'intérieur d'un arrondissement, les enjeux socio-économiques et les problématiques de santé sont cohérents et relativement uniformes sur l'ensemble de ce territoire. Il est alors plus facile de mettre en place des projets répondants à une problématique commune.

2.3. Quelles solutions?

Pour une ville comme Nantes, il faudrait alors prévoir un maillage de la ville. Peut-être pourrait même-t-il être intéressant de mettre en place des CPTS au sein de Nantes avec des territoires qui ne sont pas forcément accolés mais qui ont des problématiques communes. Par exemple, la mise en place d'une CPTS regroupant les quartiers de Malakoff, des Dervallières et de Bellevue, pour lesquels les enjeux socio-économiques et les problématiques de santé sont proches, pourrait être intéressante.

Après un nouvel échange bref en juin 2023 avec Mme Le Ny, la réponse a été trouvée avec l'apparition des deux nouvelles CPTS suscitées. Selon elle, le découpage de Nantes aura posé plusieurs questionnements entre l'ARS, la CPAM et l'inter-URPS. Une première CPTS inclura l'ouest de Nantes, Saint-Herblain et Indre et l'autre l'est de Nantes, intégrant le quartier de Malakoff. Seule l'île de Nantes n'est pas intégrée pour le moment à une CPTS.

2.4. Autres cas particuliers

Le problème de Nantes se pose aussi pour les "communes nouvelles" qui sont des regroupements de communes pour n'en former qu'une. Le problème qui peut parfois se poser, comme en Maine et Loire, est le fait que la nouvelle commune formée peut être très grande mais avec des enjeux de santé différents. Il faudrait qu'une partie de ses communes fasse partie d'une CPTS, tandis que l'autre fasse partie d'une autre CPTS afin de répondre au mieux aux besoins du territoire. Cependant, on ne peut pas découper une commune nouvelle dans le cadre des CPTS.

C. Etude simple de projets mis en place dans quelques CPTS des Pays de Loire.

Cette étude est construite à partir d'un sondage que j'ai réalisé et soumis aux différentes CPTS des PDL (cf. ANNEXE 2).

Ce sondage avait pour objectif de lister différents projets réalisés dans chacune de ces CPTS. Dans un second temps, ce sondage m'a permis de sélectionner deux CPTS que j'ai recontacté par la suite, dans l'objectif de développer un peu plus leurs projets et de les comparer. Cette comparaison sera faite dans la dernière grande partie de cette thèse.

1. Généralités/Analyses

Les données suivantes sont issues des différentes réponses au sondage (cf. ANNEXE 3 à ANNEXE 15). Certaines données bibliographiques viendront en complément.

Les CPTS interrogées sont celles ayant leurs projets finalisés ou celles étant déjà en activité. Je n'ai pas partagé ce questionnaire avec les CPTS en phase préparatoire, ayant un projet en cours ou étant en pause. En effet, ces dernières, n'étant pas finalisées, n'ont pas forcément encore mis en place de projet. Par ailleurs, les CPTS tout juste finalisées, n'ont pas encore de projet non plus (cf. ANNEXE 10) n'ayant pas encore signé l'ACI.

Parmi les 38 (+2 en pause) CPTS des PDL, 27 ont été contactées pour répondre à ce sondage. Treize d'entre elles y ont répondu.

4 CPTS font partie de la Loire Atlantique, 4 de Vendée, 3 de la Sarthe, 1 du Maine et Loire et 1 de Mayenne. (Figure 14)

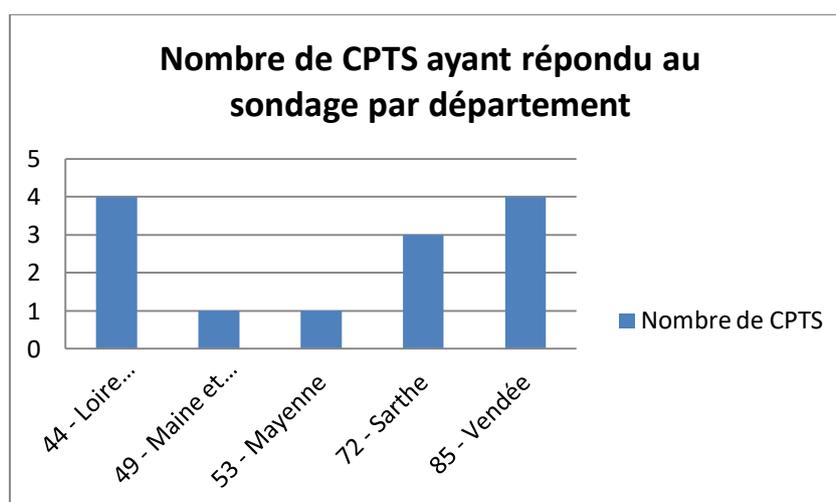


Figure 14. Département d'exercice des CPTS

La plus ancienne des CPTS ayant répondu a été créée fin 2018 et la plus récente fin 2022. Le projet de CPTS est donc bien un phénomène encore assez nouveau.

La figure 15 montre les caractéristiques de la localisation globale des CPTS. On en retrouve 6 situées en milieu rural uniquement, 2 à la fois en rural et en bord de mer, 2 en bord de mer uniquement, 2 en milieu urbain et 1 en milieu urbain et rural.

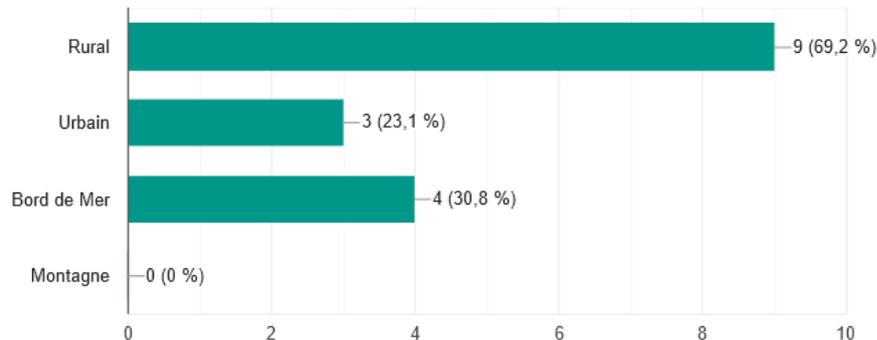


Figure 15. Milieu d'exercice de la CPTS

Le nombre de professionnels impliqués dans les CPTS est variable, allant de 65 à plus de 1000 PDS. De même, le nombre de patients varie entre 20000 et 220000, cela implique qu'elles ne sont pas de la même taille: 2 sont de taille 1, 3 de taille 2, 7 de taille 3 et 1 de taille 4.

Si on regarde le nombre de patients en fonction du nombre de professionnels de santé (Figure 16), on remarque que la courbe a tendance à augmenter en fonction du nombre de PDS. Cela signifie que dans les zones concernées, plus le nombre de professionnels de santé impliqués est grand, plus il y a de patients suivis. Aux extrêmes, on peut noter que les CPTS avec moins de 50000 habitants ont également moins de 100 PDS tandis que la CPTS de plus de 200000 à plus de 1000 PDS. Ces chiffres sont très différents de la tendance globale de la courbe vis-à-vis des autres CPTS.

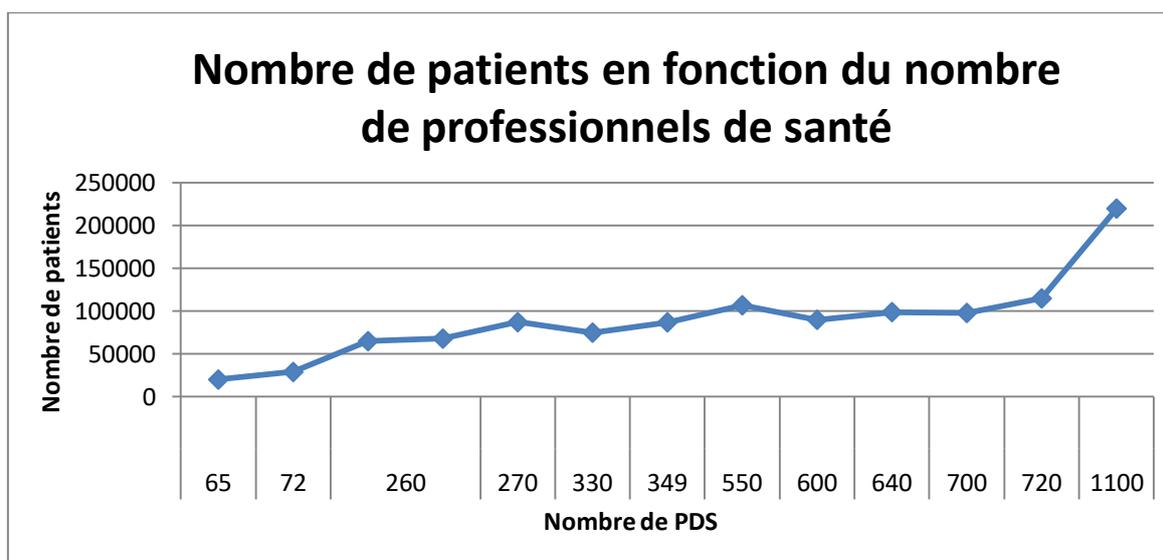


Figure 16. Courbe du nombre de patient en fonction du nombre de PDS

Si l'on fait le rapport du nombre de patients par le nombre de professionnels de santé (Figure 17), on s'aperçoit que plus il y a de patients, plus ce rapport a tendance à diminuer. Cela signifie que plus il y a de patients, plus il y a de professionnels de santé disponibles. De 20000 à 90000 patients, le rapport patients/PDS se situe globalement entre 300 et 400 patients par professionnel de santé. Il y a un décrochement autour de 90000 patients et on se situera entre 100 et 200 patients par professionnel de santé.

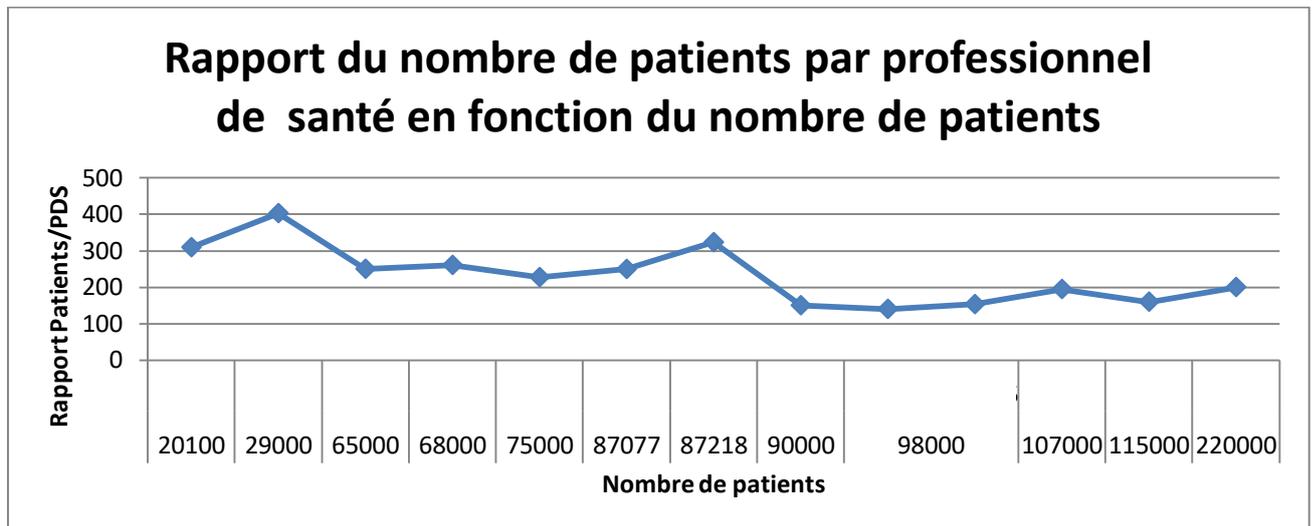


Figure 17. Courbe du rapport patient/PDS en fonction du nombre de patient

Néanmoins, et pour être plus précis, il faudrait ajouter, comme vu pour décrire les déserts médicaux, les facteurs suivants:

- Une notion spatiale: la répartition territoriale des PDS sur la CPTS et la superficie de la CPTS et donc la distance à parcourir pour accéder à un PDS. En effet, si tous les professionnels de santé sont regroupés aux mêmes endroits, certains patients devront faire une plus grande distance avant d'accéder à un PDS;
- Une notion temporelle: les horaires de disponibilité, les temps moyens de rendez-vous. En effet, si deux PDS font 40h chacun sur la semaine, ce n'est pas la même chose que s'ils font 40h à deux sur la semaine.

2. Projets pensés dans les CPTS

De nombreux projets ont été imaginés dans les CPTS, certains d'entre eux sont communs à plusieurs CPTS, notamment la mise en place de soins non programmés.

Les CPTS qui ne sont pas encore finalisées n'ont encore pas réalisé de projet. Nonobstant, elles ont déjà envisagé des projets pour les années à venir.

2.1. Un projet récurrent: les Soins Non Programmés

a. Les Soins Non Programmés

Les soins non programmés (SNP) sont un des projets les plus récurrents dans les CPTS. C'est assez logique, ce projet fait partie de la mission socle "accès au soin" imposé par la CPAM dans le cadre de l'ACI.

De nombreux patients n'ont pas de médecin traitant ou ne peuvent pas avoir de rendez-vous rapidement avec leur médecin traitant du fait de la forte demande.

Les SNP sont des soins en journée, entre 8h et 20h et donc hors permanence ou garde. Ils relèvent d'une nécessité pour un patient d'avoir accès à une prise en charge qui ne peut être ni anticipée, ni retardée et qui n'est pas non plus une urgence vitale. C'est un soin pour lequel on doit répondre sous 24/48h et qui doit être placé parfois sans rendez-vous. (64)

Il est différent du service de garde, qui s'effectue en dehors des horaires d'ouvertures des établissements de santé. Les gardes sont un service de soin organisé par l'ADOPS.

Au niveau national, il a été mis en place une expérimentation du "Service d'Accès au Soins" (SAS). Le département de Loire-Atlantique est retenu comme territoire pilote avec 22 autres territoires nationaux. Il est demandé aux PDS du 44 de s'organiser sur les SNP. En Loire Atlantique, le SAS44 est porté par le SAMU 44. (65)

Un patient va appeler un numéro dédié (le 15 en PDL), un assistant de la régulation prend ses coordonnées et le renvoie vers un opérateur de SNP. Cet opérateur fait une évaluation de la demande et doit estimer sous combien de temps le soin doit/peut être effectué. Une fois l'estimation faite, il envoie le patient au médecin régulateur.

L'opérateur doit vérifier que le patient n'ait pas déjà pris de rendez-vous chez le médecin traitant ou que le délai jusqu'au rendez-vous soit trop long. (cf. ANNEXE 1)

Le SAS "doit permettre d'accéder à distance 24H/24 et 7J/7 à un PDS pouvant apporter une solution au patient et fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter selon la situation vers une consultation non programmée en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR, par exemple". (65)

L'opérateur va s'appuyer sur les CPTS, car elles se sont organisées sur les SNP. L'opérateur sera en charge d'apporter la réponse la plus adaptée au patient et pourra même prendre pour lui un rendez-vous chez un PDS et être en contact avec lui directement pour assurer le suivi du patient.

Les CPTS vont s'appuyer également sur les maisons de santé car elles travaillent déjà pour la plupart sur les SNP (exemple: plusieurs médecins d'une même maison de santé exercent ensemble et chaque jour; un des médecins doit avoir des créneaux de libre. Ensuite, une rotation est faite entre les différents médecins du cabinet). (cf. ANNEXE 1)

D'ailleurs, le SAS n'a pas vocation de remplacer les services de SNP existants mais vient en complément, en apportant un service supplémentaire. (65)

Les professionnels de santé souhaitant faire partie du dispositif SAS peuvent le faire en envoyant leurs coordonnées. (65)

Les SNP sont rémunérés. (66)

b. Le Dispositif d'Appui à la Coordination

En parallèle du SAS, qui est un numéro dédié aux patients, se met en place actuellement des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), anciennement PTA (plateformes territoriales d'appui), qui sont départementaux et dédiés aux PDS.

Il n'est pas nécessairement en lien avec les SNP mais il me paraît utile d'en parler.

L'Article L. 6327-2 stipule que le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

- "1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins [...] et les autres professionnels concernés;
- 2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'informations, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement;
- 3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé [...]." (67)

Le dispositif va s'appuyer sur l'organisation du terrain, et donc sur les CPTS quand il y en a.

Le DAC c'est un numéro unique pour les PDS qui peut être utilisé face à des patients à cas particulier et compliqué (exemple: une femme enceinte, porteuse du VIH, en situation de handicap et sans médecin traitant). (68)

Le pharmacien ou le PDS va appeler le DAC qui a une équipe de personnes pouvant l'aider pour réorienter le patient. Le PDS, même s'il n'aura pas su aider le patient directement, aura joué son rôle en réorientant le patient.

A l'instar des SAS, le DAC n'a pas vocation de remplacer les services existants mais vient en complément, en apportant un service supplémentaire.

2.2 Autres projets

D'autres projets sont mis en place dans les CPTS des PDL. On peut retrouver des projets communs du fait que la CPAM impose des missions socles.

Néanmoins, les projets fixés pour chacune des missions ne sont pas forcément les mêmes. Par exemple, pour la mission socle prévention, certaines CPTS choisiront de faire de la prévention sur les IST, tandis que d'autres feront de la prévention sur les cancers.

Pareillement, certains projets peuvent être les mêmes, mais leur moyen pour y arriver peuvent ne pas être identiques. Par exemple, pour la prévention de la consommation du tabac, certaines CPTS iront faire de la prévention dans les établissements scolaires tandis que d'autres choisiront d'autres populations cibles comme les ouvriers, les salariés en entreprise, etc.

Enfin, plusieurs thèmes peuvent orienter sur différentes missions socles. Par exemple, on peut, dans une CPTS, organiser une campagne de prévention sur le diabète pour répondre à la mission socle prévention et en parallèle, travailler sur le parcours patient des personnes diabétiques en répondant à la mission parcours.

Les listings de projets de CPTS qui vont suivre, font suite au sondage, ils ne sont pas exhaustifs, ne concernent pas toutes les CPTS des PDL ou de France ou bien peuvent concerner plus de CPTS que les réponses reçues. Certaines CPTS ayant également fait des réponses non-exhaustives, on pourra trouver des projets du deuxième listing qui finalement pourrait se trouver dans le premier. Ces listings servent surtout à présenter les projets, entre ceux qui sont les plus fréquents dans les CPTS et ceux qui le sont moins.

a. Les projets récurrents des CPTS en PDL

Parmi les projets les plus récurrents (hors soins non programmés) dans plusieurs CPTS on retrouve:

- La télésanté: télémedecine, téléexpertise, mise en place de cabines de téléconsultation, consultation assistée par IDE, etc. → **mission socle accès aux soins;**
- Le lien ville-hôpital (exemple: parcours personnes âgées) → **mission socle parcours;**
- L'accès au médecin traitant → **mission socle accès aux soins;**

- La prévention, formation et détection concernant les personnes avec un risque suicidaire → **mission socle prévention;**
- Trouble du développement et du neurodéveloppement chez les enfants: troubles des apprentissages, du langage et de l'oralité, etc. → **missions socles parcours et/ou prévention;**
- La prévention du cancer: cancer du sein, colorectal, etc. → **mission socle prévention;**
- La prévention/le parcours diabète → **missions socles parcours et/ou prévention;**
- La prévention de la consommation de tabac/alcool/drogue → **mission prévention;**
- La formation interprofessionnelle continue → **mission optionnelle qualité et pertinence des soins;**
- Le parcours cardiologie et la prévention de l'insuffisance cardiaque → **missions socles parcours et/ou prévention;**
- L'entrée/la sortie d'hospitalisation → **mission socle parcours;**
- L'attractivité du territoire: accueil des internes, accueil des nouveaux professionnels de santé, stage pluriprofessionnel en immersion "vis ma vie" → **mission optionnelle accompagnement des professionnels de santé sur le territoire;**
- La santé mentale → **missions socles parcours et/ou prévention.**

b. Les projets moins récurrents des CPTS en PDL

Certains projets sont moins récurrents et peuvent parfois être spécifiques d'une seule ou de quelques CPTS:

- L'éducation sexuelle → **mission socle prévention;**
- La formation sur la plagiocéphalie → **mission optionnelle qualité et pertinence des soins;**
- La formation PSC1 → **mission optionnelle qualité et pertinence des soins;**
- L'éducation thérapeutique du patient → **missions socles parcours et/ou prévention;**
- Le consentement aux soins → **mission optionnelle qualité et pertinence des soins;**
- Les créneaux prioritaires scanner → **mission socle accès aux soins;**
- L'activité physique: événement lien activité physique et bien-être en santé → **mission socle prévention;**
- La nutrition: obésité, nutrition et bien-être en santé → **mission socle prévention;**
- Le renforcement des IPA → **mission optionnelle accompagnement des professionnels de santé sur le territoire;**
- La prévention des IST → **mission socle prévention;**
- La formation à la langue des signes → **mission optionnelle qualité et pertinence des soins;**
- La sensibilisation aux risques associés aux infections par papillomavirus → **mission socle prévention;**
- La sensibilisation à la santé environnementale → **mission socle prévention.**

III. Intérêt pour le patient: Comparaison détaillée de projet mis en place dans deux CPTS des Pays de Loire

Suite au sondage effectué parmi les CPTS des PDL, j'ai relancé deux CPTS pour approfondir mon travail sur leurs projets.

J'ai sélectionné la CPTS Terres de Montaigu (CPTS-TdM) ainsi que la CPTS Pays de Retz (CPTS-PdR).

Mon choix de la première CPTS se justifie ainsi:

- L'attrait que j'ai pour les projets;
- Comparer les projets communs avec l'autre CPTS pour avoir plusieurs retours d'expérience;
- Exerçant actuellement dans une pharmacie faisant partie de cette CPTS, j'aimerais connaître les projets qui sont mis en place et savoir comment je peux y participer.

Mon choix de la seconde CPTS s'est principalement axé sur les points suivants:

- La rapidité de réponse et la disponibilité offerte suite au sondage;
- Les projets mis en place m'intéressent;
- Etant originaire des Pays de Retz et souhaitant y retourner pour mes projets professionnels futurs, je souhaitais en savoir plus sur ce qui se fait sur ce territoire.

Cette dernière partie présentera les deux CPTS ainsi que certains projets mis en place en leur sein. Certaines informations seront complétées par des données bibliographiques. Certains flyers et documents seront ajoutés aux exemples pour les illustrer.

A. Présentation des CPTS

1. La CPTS Terres de Montaigu

La CPTS Terres de Montaigu s'est déclarée en décembre 2018 et a signé son ACI en janvier 2021. Bien que la crise COVID ait retardé la signature de l'ACI, cela n'a pas empêché la CPTS d'avoir des projets. En effet, l'ARS avait versé le fond d'intervention régional (FIR) qui a permis de recruter M.Guilbaud, coordinateur au sein de la CPTS, d'assurer les affaires courantes de l'association, de coordonner certains projets dont la gestion de crise, le centre de vaccination, le dépistage et d'autres coordinations notamment avec le CHD Vendée et le CHS Georges Mazurelle. Pour la gestion de crise, d'autres fonds ont été versés notamment une avance ACI.

Finalement, le COVID a été, en quelques sortes, dynamisant pour la création de la CPTS. Elle a pu montrer son implication dans la gestion de crise et sa mobilisation sur le centre de vaccination. La crise COVID a été la porte d'entrée pour communiquer avec les professionnels qui y ont vu un intérêt, notamment, dans la coordination du centre de vaccination, puis dans la communication auprès de tous.

330 professionnels de santé sont concernés par la CPTS dont 160 y sont adhérents. Malgré tout, la CPTS informe tous les PDS qui sont concernés par la CPTS. L'avantage d'être adhérent est d'être rémunéré.

Ce sont 75000 patients concernés sur le territoire et qui en fait donc une CPTS de taille 2.



Figure 18. Cartographie de la CPTS-TdM

2. La CPTS Pays de Retz

La CPTS Pays de Retz s'est déclarée en juin 2020 et a signé son ACI en juin 2021. La coordinatrice, Solène Richard, est arrivée au même moment. C'est aussi à ce moment-là que la CPTS a ouvert un centre de vaccination permettant d'impliquer directement les PDS, de faire qu'ils se rencontrent et de leur montrer un exemple de projet concret permis grâce à la CPTS.

La CPTS-PdR regroupe environ 500 PDS et 100 professionnels paramédicaux sur le territoire dont 300 sont adhérents. Certains adhèrent simplement pour être informés sans pour autant participer. Il y a environ 1/3 des adhérents qui sont réellement actifs.

Au total, 98000 patients sont inclus ce qui est faire une CPTS de taille 3.



Figure 19. Cartographie de la CPTS-PdR

B. Les projets communs

Nous verrons ici des projets mis en place dans les deux CPTS, comparant les CPTS entre elles et les différentes approches mises en place par l'exploration pour un même projet. La liste des projets n'est pas exhaustive.

1. Les soins non programmés

1.1. CPTS-TdM

En Vendée, pour la médecine générale, il y a une régulation par la permanence de soins ambulatoire (PDSA) de 20h à 8h. Avec la COVID, une autre régulation s'est mise en place en journée. Il s'agit d'un numéro à appeler, le 116 117. Ce numéro existe aussi en Loire-Atlantique mais ne fonctionne pas de la même manière.

En Vendée, depuis 2020, cette régulation existe et est portée par l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS). Les CPTS sont venues en renfort de l'ADOPS car elle était constituée principalement de médecins assez âgés. De nouveaux médecins plus jeunes se sont investis et ont redynamisé le système avec l'aide de moyens attribués par l'ARS pour poursuivre en journée.

Cela permet de s'inscrire dans le cadre du SAS (service d'accès au soin) (69). Les CPTS se sont organisées chacune de leur côté en ce qui concerne les SNP. Dans la CPTS-TdM, les médecins généralistes proposent des créneaux auprès de la régulation du SAS. Ces créneaux seront visibles depuis le centre de régulation et lorsqu'ils ont un appel qui nécessite un rendez-vous chez le médecin, la régulation peut prévoir un rendez-vous chez un médecin qui a proposé des créneaux.

Les médecins ne sont pas imposés d'avoir des créneaux, il faut qu'ils soient volontaires et disponibles mais il n'y a aucune obligation.

Pour pouvoir fixer le rendez-vous, le patient appelle le 116 117, il tombe sur un assistant de la régulation médicale. (*Figure 20*)

La régulation demande d'abord si le patient a un médecin traitant et, si c'est le cas, elle lui demande s'il l'a appelé. S'il ne l'a pas fait, le régulateur demande au patient d'essayer d'abord d'appeler son médecin traitant. Si le patient n'a pas de médecin traitant ou si celui-ci n'est pas disponible alors le parcours de régulation continue. L'assistant de régulation passe alors l'appel au médecin régulateur.

Dans plus de 50% des cas, seul un conseil médical est donné au patient sans avoir besoin d'un rendez-vous chez un médecin généraliste. S'il y a besoin d'un rendez-vous chez un médecin, l'appel bascule sur l'opérateur des SNP qui fixera le rendez-vous avec le patient.

En parallèle du SAS, la CPTS-TdM développe une expérimentation avec quelques pharmacies en partageant l'agenda des SNP. Le but étant de pouvoir donner un accès à un médecin, dans les mêmes conditions et pour les mêmes motifs médicaux que pour le SAS mais en évitant le temps d'attente en appelant le 116 117. Pour le moment les pharmacies ne l'utilisent pas trop et préfèrent que les patients joignent le 116 117, ce qui leur permet de se protéger en partie et de ne pas combler les rendez-vous pour des cas qui auraient pu leur paraître éligibles alors que non.

CPTS
Terres de Montaigne
Communauté professionnelle territoriale de soins

Accès aux Soins en Vendée

MEDECIN GENERALISTE

en cas de problème médical aigu

<p>du lundi au vendredi, de 8h à 20h le samedi matin, de 8h à 12h</p> <p>☀️</p> <p>Je contacte le cabinet de mon médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Je n'ai pas de médecin traitant ● Le cabinet de mon médecin ne peut pas me recevoir dans les 48h après appel téléphonique <p>☎️ 116 117</p>	<p>La nuit, le week-end et les jours fériés</p> <p>🌙</p> <p>Je ne peux pas attendre l'ouverture du cabinet de mon médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Je peux contacter le médecin de garde <p>☎️ 116 117</p>
--	--

en cas d'urgence vitale
☎️ 15

URGENCE OPHTHALMOLOGIQUE

1 Je contacte mon ophtalmologue habituel

2 Le cabinet est fermé :

- Cabinet ophtalmologique Vis'Yon : 02.51.37.34.63
- CHD Vendée : 02.51.44.61.19

PHARMACIE DE GARDE

En dehors des heures d'ouverture de votre Pharmacie habituelle

☎️ 32 37

URGENCE DENTAIRE

1 Je contacte mon cabinet dentaire habituel

2 Le cabinet est fermé :

Du lundi au vendredi :

- Le matin ☎️ 02.85.29.18.50 (dentiste de ville) *uniquement Vals*
- L'après-midi ☎️ 02.51.08.59.33 (CHD Vendée)

les dimanches et jours fériés :
☎️ 02.51.46.28.83 (dentiste de ville)

Edition 2023

Figure 20. Flyer de la CPTS-TdM sur les SNP médecin

A l'avenir, il y aura probablement l'ouverture de SNP et d'agendas partagés dans d'autres spécialités ou métiers, comme les orthophonistes, les kinés, etc. Cet avenir se fera en parallèle de la loi RIST, qui, pour pallier le manque de médecins autorise certaines professions et notamment les kinés, les IPA et les orthophonistes à être consultés sans passer par le médecin traitant dans le cadre d'un exercice coordonné. (70) (71)

Dans d'autres CPTS, notamment en Sud Vendée, ce dispositif n'existe pas. Dans ces CPTS, des centres de SNP sont créés et des médecins viennent faire des vacations.

1.2. CPTS-PdR

Avec la mise en place du SAS, il a été important de prévoir la gestion des SNP. La CPTS-PdR a priorisé les SNP en fonction de la demande du territoire. Elle a donc commencé à travailler sur les SNP des médecins et des kinésithérapeutes. En effet, dans ces deux domaines les rendez-vous sont parfois longs à obtenir.

De plus, la CPTS-PdR est située en partie sur le littoral et il faut adapter la demande avec l'afflux de patients qui viennent l'été, ajouté à cela, la pénurie des PDS qui partent également en vacances et donc qui n'exercent pas sur une partie de cette période. Cette situation crée des tensions sur l'offre de soins.

Les SNP des médecins ont été mis en place en mai 2022. Une vingtaine de médecins proposent deux créneaux par semaine à disposition des SNP. Le 15 a accès à ces disponibilités et peut proposer des créneaux aux patients. Les pharmacies et les cabinets infirmiers adhérant à la CPTS ont également accès à ces créneaux. S'ils détectent un patient qui a besoin d'une prise en charge dans les 24/48h, ils peuvent leur proposer un rendez-vous.

Les SNP kinésithérapeutes ont été mis en place en avril 2023. Leur mise en place fait suite aux attentes parfois longues avant d'avoir un rendez-vous, alors que certains patients nécessitent une prise en charge rapide. En effet, souvent il y a trois semaines à un mois d'attente.

Le principe est le même que celui des médecins, c'est-à-dire que les kinésithérapeutes proposent des créneaux où ils peuvent se rendre disponibles. Le but de ces SNP kinésithérapeutes est de permettre au patient d'avoir un accès rapide à son premier ou ses deux-trois premiers rendez-vous. Le kinésithérapeute n'a pas d'obligation de prendre en charge le patient pour les rendez-vous suivants ; nonobstant, il pourra proposer au patient une fiche synthétique avec des exercices personnalisés à faire au domicile et qui aideront à la rééducation en attendant que le patient trouve un kinésithérapeute disponible. Seuls les médecins et les kinésithérapeutes ont accès à l'agenda des disponibilités. Ainsi, les médecins peuvent trouver un rendez-vous rapidement pour leurs patients tandis que les kinésithérapeutes peuvent réorienter certaines de leurs demandes chez un autre kinésithérapeute. (Figure 21)

Pour compléter sur les SNP kinésithérapeutes, j'ai pu recueillir le point de vue mon amie Lisa Barthélémy, kinésithérapeute exerçant à la Bernerie-en-Retz, commune faisant partie de la CPTS-PdR. Ce point de vue est le suivant.

La CPTS est venue présenter le projet en proposant un encadrement et un financement de la disponibilité des créneaux. Cette démarche a facilité la mise en place des SNP kinésithérapeutes. En effet, parfois, les kinésithérapeutes se retrouvent avec des créneaux ponctuels, mais n'osent pas prendre de nouveaux patients de peur de ne pas pouvoir les replacer par la suite sur d'autres créneaux. D'un autre côté, proposer des créneaux d'urgence par eux-mêmes en dehors des SNP kinésithérapeutes pourrait aboutir à une perte de revenus conséquente si la place n'est pas pourvue. Les SNP kinésithérapeutes sont un gage de sécurité pour le praticien et une nouvelle approche de soin kiné pour les patients, qui peuvent bénéficier d'une offre de soin rapide malgré un système saturé.

SOINS NON PROGRAMMÉS KINÉS
Mode d'emploi

SNP KINÉS : UNE PRISE EN CHARGE PONCTUELLE

POURQUOI ?
Délais d'attente des kinés ne permettent pas une réponse rapide pour une prise en charge urgente.

POUR QUI ?
Une personne qui nécessite une prise en charge en kinésithérapie non programmée

LES INDICATIONS

- Rééducation post-opératoire
- Kiné respiratoire
- Kiné traumatologique
- Troubles musculosquelettiques en phase aiguë / subaiguë
- Continuité de soins lors de l'absence du kiné non remplacé

COMMENT ?

- Un rdv sur un agenda partagé
- 1 à 3 séances ponctuelles
- Remise d'une fiche synthétique
- Poursuite de la prise en charge par un kiné du choix du patient

PRISE DE RENDEZ-VOUS

📞 Télésecrétariat : 02 52 33 11 50 (à ne pas communiquer aux patients)
👉 Créer son accès sur la plateforme : Inzee Care

RENSEIGNEMENTS

Jésabelle MORICEAU
☎ 06 02 44 65 87
✉ jesabelle.moriceau@cpts-paysderetz.fr

Figure 21. Flyer de la CPTS-PdR concernant les SNP kiné

Des réflexions sont en cours pour mettre en place de nouveaux SNP en dentaire, infirmerie ou maïeutique.

2. Prévention du tabac

2.1. CPTS-TdM

La CPTS-TdM intervient dans les MFR et les lycées du secteur. Des infirmières et des chargés de prévention de l'agglomération se déplacent pour échanger avec les jeunes sur leur consommation de tabac, et s'ils le souhaitent, sur leurs autres consommations de cannabis, drogues, etc.

Certaines formations sont proposées auprès des professionnels sur les substituts nicotiques, car quasiment tous (sauf le pharmacien) peuvent en prescrire.

Ces formations permettent de mobiliser les professionnels de santé pour qu'ils puissent en parler aux patients et se sentir légitimes face à eux et aboutir à une prescription dans l'intérêt du patient et adaptée à son profil.

2.2. CPTS-PdR

La CPTS-PdR effectue sa 2^{ème} année de suite dans la prévention contre le tabac.

Avant cela, en octobre 2021, la CPTS a proposé une formation Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) aux PDS et l'a renouvelé en 2022 avec un niveau 1 pour ceux ne l'ayant pas encore faite et un niveau 2 pour ceux formés la première année. Cette formation permet à chaque PDS de mieux aborder le sujet avec leurs patients. L'idée est de former les PDS. Cette idée ne sera pas reconduite cette année, néanmoins les professionnels formés pourront mettre leurs acquis en pratique lors des mobilisations à venir.

Suite à ces formations en 2021 et 2022, la première année concernant la mission de prévention contre le tabac a été mise en place en 2022. Sur 12 pharmacies du territoire, lors du mois sans tabac en 2022, la CPTS a positionné des infirmières Asalée et des tabacologues pour proposer des premières interventions brèves aux patients de la pharmacie pour discuter sur le tabac. Cette approche a plutôt bien marché, notamment pour les tabacologues qui ont pu proposer des créneaux de rendez-vous ensuite. D'un autre côté, les Asalée étaient plus en difficultés, car en dehors du mois sans tabac, elles ne peuvent pas recevoir de patient hors de la patientèle des médecins avec lesquels elles travaillent. La première prise de contact reste utile tout de même pour le patient.

Pour ne pas faire venir les professionnels dans la pharmacie inutilement, les pharmacies concernées fixaient des rendez-vous avec les patients. Il y a eu quelques erreurs de recrutement de la part des pharmacies, car il aurait fallu mieux former les pharmaciens en amont pour sélectionner les types de patients à orienter. En effet, certains patients sélectionnés n'étaient pas forcément à un moment de leur vie où il était le plus évident d'arrêter de fumer.

Pour l'année 2023/2024, la CPTS compte intervenir directement au niveau des entreprises pour faire des sensibilisations sur le lieu de travail. Elle compte également intervenir pour le grand public en se positionnant sur des places de marché par exemple. Le choix des pharmacies n'a pas été renouvelé. En effet, soit les patients ne prennent pas trop le temps, soit on ne cible pas tout le monde et certaines personnes fument sans avoir besoin d'aller à la pharmacie.

La CPTS prévoit 4 grands temps:

- Un temps en septembre en entreprise pour les bonnes résolutions de la rentrée;
- Un temps grand public en novembre pour le mois sans tabac;
- Un temps fort en janvier pour les bonnes résolutions;
- Un temps fort lors de la journée mondiale sans tabac le 31 mai.

3. Troubles du développement et neurodéveloppement chez l'enfant

3.1. CPTS-TdM

Les troubles du développement et neurodéveloppement (TND) chez l'enfant sont un sujet très large. La CPTS-TdM a créé une grille des repères sur l'ensemble des troubles du développement et du neurodéveloppement (apprentissage, troubles dys, etc.)

La grille est faite pour faciliter le diagnostic et l'orientation par le médecin généraliste vers les autres professionnels et spécialités (orthophoniste, ORL, psychomotricien etc.)

Dans la continuité de ce projet de prévention, la CPTS développe un projet de parcours sur les TND. Une fois le diagnostic posé, l'orientation faite par le médecin et après que l'enfant ait consulté plusieurs professionnels, la CPTS organisera des réunions de coordination pluriprofessionnelle qui permettront de renforcer les liens entre professionnels et d'échanger sur les patients atteints de ces troubles. Les PDS concernés seront indemnisés pour ce temps de coordination.

3.2. CPTS-PdR

La CPTS-PdR s'est axée sur les troubles de l'apprentissage, qui est un axe plus restreint que celui des TND effectué sur la CPTS-TdM.

L'idée est de créer une interface entre l'école, les PDS et la famille car les échanges entre eux ne se font pas de manière optimale. L'école oriente vers l'orthophoniste et/ou la psychomotricienne et les familles se retrouvent avec des bilans dans tous les sens qui leur coûtent cher. L'objectif est de mettre en avant la coordination et de cibler les bonnes orientations.

Il existe déjà en dehors de la CPTS des plateformes de coordination et d'orientation (PCO). Ce sont des structures de niveau 2 qui sont là pour aider à la pose de diagnostic de TDN sur des cas complexes.

Dans le cadre de la CPTS-PdR, on s'oriente sur des cas moins complexes; dès que l'on repère les premières difficultés à l'école. D'après les recommandations de la HAS, 10 élèves sur une classe de 30 vont présenter des difficultés en début d'année. Un enseignement adapté sera mis en place, la plupart des écarts à la norme vont se résorber naturellement. On estime que sur la classe de 30 élèves, environ 3 enfants continueront à avoir un décalage par rapport à la norme. La CPTS va cibler ces enfants, qui seront alors alertés par l'école, pour que la CPTS puisse orienter directement vers le bon professionnel et éviter des coûts inutiles aux familles; car certains examens/diagnostic ne sont pas remboursés.

La CPTS a mis en place un parcours, travaillé en lien avec les écoles privées principalement car dans le milieu public, l'éducation nationale considère que l'école n'est pas un lieu de soins.

Il est très important de travailler avec l'école car elle est en première ligne pour détecter des difficultés et est plus spécialisée qu'une grande partie des médecins généralistes, qui sont bien souvent insuffisamment formés, pour les détecter et qui ne voient pas les enfants chaque jour.

De plus, il est important de détecter un trouble de l'apprentissage au plus vite chez l'enfant pour que ce problème ne devienne pas un gros problème. La CPTS va donc aider au maximum les écoles pour les accompagner dans leur classe, car même si, selon l'éducation nationale, les professeurs des écoles sont formés, bien souvent, ils se sentent démunis. En effet, pouvoir gérer 10 élèves en difficulté dans une classe de 30 les mets eux aussi en difficulté pour adapter l'enseignement.

L'objectif est d'apporter de l'aide à ces professeurs des écoles pour mieux comprendre les enfants avec des troubles de l'apprentissage. La CPTS-PdR a donc mis en place un binôme de coordination. Une permanence avec un médecin et un professionnel du paramédical est organisée tous les mois pour écouter toutes les problématiques, soit des PDS, soit des familles, soit des écoles et pouvoir les orienter au mieux sur le type de troubles de l'enfant et savoir vers quel professionnel l'orienter, et, si nécessaire, vers les PCO.

La CPTS travaille en parallèle avec la PCO, qui est au courant des actions menées par la CPTS et vice versa. En fonction des critères, la CPTS peut orienter les enfants vers la PCO si nécessaire et au contraire, si la PCO considère un cas comme gérable par la CPTS, il leur renvoie. Le but, encore une fois est de ne pas faire de doublons et de prendre au mieux en charge chaque patient. Cette pratique permet aussi à la PCO d'avoir moins de demandes et donc de se concentrer sur les patients avec des troubles plus complexes.

La CPTS-PdR a mis en place un flyer (Figure 24), remis aux écoles, pour que les enseignants puissent cocher les signes d'alerte et le remettre au médecin. Ce dernier peut faire un premier diagnostic et s'il n'est pas à l'aise, orienter le patient vers le binôme de coordination voire même faire appel de lui-même au binôme de coordination pour avoir des informations, des conseils. En effet, il est important pour le médecin généraliste de se former et de se renseigner car c'est lui au final qui prescrira les ordonnances pour orienter vers le professionnel paramédical le mieux qualifié pour répondre aux problèmes de l'enfant. Ce professionnel peut-être un psychomotricien, un orthophoniste, etc.

Les critères d'inclusion

3-11 ans
Accord des parents
Enfant présentant des difficultés d'apprentissage/d'acquisition & des signes d'alerte
Enfant n'ayant pas les critères d'inclusion de la PCO

Saisine du binôme de coordination pour plusieurs raisons possibles :

Avant saisine, s'assurer : que le Médecin traitant est au courant, voir si ce dernier souhaite s'impliquer, si l'enfant est déjà accompagné par des professionnels de santé, si oui lesquels (ergothérapeutes, psychomotricien.ne, orthophoniste, psychologue, ...)

POUR L'ÉCOLE : saisine uniquement pour les élèves avec qui le travail différencié intensif n'a pas fonctionné > l'école est en 1^{ère} ligne et a un rôle à jouer en 1^{ère} instance.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ : appui pour l'orientation de l'enfant dans son parcours de soin, avis pluriprofessionnel

FAMILLES : écoute des besoins

Les signes d'alerte

LANGAGE ORAL

- On ne le comprend peu ou pas (articulation)
- Pas de phrases constituées (syntaxe)
- Langage insuffisant (lexique)

LANGAGE ÉCRIT - à partir du 2ème trimestre du CP

- Ne fait pas le lien graphème-phonème
- Ne lit pas les syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs Niveau CE1
- Lecture anormalement lente, imprécise, ou sans compréhension de ce qui est lu
- Refus de lire Niveau CE2 et +
- Scores insuffisants à un test étalonné de lecture et d'orthographe
- Élève en difficulté : échec vis-à-vis de la lecture, erreurs de déchiffrement ou lenteur de lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, segmenter les mots.

LES MATHÉMATIQUES

- Difficultés à se repérer dans l'espace et/ou le temps
- Pas de repère dans la chaîne numérique
- Le vocabulaire mathématiques (plus, moins, autant, entre, etc.) n'est pas maîtrisé.
- Pas de lien entre le 3, le trois et *** (quantité)

PRAXIES / COORDINATIONS

- Maladresse générale
- Difficultés dans les manipulations d'outils scolaires
- Difficultés dans l'habillage
- Manque d'appétence pour les activités de motricité fine

FONCTIONS EXÉCUTIVES

- Manque d'intérêt, enfant réveur
- Qui a besoin de bouger
- Impulsif dans les gestes ou la parole, sans filtre
- Rigidité, très attaché à ses routines
- Difficultés dans les transitions
- Gère mal le temps
- Organise mal ses idées à l'écrit

Suite - FONCTIONS EXÉCUTIVES

- Est désordonné, perd/casse/oublie ses affaires
- Difficile de maintenir une activité
- Idée fixe

RELATIONNEL / COMPORTEMENT

- Ne semble pas avoir de copain
- Reste seul à la récréation
- Communique peu avec les autres
- Refus d'aller à l'école, se plaint de maux de tête, ventre, ...
- Comportement inhibé, comportement inadapté (violent, ...)

Ajustements éducatifs mis en place à l'école afin de pallier aux alertes repérées. Et autres dispositions

Points forts / ressources de l'enfant / remarques commentaires / précisions ?

Les étapes du parcours

Un parcours pour les enfants du Pays de Retz se met en place.

L'objectif de ce document est de faire le lien entre l'école, la famille et le médecin.

Pour toute question sur le parcours, des professionnels sont disponibles pour vous aider.

Contactez la CPTS : coordination@cpts-paysderetz.fr

Parcours Troubles des Apprentissages

Figure 22. Flyer de la CPTS-PdR sur les troubles de l'apprentissage

4. Recherche médecin traitant

4.1. CPTS-TdM

La CPTS-TdM a mis en place un dispositif destiné aux personnes qui n'ont pas de médecin traitant, qui est une liste d'attente sur laquelle les patients s'inscrivent. Une fois inscrits, la CPTS-TdM recontacte les patients en leur demandant plus d'informations sur leur inscription: savoir s'ils se sont renseignés auprès des médecins de leur commune ou des communes alentours; savoir s'ils ont eu des refus des cabinets médicaux, etc. (Figure 23)

Si les patients ont essayé un refus, la CPTS essaient de savoir pourquoi: soit en demandant aux patients s'ils ont la réponse; soit en consultant directement les cabinets médicaux concernés. La CPTS essaiera alors de temporiser avec les cabinets et de sélectionner avec eux les patients prioritaires. Dès que les cabinets peuvent prendre de nouveaux patients, ils ont accès à la liste des patients et peuvent les recontacter.



Figure 23. Flyer de la CPTS-TdM pour l'aide à la recherche d'un médecin traitant

4.2. CPTS-PdR

La CPTS-PdR surveille beaucoup les médecins qui vont partir à la retraite et anticipe la réorientation de leur patientèle à leur départ vers d'autres médecins. La CPTS-PdR a établi une liste de patients sans MT. Certains sont prioritaires comme les personnes âgées, les personnes en affection de longue durée (ALD), les patients concernés dans les projets de la CPTS.

La CPTS est en lien avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et la CPAM qui détectent des patients avec les critères requis et pourront être inclus dans le parcours de recherche du MT. En fonction des localisations, certains MT vont encore prendre quelques patients, d'autres ne pouvant plus inclure de patients et d'autres sélectionneront ceux qui en ont le plus besoin et qui auront des dossiers conséquents. Il est difficile pour les MT de prendre de nouveaux patients s'ils veulent prendre correctement en charge ceux qu'ils ont déjà.

5. Autre projets communs

Ici, nous verrons les projets mis en place dans les deux CPTS, mais qui, parfois, ne sont encore qu'aux prémices. Il s'agit de la santé mentale et du lien ville/hôpital.

5.1. La santé mentale

a- CPTS-TdM

La CPTS-TdM a organisé une réunion de coordination avec le Centre Médico-Psychologique afin de discuter du suivi alterné pour le patient entre le médecin traitant et le psychiatre.

La CPTS a également organisé une soirée Santé Mentale pour présenter et organiser la psychiatrie adulte.

b- CPTS-PdR

La CPTS-PdR n'a pas encore de projet précis concernant la santé mentale. Pour le moment, elle a simplement mis en place des ateliers du programme Barkley. Le programme Barkley existe déjà dans de nombreuses structures. Ce programme est composé d'ateliers d'habileté parentale destinés aux parents d'enfants avec des Troubles du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) avec ou sans TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation). Cette mission est un peu liée à la mission sur les troubles d'apprentissages. Ces ateliers sont composés de 10 séances, les familles sont accompagnées et conseillées sur les manières de mieux comprendre et gérer le TDAH de leur enfant.

Les différentes étapes sont :

- Information sur le trouble ;
- Analyse fonctionnelle : comprendre le fonctionnement de l'enfant, la notion de cohérence parentale, les stress intrafamiliaux qui viennent altérer la perception de l'enfant ;
- Renforcement positif des comportements adaptés : « moments spéciaux » ;
- Formulation efficace d'une demande ;
- Système efficace d'une demande ;
- Système de gommettes, de points et de privilèges ;
- Travail et collaboration avec l'école ;
- « Time out » où l'on retire l'enfant de la situation qui pose problème ;
- Gestion des lieux publics, par exemple les supermarchés et les restaurants ;
- Anticipation des problèmes futurs (72)

5.2. Le lien ville/hôpital

a. CPTS-TdM

La création du lien s'est faite par un groupe de travail entre l'hôpital et certains libéraux pour la mise en place d'une fiche de liaison en sortie d'hospitalisation. Dès que le patient sort de l'hôpital, il reçoit une fiche avec un résumé du séjour du patient.

b. CPTS-PdR

Pour le moment, il n'y a pas de réel travail mis. Nonobstant, un groupe de travail a été mis en place avec des référents ville et hôpital pour travailler notamment sur les ordonnances de sortie.

Ce lien ville-hôpital sera probablement développé en Loire-Atlantique directement par l'inter-CPTS, c'est-à-dire plusieurs CPTS en lien avec les CHU, les cliniques privées, etc.

Le but, serait de travailler sur les entrées et sorties d'hospitalisation. C'est-à-dire, faire en sorte que les PDS soient au courant si un de leur patient rentre en hospitalisation et qu'ils ne l'apprennent pas 3 semaines après. Inversement, à la sortie d'hospitalisation, que l'hôpital sache qui prévenir et prendra en charge le patient.

C. Autres projets au sein des CPTS

Cette sous-partie traite des projets mis en place dans une CPTS en particulier. Il s'agit d'une liste non-exhaustive. La mise en place de certains projets dans une CPTS ne veut pas forcément dire que l'autre CPTS ne les a pas mis en place, mais que ces projets n'ont pas été cités lors du sondage et donc pas approfondis lors de l'entretien, ou bien que les projets sont en cours de développement.

1. Terres de Montaigu

1.1. Coordination centre de vaccination

Lors de la crise COVID, un centre de vaccination a été mis en place au sein de la CPTS. Celui-ci a migré en fonction de l'avancée de la crise, mais il a principalement été situé à Montaigu et sur la commune déléguée de St Georges de Montaigu.

Le centre de vaccination a été porté par l'agglomération Terres de Montaigu et la CPTS-TdM.

1.2. Consultation SASPAS et IPA dans les MSP

Pour compléter son action sur l'accès aux soins, la CPTS-TdM aimerait ouvrir un lieu de soins pour les patients sans médecin traitant.

La réflexion en cours, en lien avec le CHD Montaigu, serait d'ouvrir des consultations qui seraient opérées par des internes de dernière année en médecine générale (interne SASPAS). Les consultations pourraient se dérouler au CHD directement mais les internes seraient sous la responsabilité des maîtres de stage universitaire libéraux. Ce dispositif existe déjà à La Roche-sur-Yon ou à Challans par exemple.

En interne, il y aurait des actions à réaliser afin de pouvoir retrouver un médecin généraliste, pour ceux qui viennent régulièrement consulter au CHD, en constituant un dossier pour eux.

1.3. Coopération médecin généraliste et pharmacien

Cette mission, en cours de réflexion, est destinée aux patientes qui n'ont pas de médecin généraliste, se présentant à l'officine avec les symptômes d'une cystite sans complication. Le projet serait de pouvoir proposer à la patiente, après qu'elle ait effectué un test sur bandelette, de prescrire ou délivrer, avec accord du médecin ou en l'informant, un traitement antibiotique. Le pharmacien serait alors délégataire du médecin.

2. Pays de Retz

2.1. Parcours personnes âgées

La CPTS est engagée dans la démarche ICOPE. Il s'agit de recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour mettre en place de la prévention primaire chez les personnes âgées.

Elle se divise en 5 parties appelés "Steps" (Figure 24):

- Step 1: Dépistage
- Step 2: Evaluation
- Step 3: Plan de soin personnalisé
- Step 4: Fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention
- Step 5: Implication des collectivités et soutien aux aidants



Figure 24. Les différents STEPS de la démarche ICOPE (73)

Le projet est porté par l'interURPS au niveau régional. Cette démarche avait déjà été testée par le gérontopôle de Toulouse. (73)

En Loire-Atlantique, l'interURPS, le gérontopôle et le Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) ont répondu à un appel à projet qui constitue un article 51. L'article 51 est un financement de l'ARS pour ce qui sort du droit commun. C'est une sorte de droit à l'expérimentation. L'organisme a 3 ans pour expérimenter quelque chose, avec des financements et qui aura pour vocation ensuite d'être généralisé. Pour ICOPE, 7 CPTS ont été sélectionnées pour expérimenter, dont la CPTS Pays de Retz. (74)

L'objectif est de former des PDS à faire passer des STEP1, premier test de dépistage durant 10 minutes sur différentes capacités: cognition, mémoire, mobilité, nutrition. Ce STEP permet de détecter où il y a des fragilités.

S'il n'y a pas de fragilités, les PDS donnent quelques conseils de prévention comme faire une activité physique, mieux manger, etc. Ils invitent la personne à repasser le test un an plus tard.

En revanche, si une fragilité est détectée au STEP 1, le patient passe au STEP 2, test plus approfondi des capacités altérées au premier test.

Plusieurs résultats peuvent alors être observés suite au passage du STEP1: soit, le patient ne présente finalement pas de fragilités particulières; soit, on met en place des actions d'accompagnement comme une activité physique adaptée, des actions diététiques ou d'autres solutions en fonction de ce qui est altéré.

Pour passer ces STEPS, la CPTS-PdR souhaite impliquer toutes les personnes capables de repérer les personnes de 60 ans et plus et qui sont en contact avec elles. La CPTS souhaite les intégrer sous réserve qu'elles soient formées par le gérontopôle. Ainsi, il n'y aurait pas que les PDS qui seraient en mesure de faire passer les STEP1.

L'idée finale est que si l'on doit détecter une faille, il faut que ça le soit le plus vite possible. Ensuite, un lien se fait avec le médecin traitant et un plan personnalisé de soin sera mis en place.

Ce projet est assez transversal car il demande d'être en lien avec tous les partenaires autour de la personne âgée. L'idée est de réussir à fédérer tous ces professionnels. La CPTS essaie de travailler avec des structures comme le CLIC et l'EAAR pour développer son projet.

Les CLIC, sont des centres d'informations destinés aux personnes âgées et à leur entourage et, plus largement, aux personnes en perte d'autonomie. Le CLIC les informe sur les aides disponibles qui leur sont destinées.

Chaque département propose un ou plusieurs points d'information locaux et chaque CLIC n'a pas le même niveau. Les missions des CLIC varient en fonction du niveau de leur label, attribué par un comité de pilotage composé du Préfet, du Président du Conseil Général, des représentants des CCAS et d'un représentant de la CPAM. Il existe ainsi 3 niveaux de labels possibles, avec pour chacun d'entre eux des attributions bien précises :

- CLIC de niveau 1 : missions de base d'un CLIC (accueil, information, écoute et soutien aux familles)
- CLIC de niveau 2: mêmes objectifs que le niveau 1 avec en plus l'organisation de missions d'évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aide personnalisé
- CLIC de niveau 3 : en plus des missions présentes dans les deux premiers niveaux, le CLIC de niveau 3 met en œuvre les plans d'aide et de suivi. (75)

L'EAAR signifie Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation elle est portée par l'hôpital de proximité du territoire. Elle fait des diagnostics à domicile pour déterminer si celui-ci est bien adapté à la personne.

L'EAAR est envoyée au domicile lorsqu'il y a eu une chute ou qu'un risque est détecté pour la personne âgée par exemple. Ensuite, l'EAAR peut recommander certaines adaptations pour le logement.

2.2. Douleurs chroniques

La méthodologie pour cibler les patients avec des douleurs chroniques au sein de la CPTS-PdR est la même que celle pour les enfants ciblés pour les troubles de l'apprentissage, c'est-à-dire qu'on essaie d'avoir une coordination pour orienter le patient au bon professionnel au bon moment.

En effet, les centres de la douleur ont des délais assez longs et la CPTS va, à l'instar des enfants avec des troubles, essayer de détecter et prendre en charge les patients douloureux légers, au début des symptômes, avant que cela ne se chronicise. Ainsi, du temps sera libéré pour les patients ayant une douleur installée d'intensité forte. Ces patients seront orientés vers le centre de la douleur.

Une infirmière a été recrutée par la CPTS et un médecin du centre de la douleur vient en appui pour l'aider.

Le médecin généraliste, lors de sa consultation va repérer les douloureux chroniques selon certains critères:

- Soit ils ont des douleurs depuis plus de 3mois;
- Soit ils ont des douleurs depuis moins de 3 mois mais présentent des risques de passage à la chronicité (plusieurs douleurs, troubles associés, etc.)

Si le médecin repère un patient ou une patiente, il l'inclut dans un outil informatique. L'infirmière employée va alors recontacter le patient en vue d'un entretien pour avoir une première approche biopsychosociale avec ce patient. Lors de cet entretien, elle va récupérer tous les antécédents, les traitements, les examens déjà effectués, etc. Elle peut également repérer des informations qui ont pu être omises par le médecin. En effet, faire un examen en 15 minutes, peut-être compliqué pour le médecin, tandis que l'infirmière passe environ 1h avec le patient.

L'infirmière est en lien avec le centre de la douleur, elle a été formée lors de son DU.

Dans ce parcours-là, l'infirmière est employée par la CPTS à 30% et est rémunérée par les fonds de l'ACI. Il n'est pas possible de recruter plus de professionnels avec ces fonds, c'est pourquoi, la CPTS répond une nouvelle fois à un appel à projet régité par un article 51. Le financement permettra de recruter et former plus d'infirmiers afin de créer une équipe.

Cette équipe de douleur de proximité servirait d'intermédiaire entre les médecins généralistes et le centre de la douleur qui est débordé.

La CPTS attend donc la validation au niveau national pour recevoir ce financement.

Pour le moment, l'infirmière consulte 1 à 3 fois en moyenne le patient. Elle peut mettre en place des neurostimulateurs et est en lien avec le MT pour l'élaboration du plan personnalisé de soins. Ensuite elle oriente le patient vers de la psychologie, essaye de remettre le kinésithérapeute dans la boucle de coordination si le patient a des séances afin de créer un échange entre PDS.

L'article 51 pourrait alors permettre de financer ce qui n'est pas remboursé pour le patient: psychologue, approches non-médicamenteuses ou alternatives etc.

L'avantage d'avoir une équipe permet d'avoir un échange, avec des profils complémentaires, par exemple, des personnes spécialisées dans l'éducation thérapeutique, des infirmières, etc.

2.3. Formation des professionnels de santé

La CPTS-PdR propose des formations souvent en lien avec les projets mis en place au sein de la CPTS. Par exemple, les PDS ont la possibilité de se former sur le RPIB avec le tabac, d'assister à une sensibilisation sur le trouble de l'apprentissage, de faire une formation de prévention à l'épuisement professionnel chez les soignants, de se sensibiliser à la maladie de Parkinson, de revoir les gestes de premiers secours etc.

Pour le moment il s'agit plus de sensibilisations qui durent 2-3h que de formations diplômantes sur des journées entières.

Une réelle formation est envisagée sur les douleurs chroniques.

2.4. Prévention de l'insuffisance cardiaque

La CPTS-PdR a organisé une marche avec la fédération de cardiologie. En fin de marche se trouvait un village partenaire avec une diététicienne donnant des conseils en nutrition, une EAPA (enseignant en activité adaptée) parlant d'activité physique, Pornic agglomération pour faisant la promotion du vélo par exemple, des podologues pour discuter sur le chaussage, un stand de repérage de fragilité ICOPE (Soins Intégrés pour les Personnes Âgées), etc.

Le but était d'axer sur la prévention, de proposer une marche aux personnes et de discuter ensuite au village des déterminants de l'insuffisance cardiaque qui sont très larges: nutrition, tabac, activité physique, etc.

D. Rôles du pharmacien au sein de ces CPTS

Le rôle du pharmacien est de participer aux actions de prévention, d'assurer un premier recours de soins, et de participer à l'efficacité du parcours de soin.

Au sein des CPTS-TdM et CPTS-PdR nous avons pu voir que le pharmacien était impliqué dans plusieurs projets:

- Agenda partagé pour les SNP;
- Contact avec les patients au comptoir et détection des patients éligibles à un accompagnement pour arrêter le tabac;
- Passage des STEP1;
- Travail en collaboration avec le médecin dans la prise en charge des cystites sans complication;
- Lien ville/hôpital avec les sorties d'hospitalisation.

De par son rôle central, le pharmacien peut-être impliqué dans de nombreux projets. Ces nouvelles compétences acquises au fil des années lui permettront de participer à beaucoup d'autres comme par exemple:

- Nutrition avec les compléments nutritionnels oraux,
- Sevrage tabagique sous d'autres formes de projets
- Lien kinésithérapeute/pharmacien en rééducation/orthopédie
- Etc.

Les CPTS centrent leurs projets sur les demandes du territoire, des patients et des professionnels de santé. Il est très fortement possible d'imaginer des projets en lien avec les ruptures de médicaments qui touchent de nombreuses pharmacies et par conséquent de nombreux patients.

Il va de soit, que le pharmacien joue un rôle important au sein d'une CPTS et permet un point de communication entre les différents PDS avec les patients et entre eux.

Conclusion

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé présentent donc un intérêt majeur dans la coordination des professionnels de santé, l'amélioration de l'accès aux soins et la promotion de la santé. Elles favorisent la collaboration entre les différents acteurs de la santé et contribuent ainsi à une prise en charge de qualité pour les patients. Elles développent des projets dans l'intérêt du patient, en venant en complément des structures ou projets déjà existants. Elles répondent à des enjeux de santé publique en axant leur projet sur le soin, la prévention et le parcours. Elles apportent également des solutions de formations aux professionnels de santé et essaient de les recruter dans les meilleures conditions sur le territoire.

En construisant son projet de santé, les CPTS reçoivent des financements qui leur permettent de mettre en place leurs missions.

De nombreuses CPTS existent déjà sur le territoire français et de nouvelles verront le jour dans les mois ou années à venir. Chaque patient sera alors inclus dans un projet de santé et les CPTS permettront aussi de pallier, en partie, les déserts médicaux.

Tout professionnel de santé a sa place au sein d'une CPTS, notamment le pharmacien, maillon important et central de la santé des patients. Grâce aux CPTS, un nouveau rôle peut lui être attribué, pharmacien correspondant, et de meilleurs échanges avec les autres professionnels de santé sont établis dans l'intérêt du patient.

A l'avenir, il ne fait nul doute que le rôle du pharmacien sera encore plus important, en particulier avec les nouvelles missions qui lui sont accordées, telles que la prescription et la réalisation de la vaccination à l'officine et la réalisation des TROD. Ces missions nécessitent encore plus de coordination et d'échanges avec le reste du corps médical et des autres structures de santé et de santé publique. Il est certain qu'être au sein d'une CPTS lui permettra de répondre à ces objectifs.

Le travail en coordination est essentiel à notre époque et il n'est plus possible de traiter sérieusement un patient sans un travail d'équipe. Les CPTS apportent une réponse qui va dans ce sens.

"Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin."

Proverbe Africain

Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#titre-bloc-1>
2. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
3. La Gazette des Communes [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Déserts médicaux : le défi du vieillissement des médecins. Disponible sur:
<https://www.lagazettedescommunes.com/651923/deserts-medicaux-le-defi-du-vieillissement-des-medecins/>
4. Atlas de l'implantation des professionnels de santé en France - C&D Online [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
<https://cdonline.articque.com/share/display/professionnels-de-sante>
5. Professionnels de santé au 1er janvier 2022 | Insee [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
6. Dres M, Copin MC, Cariou A, Mathonnet M, Gaillard R, Shanafelt T, et al. Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021. JAMA Network Open [Internet]. 28 mars 2023 [cité 18 avr 2023];6(3):e233652. Disponible sur:
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3652>
7. Infirmiers.com [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Comment le Covid a impacté la vie des professionnels de santé. Disponible sur:
<https://www.infirmiers.com/professionide/international/comment-le-covid-impacte-la-vie-des-professionnels-de-sante>
8. Prendre soin des soignants, une urgence de santé publique [Internet]. 2023 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.alliancevita.org/2023/01/prendre-soin-dessoignants/>
9. Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) - Légifrance [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031917906/>

10. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 11 avr 2021]. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville. Disponible sur:
<https://solidaritesante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>
11. 2.8.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons et centres de santé et CPTS) [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur:
<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/285-developper-lexercice-coordon.html>
12. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2022 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante>
13. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 1. L'Antiquité (du VIIIe siècle av. J.-C. au Ve siècle ap. J.-C.). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 8 mai 2023]. p. 17-58. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14320>
14. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 2. Le Moyen Âge (du Ve au XVe siècle). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 8 mai 2023]. p. 59-99. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14321>
15. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 3. La Renaissance (XVe et XVIe siècles). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 8 mai 2023]. p. 101-36. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14322>
16. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 4. Le début des Temps modernes (XVIIe et XVIIIe siècles). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018

[cité 8 mai 2023]. p. 137-79. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14323>

17. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 5. L'ère industrielle (de la fin du XVIIIe siècle à la fin du XIXe). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 8 mai 2023]. p. 181-241. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14324>

18. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Chapitre 6. L'époque contemporaine (la première moitié du XXe siècle). In: Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 8 mai 2023]. p. 243-322. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/14325>

19. Berland 2002 [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/024000643.pdf

20. Bruyère C. Les réseaux de santé français. Disponible sur:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi39JuR7PiAAxW8TKQEhdPVAvIQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Ftheses.hal.science%2Ftel-00519665&usq=AOvVaw3UWKard0kCdZ8ljO4QUzh8&opi=89978449>

21. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2005 [cité 11 nov 2022];(1):231-60. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-231.htm>

22. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°67 [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm>

23. Guide_reseaux_de_sante-2.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

24. Yvon B. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>. 2002.

25. rapport-berland.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur:
<https://www.infirmiers.com/pdf/rapport-berland.pdf>

26. Berland PY. Coopérations entre professionnels de santé : 7 ans de réflexions. Disponible sur:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiD_92H7fiAAxW2Q6QEhcY0DOKQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplore.cgi%2FTelecharger%3FNomFichier%3Dad701635.pdf&usg=AOvVaw3hE2AQcHZMN2zRoLk2qriv&opi=89978449

27. cooprofsantehas.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur:
<http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cooprofsantehas.pdf>

28. Cahier+thématique+10+--+La+coopération+interprofessionnelle.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+--+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>

29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.

30. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.

31. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. 2021 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

32. Le Ségur de la santé [Internet]. 2022 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-segur-de-la-sante>

33. esante.gouv.fr [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Le Ségur du numérique en santé. Disponible sur:
<http://esante.gouv.fr/segur>

34. Mon espace santé [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>

35. Chapitre III bis : Maisons de santé. (Article L6323-3) - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180?init=true&page=1&query=L.+6323-3&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000044628615#LEGIARTI000044628615
36. Chapitre III : Centres de santé. (Articles L6323-1 à L6323-1-15) - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586?init=true&page=1&query=L.+6323-1-10&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000036494905#LEGIARTI000036494905
37. Chapitre Ier bis : Organisation des soins. (Articles L1411-11 à L1411-13) - Légifrance [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020885399?init=true&page=1&query=+L.+1411-11&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000031930722#LEGIARTI000031930722
38. ESP CLAP [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Accueil - ESP CLAP, Equipes de Soins Primaires en Pays de la Loire. Disponible sur:
<https://www.esp-clap.org/>
39. URPS [Internet]. 2019 [cité 23 janv 2023]. ESP-CLAP (Equipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient). Disponible sur:
<https://urml-paysdelaloire.org/cooperations-interprofessionnelles/esp-clap/>
40. Section 1 : Missions et activités des officines (Articles L5125-1 à L5125-2) - Légifrance [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000036397831?init=true&page=1&query=L5125-1-1&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000036408375#LEGIARTI000036408375
41. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

42. Article L4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137201
43. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) - Légifrance [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/
44. Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant. 2021-685 mai 28, 2021.
45. Pharmacien correspondant [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>
46. DemarchesAdministratives.fr.
<https://demarchesadministratives.fr/actualites/pharmacien-correspondant-quelles-nouveautes>. DemarchesAdministratives.fr; 2021 [cité 23 janv 2023]. Quel est le rôle d'un pharmacien correspondant ? Disponible sur:
<https://demarchesadministratives.fr/actualites/pharmacien-correspondant-quelles-nouveautes>
47. CPTS-guide-2017.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>
48. Comment créer une CPTS ? [Internet]. CPTS Pays de la Loire. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur:
<https://cpts-pdl.org/comment-creeer-une-cpts/>
49. Guide CPTS PDL 2019.
50. Rémunération des CPTS [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>
51. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. 2022 [cité 14 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>

52. Article L1434-12-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497169
53. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 - Légifrance [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>
54. Cartographie des CPTS en région [Internet]. FCPTS. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>
55. Cartographie départementale des CPTS [Internet]. FCPTS. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/>
56. vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 20 avr 2023]. Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ? Disponible sur:
<http://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics>
57. Article L1434-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041397774/
58. CPTS Centre-Val de Loire [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2023]. La démarche CPTS. Disponible sur:
<https://www.cpts-centrevalde Loire.fr/vous-avez-un-projet-de-cpts/la-demarche-cpts>
59. Centre-Val de Loire : pour une région 100% santé ! | Region Centre-Val de Loire [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.centre-valde Loire.fr/vivre/proteger-la-sante/favoriser-laces-aux-soins-pour-tous>
60. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire [Internet]. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>

61. CPTS Centre-Val de Loire [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2023]. Cartographie. Disponible sur:
<https://www.cpts-centrevalde Loire.fr/les-cpts-de-la-region-cvdl/cartographie>
62. Liste des CPTS [Internet]. CPTS Pays de la Loire. 2023 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur:
<https://cpts-pdl.org/liste-des-cpts/>
63. Nantes Métropole : concentration accrue de personnes aux revenus élevés - Insee Analyses Pays de la Loire - 105 [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6469459>
64. URGENCES - Soins Non Programmés | URPS Infirmières/iers Nouvelle Aquitaine [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
<https://urpsinfirmiers-na.fr/urgences-soins-non-programmes/>
65. Service d'accès aux soins (SAS) : expérimentation en Loire-Atlantique pour garantir un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. 2022 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-experimentation-en-loire-atlantique-pour-garantir-un-acces-aux-soins>
66. Offre de soins non programmés : les mesures concernant la médecine de ville [Internet]. 2022 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/offre-de-soins-non-programmes-les-mesures-concernant-la-medecine-de-ville>
67. Article 23 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821308
68. DAC Loire Atlantique [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Accueil. Disponible sur:
<https://www.dac44.fr/>
69. vie-publique.fr [Internet]. [cité 1 août 2023]. Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Disponible sur:
<http://www.vie-publique.fr/loi/277465-loi-rist-26-avril-2021-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance>

70. vie-publique.fr [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>
71. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023.
72. HyperSupers - TDAH France [Internet]. 2013 [cité 1 août 2023]. Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Programme-d-entrainement-aux-habiletés-parentales-de-Barkley.html>
73. INSPIRE [Internet]. [cité 1 août 2023]. Le programme ICOPE. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>
74. ICOPE République Française PDF.
75. Pierry D. Aide-Sociale.fr. 2018 [cité 31 juill 2023]. CLIC : Quelles sont les missions du Centre Local d'Information et de Coordination. Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/clic-personnes-agees/>

Tables des tableaux et schémas

Figure 1. Densité des médecins en France pour 10K habitant au 01/01/2019 (4)	12
Figure 2. Densité des médecins en France pour 100K habitants au 01/01/2022 (5)	13
Figure 3. Acteurs impliqués dans une CPTS	29
Figure 4. Mise en place d'un projet de santé.....	33
Figure 5. « Arbre d'objectifs » : Définit clairement les objectifs et facilite le suivi et l'évaluation des actions. (47)	35
Figure 6. Missions socles et optionnelles des CPTS	36
Figure 7. Tableau du financement des CPTS (50).....	39
Figure 8. Schéma de mise en place d'une CPTS	40
Figure 9. Cartographie des CPTS en France au 31/03/2023 (55).....	42
Figure 10. Comparaison entre le nombre de CPTS par département avec le nombre de médecin pour 100K habitants (55) (5).....	44
Figure 11. Zonage des médecins de la région Centre-Val de Loire en 2021 (60)	46
Figure 12. Etat d'avancement des CPTS de la région	47
Figure 13. Cartographie des CPTS en Pays de la Loire au 05/07/ 2023 (les zones grisées correspondent à des zones sans CPTS) (62)	49
Figure 14. Département d'exercice des CPTS	52
Figure 15. Milieu d'exercice de la CPTS	53
Figure 16. Courbe du nombre de patient en fonction du nombre de PDS	53
Figure 17. Courbe du rapport patient/PDS en fonction du nombre de patient	54
Figure 18. Cartographie de la CPTS-TdM.....	60

Figure 19. Cartographie de la CPTS-PdR.....	61
Figure 20. Flyer de la CPTS-TdM sur les SNP médecin	63
Figure 21. Flyer de la CPTS-PdR concernant les SNP kiné	65
Figure 22. Flyer de la CPTS-PdR sur les troubles de l'apprentissage.....	69
Figure 23. Flyer de la CPTS-TdM pour l'aide à la recherche d'un médecin traitant	70
Figure 24. Les différents STEPS de la démarche ICOPE (73).....	74

Annexes

Les annexes à suivre retracent le travail effectué depuis 2021.

D'abord la retranscription de l'échange avec Mme Le Ny

Ensuite le sondage envoyé aux CPTS ainsi que toutes les réponses obtenues.

Enfin les échanges avec les deux CPTS sélectionnées pour étudier en détails leurs différents projets.

Avertissement: Ces documents annexes ne respectent pas les obligations de rédaction d'une thèse et peuvent être incomplets, comporter des informations incorrectes ou qui ne sont plus à jour, et des annotations personnelles.

Certaines informations personnelles telles que les numéros de téléphone et adresse mails personnelles ont été supprimées par respect de la confidentialité. Les adresses mails et numéros de téléphone publics des CPTS ont été laissés lisibles car disponibles sur internet à tout public.

Annexe 1: Retranscription de l'échange avec Mme Le Ny, coordinatrice à l'inter-URPS de Nantes, du 17/06/2021

Comment se met en place une CPTS? (EN PDL)

Début de mise en place des CPTS en septembre 2018. Un chargé de mission inter-URPS est recruté et doit lancer la méthodologie.

Les coordinateurs sont appelés par les professionnels, à la base, surtout par du bouche à oreille. Les premiers intéressés en 2018 étaient principalement des élus URPS, sensibilisés par l'exercice pluriprofessionnel, qui existait peut être déjà en maison de santé ou en ESP-CLAP. L'ESP-CLAP est une expérimentation régionale. Cela signifie Equipe de SOIN PRIMAIRE COORDONNEE LOCALEMENT AUTOUR DU PATIENT. .

Une fois que le professionnel entre en contact avec le coordinateur, celui-ci lui demande de réunir entre 10 et 15 professionnels de santé de plusieurs professions. Une fois qu'il a réuni son équipe, il recontacte le coordinateur et ils fixent ensemble la réunion exploratoire.

Dans cette réunion, exploratoire on présente ce qu'est une CPTS, on présente les grands enjeux, le temps que ça prend, les modalités de financement (qu'est ce que l'ACI), le contrat avec la CPAM. On leur explique la méthodologie et l'objectif de recruter quelqu'un, le coordinateur, pour mettre ensuite les actions en place.

Si les 10-15 professionnels de santé sont partants, on se lance dans une plénière. La plénière est un territoire d'invitation, c'est-à-dire que tous les professionnels de santé de ce territoire sélectionné sont invités par le coordinateur. Lors de la réunion plénière, le coordinateur présente une nouvelle fois le dispositif aux professionnels de santé, avec des témoignages de CPTS voisines, de professionnels de santé. Ensuite, en fonction des personnes présentes et volontaires, les territoires d'invitations peuvent être modifiés (augmenté ou diminué).

Dans un second temps, des groupes de travail sont organisés. Le coordinateur demande de noter les premières réflexions sur les différents projets à établir.

A savoir que dans le contrat de la CPAM, il y a des missions socles et des missions optionnelles:

- Les missions socles axés au soin, à la prévention et au parcours. Les professionnels de santé peuvent y faire ce qu'ils veulent comme mission du moment que ces trois thématiques soient respectées.

Par exemple dans la mission soin, il s'agit de donner aux patients accès à un médecin traitant ainsi qu'un accès au soin non programmé. Cependant, la CPTS choisit la façon dont elle veut permettre aux patients d'accéder à ces soins.

De même, pour les missions prévention et parcours, les PDS s'organisent comme ils les souhaitent. L'idée est de partir du besoin des territoires et d'y répondre.

Les groupes de travail sont ensuite lancés, on invite les partenaires, les acteurs.

La CPTS est une future association (loi 1901), qui ensuite décroïonne. C'est-à-dire que dans les adhérents et les conseils d'administration, il y a des professionnels de santé à titre individuel, des PDS à titre moral (structure morale comme MSP), des élus communautaires et aussi des centres hospitaliers etc.

Ensuite, la CPTS s'organise en interne, savoir si un PDS participe au conseil d'administration ou non, ...

En PDL, on en est à environ 30 CPTS, 11 qui ont signé le contrat avec la CPAM (l'ACI) bientôt 13 depuis 2018.

En Vendée, tout le département est recouvert de CPTS, la Loire Atlantique est quasiment recouverte et les autres départements ne sont pas totalement recouverts.

Parmi les CPTS de PDL, le coordinateur n'accompagne pas toutes les CPTS, certaines se sont créées seules, avec des professionnels de santé qui sont sur le sujet depuis 2016 et qui ont monté leur association par eux même en lien tout de même avec la CPAM pour le financement. D'autres sont accompagnées par la MSA et les coordinateurs font simplement du co-accompagnement.

En Mayenne, la particularité est qu'il y a pas mal de pôles de santé. Ces pôles de santé sont en train de se transformer en CPTS. Ce qui va changer entre le pôle de santé et la CPTS sera l'intégration des professionnels de santé du territoire qui ne faisaient pas partie des pôles santé. Se verront ajoutés les MSP, les ESP-CLAP, les centres de santé et les professionnels de santé "isolés", le tout autour d'une population.

Les missions changeront ou bien de nouvelles missions s'ajouteront dans la CPTS.

L'objectif de la CPTS est d'être beaucoup plus large qu'une MSP. Si l'action de prévention de la MSP fonctionne, pourquoi ne pas la développer sur tout un territoire pour en faire profiter plus de patients du territoire.

Par exemple, des ateliers d'ETP faits par la MSP dans un collège pourront être étendus aux collèges alentours dans le cadre de la CPTS en communiquant entre professionnels de santé.

La finalité restera TOUJOURS le bénéfice du patient.

Les collectivités, les cliniques, les centres hospitaliers seront aussi recrutés pour travailler sur le parcours. On travaillera notamment avec les CHU. Par exemple à Ancenis la CPTS travaille avec le CHU de Nantes et le CHU d'Angers. L'objectif de la CPTS et du coordinateur va être de faire les liens avec les 2 CHU et d'essayer d'améliorer les sorties d'hospitalisation, pour que les infirmiers, médecins, pharmaciens de la CPTS ne se retrouvent pas avec des sorties sur le territoire le vendredi soir quand il n'y a plus personne.

A Nantes, il n'y a pas de CPTS, on trouve les CPTS plutôt dans les territoires alentours. La problématique est le découpage de Nantes. Lorsque la CPAM accorde l'ACI, elle l'accorde sur un territoire avec des communes "complètes", c'est-à-dire qu'il peut y avoir une ou plusieurs communes qui en font partie. Mais comme la création d'une CPTS se fait également en

fonction d'un nombre de personnes et de la demande d'un territoire donné, une ville comme Nantes ne peut avoir qu'une seule CPTS pour la ville entière. Il faudrait alors prévoir un maillage de la ville. Et c'est là que la question se pose vis-à-vis du financement. C'est la différence avec les plus grandes villes (Paris, Lyon) qui ont des arrondissements et des circonscriptions.

Le problème de Nantes se pose aussi pour les "communes nouvelles", ce sont des communes qui se sont regroupées pour n'en faire qu'une. Le problème parfois, comme en Maine et Loire, c'est que ces communes nouvelles peuvent être très grandes mais les enjeux de santé peuvent être très différents et tandis qu'une partie de ces communes devraient faire partie d'une CPTS, l'autre partie devrait faire partie d'une autre CPTS pour pouvoir répondre au mieux aux besoins du territoire. Mais on ne peut pas découper une commune nouvelle dans le cadre des CPTS.

Il y a 4 tailles de CPTS:

- taille 1: moins de 40000 habitants
- taille 2: [40k et 80]
- taille 3: [80k et 180K]
- taille 4: > 180k

Ce qui change dans ces tailles de CPTS c'est notamment le budget de financement et le budget fixe et variable.

Une CPTS a un contrat de 5 ans et pendant 5 ans, la CPTS aura des fonds pour mettre à bien ses actions, mais en même temps des indicateurs à atteindre.

Ces indicateurs sont le fixe et le variable : si l'indicateur sur le fixe n'est pas atteint, la CPTS aura tout de même son financement. Si l'indicateur pour le variable n'est pas atteint, la CPTS ne recevra pas son financement.

Ce qui est préconisé pour les CPTS, c'est de mettre dans le fixe des indicateurs qui peuvent paraître un peu difficilement atteignables et dans le variable c'est de mettre le contraire.

Quel intérêt pour les professionnels?

L'intérêt est de mieux se connaître entre pros de santé, l'intérêt pour leurs patients est d'avoir un réseau.

Si j'ai un problème avec un patient, ou si un patient ne suit pas le parcours de soin et que je ne sais pas ce qu'il devient ça permet d'échanger. La CPTS permet aussi d'échanger sur des retours d'expériences et sur des pratiques. Cela permet aux professionnels de s'améliorer dans leur exercice. L'autre intérêt pour les professionnels est d'attirer d'autres praticiens. Le fait d'être dans un réseau qui fonctionne dans lequel on peut mettre en place des actions prévention parcours accès au soin et de ne pas se retrouver seul même si on est en exercice dit "isolé" (orthophoniste, podologue etc.) sera plus rassurant et donc incitera à intégrer la CPTS.

Egalement les professionnels de santé pourront se fixer de nouveaux objectifs, mettre en place de nouveaux projets qu'ils n'auraient pas pu réussir seuls. Ils peuvent mettre en place des protocoles de délégation de tâches, ou promouvoir ce type de protocole.

Par exemple, ça peut être aussi pour les orthophonistes, je ne suis pas en lien avec les professionnels du territoire et pourtant il y a une forte pénurie d'orthophonistes et donc les listes d'attentes sont énormes. Est-ce que dans la CPTS on ne peut pas imaginer une priorisation et un travail avec les orthophonistes pour les soins. Se dire dans ces cas-là, est-ce que l'orthophoniste ne peut pas briefer les pros de santé sur ce qu'il font et ensuite prioriser les patients cad ne plus laisser passer la prise de RDV sur avis des instits, mais plutôt sensibiliser les instits à faire passer l'enfant chez le médecin qui pourra établir un premier bilan et permettre une hiérarchisation dans la demande de prise en charge. Notamment pour les personnes ayant fait un AVC qui ont besoin parfois de réapprendre à parler et qui pourraient avoir un caractère plus urgent vis-à-vis d'un enfant orienté par un instituteur alors que le problème ne vient pas de là.

Dans une CPTS, ils ont voulu faire de l'éducation au patient suite à la démission de 2 secrétaires car les patients n'étaient pas contents de ne pas avoir RDV chez le médecin.

Il y a donc également l'envie de travailler avec les communes et les communautés de communes pour éduquer/informer la population. (Challans, Luçon, les Herbiers).

Chaque professionnel à titre individuel trouvera son intérêt également par rapport à sa problématique. Notamment dans le fait de faire partie de quelque chose de plus grand et donc d'avoir une plus grande facilité à communiquer avec des organismes : ARS, CPAM, cliniques, CH, structures comme l'IREPS.

Tout seul on va plus vite, à plusieurs on va plus loin.

Quelques exemples mis en place:

- A Guérande, pénurie de médecin, il a été envisagé de mettre en place une équipe mobile. Reste encore à trouver le personnel. Cette équipe mobile serait là pour répondre aux attentes estivales et à l'augmentation de la population qui n'a pas accès à un médecin du fait de la pénurie.
- A Pornic, beaucoup de chutes de personnes âgées. Comment on peut améliorer leur parcours, et donc prévenir les chutes et ainsi éviter un passage chez le kiné qui est saturé et qui ne pourra donc pas rééduquer la personne âgée qui fera une seconde chute et ainsi de suite jusqu'à finir à l'EPHAD.

Pour résumer, la mise en place d'une CPTS aura un impact contre l'isolement des patients, l'isolement des professionnels de santé et permettra la mise en place de services et de communication.

Certaines zones sont en manque de professionnels de santé. Il est mis en place des zonages qui impliquent qu'il faille un certain nombre de professionnels de santé dans une zone donnée. Chaque discipline a son propre zonage.

On pourrait parler du manque de professionnels de santé, notamment dans certains endroits (Vendée) et donc la CPTS va permettre de rendre le secteur plus attractif. Et dans les secteurs où il ne manque pas ou il manque moins de pros de santé, l'intérêt tout de même est de pouvoir optimiser le système et même organiser des choses plus importantes.

Les CPTS ne se réfèrent pas au zonage pour être mises en place contrairement à d'autres structures comme les ESP-CLAP. Cependant, l'objectif de la CPTS est de promouvoir également les aides que peut proposer la CPAM ou l'ARS en fonction des zonages : aide d'installation, etc. qui ne sont pas forcément connues. Ce sont des aides propres aux deux instances en fonction du zonage (si on est en zone prioritaire par exemple). En fonction de la zone, l'ARS et la CPAM donnent des aides. Malheureusement, cela ne fait toujours venir les professionnels.

Les Herbiers veulent aller à la FAC d'Angers pour présenter le territoire des CPTS, dire qu'ils sont en territoire prioritaire, qu'il y a donc des aides et donc essayer de faire venir des professionnels de santé tout en les intégrant à la CPTS et donc s'accompagner au besoin.

(La CPTS peut aussi promouvoir les formations pluri-pro pour mieux se connaître. Notamment promouvoir les maîtres de stage, savoir qui ils prennent, qui ils ne prennent pas. Aux Herbiers encore, dans le cadre de la CPTS, partenariat entre un médecin généraliste et un centre de santé, le médecin généraliste accueille un stagiaire, un étudiant etc. et le but est de lui faire découvrir à la fois le libéral et le côté salarié pour être sûr qu'il reste sur le territoire.)

Les CPTS deviennent les interlocuteurs privilégiés au local de l'ARS, de la CPAM et de beaucoup d'autres interlocuteurs comme le GHT (groupement hospitalisé territorial) pour donner l'avis du libéral. Les CPTS ont même une place dans les instances de démocratie sanitaire comme les CTS les CRSA (*recherche sur internet*), les conseils territoriaux de santé, animé entre autres par l'ARS. Leur but est de suivre les projets, mais également d'apporter leurs connaissances de terrain, ce qui se passe, etc. Petit à petit sur le plan politique et santé publique, elles deviennent des interlocuteurs privilégiés des instances.

Les laboratoires, les structures qui font des outils ont bien compris l'intérêt des CPTS. Notamment tous les outils de gestion de santé, comme Plexus, mon espace santé CPTS, jamespote, etc.

Il existe la f-CPTS, qui est la fédération CPTS au national et qui a une vision beaucoup plus large. Ils suivent toutes les CPTS. Nadie Georget en est la coordinatrice.

Période COVID: centre de vaccination était dans le territoire CPTS (hors grande ville), une des missions socles des CPTS est la gestion de crise.

Au national, il a été mis en place une expérimentation SAS Service d'accès au soin. Le 44 est retenu comme territoire pilote sur 22 autres territoires nationaux. On demande aux pros du 44 de s'organiser sur les soins non programmés. On comprend que le SAS va s'appuyer sur ce qui existe dont la CPTS.

Un patient va appeler un numéro dédié, on tombe sur une personne qui prend nos coordonnées qui nous renvoie vers un opérateur de soin non programmé. Cet opérateur fait une régulation et il doit estimer sous combien de temps le soin doit être effectué. Une fois que la régulation est faite, on envoie au médecin de la régulation. L'opérateur doit vérifier que le patient n'a pas déjà pris RDV chez le médecin traitant ou autre. L'opérateur va s'appuyer sur les CPTS, car elles se sont organisées sur les soins non programmés. On va s'appuyer sur les maisons de santé car elles travaillent déjà pour la plupart sur les soins non programmés (exemple: plusieurs médecins sont dans une même maison de santé, chaque jour un des médecins doit avoir des créneaux de libre et ils font une rotation entre eux. Bien évidemment ces soins non programmés sont rémunérés).

Maison de santé: ne touche que la patientèle de la maison de santé, pas un territoire.

Atelier ETP: mise en relation entre les pros de santé.

Pas de concurrence dans une CPTS, permet donc de faire en sorte que les pros de santé soient ensemble et non pas concurrents. Même si cette notion de concurrence disparaît car il y a largement assez de patients pour chaque pro de santé.

Soins non programmés: en journée, hors permanence (entre 8h et 20h). C'est un soin pour lequel on doit répondre sous 24/48h

Gardes: service de soin organisé par l'ADOPS.

Problématique des CPTS: dans une ville pas possible de diviser pourtant dans une grande ville, le territoire est trop étendu.

Parfois, deux territoires proches n'ont pas les mêmes problématiques et donc pas forcément d'intérêt à faire partie de la même CPTS, pour autant un des deux territoires donnés peut aussi vouloir intégrer l'autre pour lui venir en aide, le motiver. Exemple avec la CPTS de Guérande, qui a invité Trignac et St Nazaire à leur plénière pour aussi leur dire qu'il y a quelque chose à faire sur leur territoire et qu'il faut le faire. Et qu'en plus le territoire de Guérande aura forcément relation avec le CH de St Nazaire. Du coup s'il y a une CPTS, c'est-à-dire deux coordinateurs le lien est vite fait.

Néanmoins, les deux territoires sont différents d'un côté très aisé et âgé et de l'autre côté très urbain et plus défavorisé.

Il est important d'avoir une cohérence territoriale. Par exemple en Vendée au tout début il y a eu une CPTS aux Sables d'Olonne, une CPTS Sud Vendée et une CPTS à Challans. Plus tard on a eu une CPTS à Luçon, or la CPTS Sud Vendée existait déjà.

Un projet de CPTS peut bouger et la CPTS peut évoluer, s'agrandir ou rétrécir. En l'occurrence maintenant toute la Vendée est remplie de CPTS et il ne devrait pas y en avoir de nouvelles, ni de fusion (car ce sont déjà des grandes CPTS), pour autant il peut y avoir une évolution au sein même de la CPTS.

La CPTS va toujours être en mouvement, le projet qu'on va imaginer et qui sera envoyé à la CPTS peut bouger notamment lorsqu'on intègre plus de monde qui peut avoir de nouvelles idées. Il y a la possibilité de faire des avenants à ce contrat. On va signer pour des actions mais on va mettre en place des avenants pour mettre en place de nouvelles actions.

Il se met en place actuellement des DAC (dispositif d'appui à la coordination), anciennement PTA (plateforme territoriales d'appui), qui sont départementaux.

Le dispositif va soutenir l'organisation du terrain, et donc les CPTS quand il y en a. Le DAC c'est un numéro unique pour les professionnels de santé. CAD je suis pharmacien, j'ai en face de moi un patient avec un cas particulier et compliqué (exemple le plus souvent donné: femmes enceinte, VIH, en situation de handicap et sans médecin traitant). Le pharmacien va donc appelé le DAC et une équipe de personnes va aider le professionnel de santé pour réorienter le patient. Le pro de santé aura fait son rôle en réorientant le patient. Ce dispositif existe déjà dans le 85 et en Mayenne. Un DAC 44 est en cours. Le DAC est une association supplémentaire. Par exemple, dans le 85 les CPTS sont dans le conseil d'administration pour permettre de répondre au mieux à la difficulté du territoire.

Le DAC aura pour objectif de s'appuyer sur ce qui existe pour éviter de faire des doublons et essayer d'harmoniser les choses.

Plus de force pour négocier auprès des instances, plus de force pour négocier avec les hôpitaux.

Sur Vallet/Clisson (CPTS vignoble) et la CPTS de Vertou, les professionnels se plaignaient de ne pas avoir le CHU. Les coordinatrices ont essayé d'appeler le CHU en vain. Elles ont donc décidé de passer par le dispositif Maia pour les personnes âgées. La personne Maya travaille également au CHU, elle est venue en réunion CPTS et à ce moment-là, ils ont appris qu'il y avait un parcours gériatrique au CHU qui était travaillé, mais sans les libéraux. Ils se sont réunis pour travailler sur les sorties d'hospitalisation des personnes âgées, mais sans consulter les professionnels de ville. La référente Maia va intégrer les représentants CPTS au groupe de parole.

Il y a en contrepartie beaucoup d'attentes des CPTS, au niveau du ministère notamment. Il a été appris par le ministère qu'il fallait mettre en place 56 CPTS en région Pays de la Loire avant 2022 (dans le cadre du projet 2022). Compliqué à faire, notamment car actuellement il n'y a pas suffisamment de projet en cours et également car à la base les CPTS se font sur volonté des professionnels de santé.

Ce qui compte sur une CPTS. C'est la cohérence territoriale, les flux de patients et le lien des professionnels de santé. Chateaubriand sur le 35,44 et 49 par exemple, pas de frontière régionale ou départementale.

Y a-t-il une connaissance par les professionnels de santé?

L'inter-URPS, qui est situé à l'URML, informe les professionnels de santé sur ce qu'est une CPTS, à quoi ça sert, comment la mettre en place.

L'objectif est de présenter directement la CPTS si les professionnels sont intéressés après avoir été informés. C'est différent d'un démarchage sur le territoire pour venir imposer une CPTS.

Lorsqu'une plénière est lancée, la démarche vient du petit noyau de départ des professionnels de santé qui signent le courrier. Cela ne vient pas directement de l'URPS ou de la région.

Ordonnance du 12 mai: oblige les CPTS à être des associations, permet également aux CPTS de ne pas payer de TVA.

Gestion crise COVID: CPTS gère la crise à la place de l'ARS (centre de vaccination). Pour les centres de vaccination au départ il n'y avait pas de financement, puis l'ARS à financer les centres portés par les CPTS.

Crise a permis de voir qu'il y a avait un besoin de communication plus large.

Pharmacien correspondant:

SAS-DAC-CPTS à mettre en avant. On s'appuie sur les CPTS pour mettre en place toutes ces nouveautés.

Qu'est ce que le plan d'accès au soin?

Maillage territorial pour permettre d'accéder aux soins.

Qu'est ce qu'on attend d'une CPTS?

Missions socles et optionnelles.

Qu'est ce qui peut être mis en place?

ETP, téléconsultations (site de l'ars avec diagnostic par CPTS), mettre en avant les problématiques du territoire pour mettre en place des thématiques: cancer du sein, dépistage du cancer colorectal, travail avec les EPHAD pour les téléconsultations (remplace les médecins coordinateurs qui sont de moins en moins présents, ... mise en place de téléconsultation pour former l'infirmière à l'outil (si un médecin qui n'a pas le temps de se

déplacer il prend un petit temps de téléconsultation et l'infirmière est les mains du médecin), téléexpertise.

Voir le site internet fcpts.org

Qu'est ce qui est bien et moins bien dans une CPTS?

Moins bien: se lancer (environ 1 an à mettre en place et rien ne se passe...), négociation du contrat (prend du temps aussi, 4-5 mois), au départ beaucoup de réunion qui prennent du temps (entre 1 toutes les deux semaines et 2/semaines), peut sembler être une usine à gaz pour les PDS (avec tout ce qui gravite autour), difficultés pour les grandes villes sans arrondissement (comme Nantes)

Bien: l'intérêt pour le patient, la communication interprofessionnelle, les outils mis à disposition

Pour le moment pas d'obligation pour le professionnel de participer à toutes les actions de prévention.

Une CPTS même si on n'est pas adhérent, on est informé. Il n'y a pas de rétention d'information.

A l'avenir les CPTS deviendront-elle obligatoire?

Quelle place pour le pharmacien? Beaucoup de pharmaciens concernés par les CPTS, notion pluripro, communication avec l'hôpital, en général peu de problème à intégrer des pharmaciens, contrairement aux dentistes qui ne veulent pas et qui ne comprennent pas l'intérêt. Beaucoup de pharmaciens présidents, co-présidents, trésoriers.

Il faut au moins un médecin de premier recours dans le CA (recommandé +++), mais pas forcément président.

Pour le patient: meilleur suivi, meilleure réorientation (on sait plus facilement quels pros de santé recrutent encore des patients)

DMP: FIN

Ma santé 2022: nouveauté

Est-ce que la ville ou la région ont un rôle?

OUI, certaines communes ou communauté de communes ont des référents santé ou des contrats de santé. On s'appuie sur les CLS, ou les PLUS (plan local unique santé sociale) en lien entre les mairies et la CAF, on travaille sur la santé au sens large.

Au niveau du conseil départemental aussi car l'on s'appuie, notamment, sur les PMI.

En ce qui concerne la région, pas d'aide particulière
Il n'y a aucun accord préalable à avoir des communes ou villes.

Qui finance?

ARS et CPAM (40000 pour le premier et selon contrat pour le second)

Y a-t-il une rémunération pour les pros?

L'objectif est bien d'indemniser les professionnels, qu'ils soient dans le CA ou un groupe de travail. Dans ces cas-là, il y a rédaction d'un règlement intérieur. Chaque CPTS indemnise comme il l'a envie. L'indemnisation pour la participation aux groupes de travail avant la signature de l'ACI est rétroactive. Une fois que l'on met en place les actions, les nouveaux groupe de travail, le CA etc. on indemnise au fur et à mesure (CA= conseil d'administration [pas forcément membre du bureau]), ce n'est pas une rémunération c'est une indemnisation pour le temps passé. Celui qui est dans son coin et qui ne participe à rien ne sera pas rémunéré.

ETP: mettre en place dans une ville un atelier pour une population visée. Pour aller chercher et recruter cette population visée, on se met en lien avec les partenariats, les acteurs de la CPTS, les communes, les villes, les communautés de communes.

Ex: ETP diabète avec un podologue, un médecin, un pharmacien.

Chose mise en place par le COVID?

Mise en pause de certaines CPTS, mais mise en place de centre de vaccination et dépistage de la COVID par les CPTS

Fin.

Annexe 2: Questionnaire envoyé aux CPTS

Rubrique 1 sur 4

Projets CPTS

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse traitant de la création des CPTS et de la mise en place des projets de santé, j'aurai besoin de récolter des informations sur votre CPTS.

L'objectif de ce sondage est de recueillir des informations sur les différentes CPTS des Pays de la Loire et les différents projets qui y ont été mis en place.

Les réponses que vous pourrez m'apporter me permettront également de comparer plusieurs CPTS afin de souligner dans ma thèse de la diversité des projets mis en place en fonction des enjeux territoriaux et des différentes populations qui résident en leur sein.

Je pourrai donc être amené suite à vos réponses et avec votre accord à vous contacter pour des questions supplémentaires et des précisions sur vos réponses concernant les projets mis en place et à venir.

Ce sondage est très rapide et demande moins de 5 minutes pour être répondu.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous y porterez ainsi que pour vos réponses.

Félix GUILLAUD

Rubrique 2 sur 4

État des lieux

Cette partie à pour objectif d'identifier votre CPTS

Quel est le nom de votre CPTS? *

Réponse courte

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Réponse courte

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Réponse courte

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

- Rural
- Urbain
- Bord de Mer
- Montagne
- Autre...

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

Réponse courte

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

Réponse courte

Rubrique 3 sur 4

Projets dans la CPTS



Dans cette partie, il vous sera demandé de parler brièvement des projets mis en place dans votre CPTS.

Un des objectifs est notamment de comparer les différentes CPTS entre elles et de développer sur les attentes variables des patients en fonction des localisations et des enjeux de santé différents.

Ces informations me seront utiles à la rédaction de ma thèse et je pourrai notamment prendre contact avec vous par la suite pour plus d'informations et développer vos projets plus en détail dans la thèse.

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Réponse longue

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Réponse longue

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Réponse longue

Rubrique 4 sur 4

Coordonnés



En fonction de vos réponses, je pourrai avoir besoin de vous recontacter. Cette partie sert simplement de demande d'informations et coordonnées

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Si oui, quel interlocuteur peut-être contacté? (mail, numéro de téléphone etc.)

Réponse courte

Annexe 3: Réponse de la CPTS Perche Emeraude

Quel est le nom de votre CPTS? *

Perche Emeraude

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

72

Quel est la date de création de votre CPTS? *

16/12/2021

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

72

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

29000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Déploiement IPA/ assistant médicaux
3 protocoles de coopération avec les pharmaciens d'officine
Consultation à domicile assistée par IDE en telemedecine
Outil de communication sécurisé commun à tous
Parcours patients
Lien ville /hôpital
Situation complexe
Parcours cardio
Parcours diabète
Formation des PO à la délivrance des kits cancer colo rectal
Actions de prévention cancer

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Formation interprofessionnelle continue
Attractivité du territoire
Formation des PS au repérage de la crise suicidaire

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Nous remettons à jour nos fiches actions en fonction de l'évaluation des projets

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

- Oui
- Non

Annexe 4: Réponse de la CPTS du Pays de Retz

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS Pays de Retz

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Loire-Atlantique - 44

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Juin 2020 pour le statut associatif

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

- Rural
- Urbain
- Bord de Mer
- Montagne
- Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

540 professionnels de santé d'après données CPAM (+ environ 100 ergo, psychomot, psychologues)

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

98000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Parcours Douleurs chroniques
Parcours Troubles des apprentissages
Prévention tabac
Soins non programmés médecin

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Poursuite des projets ci-dessus
Parcours personnes âgées
Soins non programmés kinés
Action de prévention insuffisance cardiaque
Formation des professionnels

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Santé mentale
Formation des professionnels
Lien ville-hôpital

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

- Oui
 Non

Annexe 5: Réponse de la CPTS Sud Loire Vignoble

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS Sud Loire Vignoble

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Loire Atlantique

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Octobre 2020

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

550

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

107000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Accès Médecin Traitant
Soins Non Programmés
Télésanté
2nd recours
Parcours Personne Agée (Lien Ville/Hopital)
Parcours de la personne présentant des Risques Suicidaires
Parcours des enfants présentant des Troubles du Neuro-développement
Parcours de la personnes présentant une Insuffisance Cardiaque
Dynamique de prévention territoriale
Education Thérapeutique du Patient
Prévention et repérage des fragilités chez la personne agée
Prévention et sensibilisation au risque suicidaire
Repérage et sensibilisation aux Troubles du Neuro-développement
Prévention et sensibilisation à l'insuffisance cardiaque
Education à la sexualité et à la vie affective
Sensibilisation à la Santé Environnementale et Parentalité
Stage pluri-professionnels en immersion Vis ma Vie
Accompagnement à la Qualité et à la Pertinence des Soins
Accompagnement des professionnels de santé du territoire

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Idem que pour l'item précédent

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

En cours de reflexion pour notre négociation d'ACI (mai/juin 2023)

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 6: Réponse de la CPTS du Haut Bocage

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS DU HAUT BOCAGE

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Vendée

Quel est la date de création de votre CPTS? *

ASSO 09/2020 et Signature ACI le 18/03/2022

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

349

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

87077

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Le Centre de Soins Non Programmés (pour éviter le recours aux urgences)
Parcours accueil des internes
téléexpertise, télémedecine
Parcours femme/ enfant, radiologie,
Formation PSC1
Formation plagiocéphalie, Formation Vaccination HPV + actions de prévention aller ver le public
Prévention dépistage cancer colorectal
Réalisation d'un guide de l'ETP (Education Thérapeutique du patient)

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Accueil des internes : aller vers un logement des internes et développer des stages en exercice coordonné,
CSNSP : ouverture aux autres professionnels de santé et renforcer la communication
Création d'un réseau en téléexpertise
Parcours sortie d'hospitalisation : pansements/ chir/traumatologie
Favoriser des créneaux prioritaires scanner
Parcours en santé mentale/ addictologie
Prévention : vaccination, santé au travail (arrêt de travail), dépistage cancer
Accompagner les PS : Conférence sur comment gérer un conflit avec un patient, créer un annuaire, créer un espace adhérent sur le site internet....
Mettre en place des formation continue sur des thématiques pour les PS
Soirée : présentation d'un métier

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Actions sur plusieurs années de fait, mais point à travailler cette année par des réunions par corps de métiers.

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 7: Réponse de la CPTS Plaine et Marais

Quel est le nom de votre CPTS? *

Plaine et Marais

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Vendée (85)

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Asso : mars 2020 - ACI : mars 2021

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

- Rural
- Urbain
- Bord de Mer
- Montagne
- Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

260 libéraux

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

68 000 habitants

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Centre de soins non programmés ; inter-connaissance entre acteurs ; prévention séniors, prévention adolescents ; parcours santé mentale ; parcours ville-hôpital, recensement locaux disponibles, annonces, accueil des nouveaux professionnels,...

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

soins oncologiques de support ; prévention diabète ; vaccination ; interconnaissance entre acteurs ; annonces/locaux disponibles pour attractivité ; accompagnements d'équipes vers exercice coordonné ; parcours santé mentale, sortie d'hospitalisation,...

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Améliorer le niveau d'équipement pour l'accès aux soins : IRM, projet de consultations avancées, SASPAS pour consultations de patients sans médecin, parcours personne âgée,...

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 8: Réponse de la CPTS Littoral Vendéen

Quel est le nom de votre CPTS? *

Littoral Vendéen

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Vendée

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Janvier 2019

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

Environ 600

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

90000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Soins non programmés en médecine générale, protocole diabète, prévention tabac/alcool/cancer du sein, accueil des internes (non exhaustif)

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Trop long (20 projets en cours) voir notre site internet

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Ne sais pas

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 9: Réponse de la CPTS Sèvre et Loire

Quel est le nom de votre CPTS? *

Sèvre et Loire

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

44

Quel est la date de création de votre CPTS? *

23 03 2021

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

720

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

115 000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Accès à un MT / Gestion des SNP / État des lieux sur l'offre de soins, TND, activité physique / Site internet

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Outils et actions pour les PS

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Pas encore de visibilité

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 10: Réponse de la CPTS du Pays Blanc

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS du Pays Blanc

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

44

Quel est la date de création de votre CPTS? *

Mars 2022

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

- Rural
- Urbain
- Bord de Mer
- Montagne
- Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

700

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

98000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Elaboration du projet de santé en 2022.

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

ACI pas encore signé.

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

SNP médecins, parcours autour de la personne âgée, APA

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 11: Réponse de la CPTS Montaigu Vendée

Quel est le nom de votre CPTS? *

Terres de Montaigu

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Vendée et Loire-Atlantique

Quel est la date de création de votre CPTS? *

12/12/2018

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

330

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

75000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Coordination centre de vaccination et de dépistage COVID-19
Agenda partagé avec une régulation de jour médicale (soins non programmés)
Dispositif facilitant la recherche de médecin traitant
Feuille de liaison ville-hôpital (service de médecine CHD Site de Montaigu > médecin généraliste)
Coordination CMP et professionnels de santé libéraux (MG, Pharmaciens, IDEL, Psy)
Soirée santé mentale d'information (troubles anxieux, soins sans consentements, etc.)
Actions "aller-vers" dans les lycées et MFR autour de prévention contre le tabac
ré

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Consultation interne SASPAS pour les patients sans médecin traitant
protocole de coopération MG / Pharmaciens (cystite / odynophagie)
Organisation d'un parcours sur les troubles du développement et du neurodéveloppement chez les enfants
Organisation de consultation IPA santé mentale dans les maisons de santé
Réflexion en cours sur la filière insuffisance cardiaque

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Nos réflexions sont à n+1

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

- Oui
 Non

Annexe 12: Réponse de la CPTS Nord-Est Mayenne

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS NORD EST MAYENNE

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

53

Quel est la date de création de votre CPTS? *

2022

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

65 (32 ADHÉRENTS)

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

Population totale 20 100

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

aucun, nous débutons

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

socle 1/accès aux soins : sondage des médecins (état des lieux), réunion info sur les métiers assistants médicaux et IPA

État des Lieux des protocoles existants, état des lieux des systèmes de télésanté, plan crise sanitaire
socle 2 /développer l'usage du numérique: former les prof à l'espace santé et informer les patients, travail sur les entrées et sorties d'hospitalisation, développer un outil commun pour les prof pour communiquer sur le patient,
socle3 / plan de communication sur les campagnes de prévention, action prévention cancer,
MISS OPT / mise en place d'une plateforme collaborative et site internet (PLEXUS SANTÉ), organisation temps d'échanges entre prof pour mieux se connaître, livret d'accueil pour les internes, remplaçants, stagiaire

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Continuité des travaux commencé en 2022

favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, actions sur les troubles de l'apprentissage, action autour des addictions, conduite à risques, équilibre nutritionnel auprès des jeunes et des parents, santé mentale et ETP

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 13: Réponse de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Maine et loir

Quel est la date de création de votre CPTS? *

2019

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

260

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

je ne sais pas

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Je viens d'arriver sur le poste je ne sais pas trop mais par contre vous pourrez contacter mon président.

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

- Soirée prévention suicide auprès des parents et une seconde auprès des jeunes dans un lycée
- Conférence éthique sur le libre consentement au soin
- Évènement prévention alcool et drogue auprès d'un établissement accueillant un public de jeunes en difficultés
- Évènement café / info des usagers (info générale autour de la santé sur le territoire)
- Évènement prévention cancer

....

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

- Créer un événement lien entre le sport et la santé
- travail autour de la nutrition et du bien être et de la santé

....

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 14: Réponse de la CPTS Le Mans Agglo

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS Le Mans Agglo

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Sarthe - 72

Quel est la date de création de votre CPTS? *

26/11/2019

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

1100

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

220000

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Accès aux soins pour patients sans médecin traitant - télémedecine - agenda partagé - prévention des troubles du langage et de l'oralité - protocole de coopération - prévention cancer - communication interpro -

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

télémedecine - agenda partagé - soins non programmé - protocole coopération - prévention 0-6 ans - animation du territoire - prévention ist

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

/

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 15: Réponse de la CPTS Orne Centre Saosnois

Quel est le nom de votre CPTS? *

CPTS Orne centre Saosnois

Dans quel(s) département(s) se trouve votre CPTS? *

Orne et Sarthe

Quel est la date de création de votre CPTS? *

ACI au 29/09/2022

Dans quel cadre se trouve votre CPTS? *

Rural

Urbain

Bord de Mer

Montagne

Autre :

Combien de professionnels de santé sont concernés par votre CPTS? *

270 libéraux

Combien de patients sont concernés par votre CPTS? *

87218

Pourriez-vous faire un listing des projets qui ont été mis en place ces dernières années? (ne pas détailler chaque projet) *

Atelier Nutrition// cancer colorectal, Sensibilisation HPV, Groupe Iatrogénie médicamenteuse ville/hôpital, vaccination COVID et grippe sénior, Formation Langue de signes, protocoles entorse, asthme, obésité

Pourriez-vous faire un listing des projets en cours en 2023?

Protocoles Pollakiurie, renforcement de l'offre en télémedecine, antenne pour collaborateur libéral, création du SAS, accès aux soins en santé mentale des étudiants

Pourriez-vous faire un listing des projets envisagés dans les futures années? *

Aller vers avec le transport social et solidaire, téléconsultation au domicile, renforcement des IPA sur les PSLA

Seriez-vous d'accord pour être contacté suite à ce sondage pour répondre à des questions plus précises? *

Oui

Non

Annexe 16: Retranscription de l'entretien avec M Guilbaud, coordinateur de la CPTS Terres de Montaigu, du 22/05/2023

1) Rappel des dates de création de la CPTS et de la signature de l'ACI

Statut associatif en décembre 2018 et signature ACI en janvier 2021.

2) Rappel du nombre de PDS concernés par la CPTS et du nombre de patients concernés

330 professionnels de santé concernés dont 160 adhérents. Malgré tout la CPTS informe tous les PDS qui font partie de la CPTS. L'avantage d'être adhérent est d'être rémunéré. En général, quand un non-adhérent intègre un groupe de travail, la CPTS propose d'adhérer pour que le professionnel puisse être rémunéré. La CPTS TdM demande une adhésion de 20€ (une seule fois). Le fait de payer une adhésion implique souvent que le professionnel de santé qui adhère ait envie de se donner pour la CPTS. En aucun cas l'adhésion pourra financer les projets car l'apport donné est faible par rapport au coût des projets.

3) S'il y en a eu, quelles difficultés ont été rencontrées lors de la mise en place de la CPTS?

La période COVID-19 a fait retarder la signature de l'ACI. Elle n'a pas empêché la CPTS d'avoir des projets. En effet, l'ARS avait versé le fond d'intervention régional (FIR) qui a permis de recruter M.Guilbaud, d'assurer les affaires courantes de l'association, de coordonner certains projets dont la gestion de crise, le centre de vaccination, le dépistage, et d'autres coordinations notamment avec le CHD Vendée et la CHS Georges Mazurel. Pour la gestion de crise, d'autres fonds ont été versés notamment une avance ACI.

Signature en janvier 2021 qui a permis de conforter les finances et d'accélérer un peu les projets.

Néanmoins, le COVID a été en quelques sortes dynamisant pour la création de la CPTS qui a montré son implication dans la gestion de crise et sa mobilisation sur le centre de vaccination. La crise COVID a été la porte d'entrée pour communiquer avec les professionnels et au final la CPTS a été boostée et les PDS ont vu un intérêt de la CPTS notamment dans la coordination du centre de vaccination, puis dans la communication auprès de tous.

4) Projets Communs

a- Les soins non programmés (Médecin/Kiné VS Agenda partagé)

MISSION SOCLE ACCES AUX SOINS

En Vendée, pour la médecine générale, il y a une régulation par la permanence de soins ambulatoire (PDSA) de 20h à 08h. Avec la COVID, une autre régulation s'est mise en place en journée. Il s'agit d'un numéro à appeler qui est le 116 117. Ce numéro existe aussi en Loire-Atlantique mais ne fonctionne pas de la même manière.

En Vendée, depuis 2020 cette régulation existe et est portée par l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS). Les CPTS sont venues en renfort de l'ADOPS, car elle était constituée principalement de médecins assez âgés. De nouveaux médecins plus jeunes se sont investis et on redynamiser le système, avec l'aide de moyens attribués par l'ARS pour poursuivre en journée.

Cela permet de s'inscrire dans le cadre du SAS (service d'accès au soin). Les CPTS se sont organisées chacune de leur côté en ce qui concerne les SNP. Dans la CPTS-TdM, les médecins généralistes proposent des créneaux auprès de la régulation du SAS. Ces créneaux seront visibles depuis le centre de régulation et lorsqu'ils ont un appel qui nécessite un rendez-vous chez le médecin, la régulation peut prévoir un rendez-vous sur ces créneaux auprès du médecin qui avait proposé ce créneau pour le patient.

Les médecins ne sont pas imposés d'avoir des créneaux, il faut qu'ils soient volontaires et disponibles mais il n'y a aucune obligation.

Parfois il n'y a plus de créneaux, la régulation appelle le coordinateur qui relance les médecins en leur rappelant que s'ils ont des créneaux, il ne faut pas hésitez à les proposer.

Tous les médecins de la CPTS ne le font pas mais une bonne moitié de médecins jouent le jeu.

Pour pouvoir fixer le rendez-vous, le patient appelle, il tombe sur un assistant de la régulation médicale, ensuite l'opératrice de soins non programmés passe l'appel au médecin régulateur. La régulation demande d'abord si le patient à un médecin traitant et si c'est le cas il lui demande s'il a l'a appelé. S'il ne l'a pas fait, le régulateur demande au patient d'essayer d'abord d'appeler son médecin traitant. Si le patient n'a pas de médecin traitant ou si celui-ci n'est pas disponible alors le parcours de régulation continue.

Dans plus de 50% des cas, seul un conseil médical est donné au patient sans avoir besoin d'un rendez-vous chez le médecin généraliste. S'il y a besoin d'un rendez-vous chez le médecin, l'appel bascule sur l'opératrice de soins non programmés qui fixera le RDV avec le patient.

La CPTS-TdM développe une expérimentation avec quelques pharmacies en partageant l'agenda des soins non programmés. Le but étant de pouvoir donner un accès au patient à

un médecin, dans les mêmes conditions et pour les mêmes motifs médicaux que pour le SAS mais en évitant le temps d'attente en appelant le 116 117. Pour le moment les pharmaciens ne l'utilisent pas trop et préfèrent que les patients joignent le 116 117, ce qui leur permet de se protéger en partie et de ne pas combler les rendez-vous pour des cas qui auraient pu leur paraître éligible alors que non.

A l'avenir, il y aura probablement l'ouverture de SNP et d'agendas partagés dans d'autres spécialités ou métiers, comme les orthophonistes, les kinés etc. Cet avenir se fera en parallèle de la loi RIST qui, pour pallier le manque de médecins autorise certaines professions et notamment les kinés, les IPA et les orthophonistes à être consultés sans passer par le médecin traitant dans le cadre d'un exercice coordonné.

Dans d'autres CPTS, notamment en Sud Vendée, ce dispositif n'existe pas. Dans ces CPTS, des centres de soins non programmés sont créés et des médecins viennent faire des vacations.

b- Recherche médecin traitant

MISSION SOCLE ACCES AUX SOINS

Concernant la mission socle sur l'accès aux soins, en parallèle d'une mission d'accès aux SNP, il y a une autre mission qui est la recherche d'un médecin traitant.

La CPTS-TdM a mis en place un dispositif destiné aux personnes qui n'ont pas de médecin traitant, qui est une liste d'attente sur laquelle les patients s'inscrivent. Une fois inscrits, la CPTS-TdM recontacte les patients en leur demandant plus d'information sur leur inscription: savoir s'ils se sont renseignés auprès des médecins de leur commune ou des communes alentours; savoir s'ils ont eu des refus des cabinets etc.

Si les patients ont essuyé un refus, la CPTS essaie de savoir pourquoi, soit en demandant aux patients s'ils ont la réponse, soit en consultant directement les cabinets médicaux concernés. La CPTS essaiera alors de temporiser avec les cabinets et de sélectionner avec eux les patients prioritaires. Dès que les cabinets peuvent prendre de nouveaux patients, ils ont accès à la liste des patients et peuvent les recontacter.

c- Prévention du tabac

MISSION SOCLES PREVENTION

La CPTS-TdM intervient dans les MFR et les lycées du secteur. Des infirmières et des chargés de prévention de l'agglomération se déplacent pour échanger avec les jeunes sur leur consommation de tabac, et s'ils le souhaitent sur leurs autres consommations de cannabis, drogues et autres.

Certaines formations sont proposées auprès des professionnels sur les substituts nicotiques, car quasiment tous (sauf le pharmacien) peuvent en prescrire.

Ces formations permettent de mobiliser les professionnels de santé et qu'ils puissent en parler aux patients et se sentir légitime face à eux, afin d'aboutir sur une prescription dans l'intérêt du patient et adapté à son profil.

Ce projet, est un projet prioritaire pour la CPTS, car il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique en France. De plus il permet de répondre aux missions socles de prévention qui n'est pas la mission la plus évidente. En effet, beaucoup d'organismes sont déjà sur le terrain pour des missions de prévention et il faut pouvoir trouver sa place sans forcément faire de doublons avec ces organismes.

d- Troubles apprentissage/développement et neurodéveloppement chez les enfants

MISSION PREVENTION/PARCOURS

Les troubles du développement et neurodéveloppement (TND) chez l'enfant sont un sujet très large. Dans la CPTS-TdM l'action de prévention est de créer une grille des repères sur l'ensemble des troubles du développement et du neurodéveloppement (apprentissage, troubles dys etc.)

La grille est faite pour faciliter le diagnostic et l'orientation par le médecin généraliste vers les autres professionnels et spécialités (orthophoniste, ORL, psychomotricien etc.)

Dans la continuité de ce projet de prévention, la CPTS développe un projet de parcours sur les TND. Une fois le diagnostic posé, l'orientation faite par le médecin, et que l'enfant ait consulté plusieurs professionnels, la CPTS organisera des réunions de coordination pluriprofessionnelle qui permettront de renforcer les liens entre professionnels et d'échanger sur les patients atteints de ces troubles. Les PDS concernés seront indemnisé pour ce temps de coordination.

5) Projets communs en élaboration ou en cours de développement

a- La santé mentale

MISSION PARCOURS

La CPTS-TdM a organisé une réunion de coordination avec le Centre Médico-Psychologique afin de discuter du suivi alterné pour le patient entre le médecin traitant et le psychiatre.

La CPTS a également organisé une soirée Santé Mentale pour présenter et organiser la psychiatrie adulte.

b- Le lien ville-hôpital

MISSION PARCOURS

La création du lien s'est faite par un groupe de travail entre l'hôpital et certains libéraux pour la mise en place d'une fiche de liaison en sortie d'hospitalisation. Dès que le patient sort de l'hôpital il reçoit une fiche avec un résumé du séjour du patient.

6) Projets différents

a- Coordination centre de vaccination

MISSION SOCLE SITUATION SANITAIRE

Lors de la crise COVID, un centre de vaccination a été mis en place au sein de la CPTS. Celui-ci a migré en fonction de l'avancée de la crise, mais il a principalement été situé à Montaigu, sur la commune déléguée de St Georges de Montaigu.

Il y a eu trois endroits: salle Dolia à St Georges de Montaigu, le complexe sportif Maxime Dossis et ensuite l'école Saint Martin Durivum à St Georges de Montaigu.

Le centre de vaccination a été porté par l'agglomération Terres de Montaigu et la CPTS-TdM.

En Vendée, les centres de vaccination (vaccinodromes) étaient répartis au nombre de 7 sur les 7 CPTS du département.

Au niveau local, des cabinets proposaient la vaccination (médecins, pharmaciens, infirmiers etc.) pour les personnes qui ne pouvaient pas se déplacer ou pour ceux qui voulaient que ça soit LEUR PDS qui les vaccinent.

En tout, il y a eu au centre de vaccination plus de 200 000 actes.

Certains jours, il y avait plus de 1800 vaccinations répartis sur les 20 boxes du centre.

L'initiative du centre de vaccination est venue d'une mobilisation des PDS à l'annonce des centres de vaccination. Les PDS étaient plutôt partants pour les organiser dans les cabinets de santé. Très vite le gouvernement a considéré que cela allait être compliqué. En effet, les premiers vaccins avaient des conditions de conservation particulières avec la nécessité de posséder des surcongélateurs. La stratégie du ministère de santé a été de centraliser dans des vaccinodromes. En Vendée l'ARS a décidé d'ouvrir un centre de vaccination par territoire de CPTS.

En Loire Atlantique, la procédure a été différente, notamment dû au fait qu'il n'y a pas des CPTS partout.

b- Consultation SASPAS et IPA dans MSP

MISSION SOCLE ACCES AUX SOINS

Pour compléter son action sur l'accès aux soins, la CPTS-TdM aimerait ouvrir un lieu de soins pour les patients sans médecin traitant. La réflexion en cours, en lien avec le CHD Site de Montaigu, serait d'ouvrir des consultations qui seraient opérées par des internes de dernière année en médecine générale (interne SASPAS). Les consultations pourraient se dérouler au CHD directement mais les internes seraient sous la responsabilité des maîtres de stage universitaire libéraux. Ce dispositif existe déjà à La Roche-sur-Yon ou à Challans par exemple. En interne, il y aurait des actions à réaliser afin de pouvoir retrouver un médecin généraliste, pour ceux qui viennent régulièrement, en constituant un dossier pour eux.

c- Coopération Médecin Généraliste/Pharmacien

MISSION SOCLE PARCOURS

Cette mission en cours de réflexion et destinée aux patientes qui n'ont pas de médecin généraliste, se présentant à l'officine avec les symptômes d'une cystite sans complication. Le projet serait de pouvoir proposer à la patiente après qu'elle ait effectué un test sur bandelette, de prescrire ou délivrer, avec accord du médecin ou en l'informant, un traitement antibiotique pour la patiente. Le pharmacien serait alors délégataire du médecin.

AUTRE:

■ Cas un peu à part, la commune de Legé ne fait pas partie de la CPTS-TdM. Pour autant les médecins de Legé adhèrent à la CPTS TdM et participent activement à l'organisation de soins non programmés.

Il n'y a pas de réelle prévoyance d'intégrer Legé car la commune fait partie d'un autre territoire administratif par rapport aux principales communes de la CPTS. Néanmoins, qu'ils (les médecins) adhèrent à la CPTS est intéressant car leur patient sont principalement vu par le CHD de Montaigu et ensuite à la Roche en fonction des spécialités. Adhérer peut donc permettre d'améliorer les échanges avec le CHD, et de travailler avec lui.

Si un jour une autre CPTS inclut Legé, rien ne les empêche d'adhérer à plusieurs CPTS lorsqu'on est un professionnel de santé.

■ Un peu de visu sur les autres projets des territoires limitrophes. Harmonisation des travaux avec la CPTS Sud Loire Vignoble.

- Il y a un groupement employeur régional porté par l'interURPS qui emploie les différents coordinateurs. Les coordinateurs sont mis à disposition par le groupement employeur et sont rémunérés par celui-ci qui envoie une facture aux différents CPTS.
- Les coordinateurs sont toujours en lien avec les chargés de mission. Les chargés de mission ont notamment une casquette d'animation du réseau des coordinateurs. Les coordinateurs des différentes CPTS sont en lien, ils se retrouvent régulièrement et font un point sur les projets en cours, les difficultés rencontrées. C'est pour ça que les coordinateurs sont bien renseignés sur les projets des autres CPTS.

Annexe 17: Retranscription de l'entretien avec Mme Richard, coordination de la CPTS Pays de Retz, du 22/05/2023

1) Rappel des dates de création de la CPTS et de la signature de l'ACI

L'association a été créée en juin 2020 et très vite les groupes de travail se sont mis en place. La coordinatrice Solène Richard est arrivée en juin 2021. Dans les mêmes temps l'ACI a été signée.

Le centre de vaccination a été ouvert le lendemain de son arrivée. La CPTS a apporté le centre de vaccination qui a permis de mettre dans le bain directement les PDS et de leur faire connaître la CPTS avec quelque chose de concret et aussi de se rencontrer entre eux.

2) Rappel du nombre de PDS concernés par la CPTS et du nombre de patients concernés

D'après le CPAM, il y a environ 500 professionnels de santé URPS et environ 300 adhérents. En fonction des projets menés, la CPTS va récupérer certains membres. Certains adhèrent simplement pour être informés sans pour autant participer. Il y a environ 1/3 des adhérents qui sont réellement actifs.

3) Projets Communs

a- Les soins non programmés (Médecin/Kiné VS Agenda partagé)

MISSION SOCLE ACCES AUX SOINS

Avec la mise en place du SAS, il a été important de prévoir la gestion des SNP. La CPTS-PdR a priorisé les SNP en fonction de la demande du territoire. Elle a donc commencé à travailler sur les SNP des médecins et des kinés, car les rendez-vous sont parfois longs à obtenir.

De plus, la CPTS-PdR est située en partie sur le littoral et il faut adapter la demande avec l'afflux de patients qui viennent l'été, ajouté à l'afflux de PDS qui partent également en vacances et donc qui n'exercent pas sur une partie de cette période. Cette situation crée des tensions sur l'offre de soin.

Les SNP des médecins ont été mis en place en mai 2022. Une vingtaine de médecins proposent deux créneaux par semaine à disposition. Le 15 a accès à ces disponibilités et peut proposer des créneaux aux patients. Les pharmacies et les cabinets infirmiers adhérant à la CPTS ont également accès à ces créneaux s'ils détectent un patient qui a besoin d'une prise en charge dans les 24/48h et peuvent leur proposer un rendez-vous. L'objectif de la CPTS est de voir s'il est possible de libérer plus de créneaux pour l'été.

Les SNP kinés ont été mis en place en avril 2023. Leur mise en place fait suite aux attentes parfois longues avant d'avoir un rendez-vous, alors que certains patients nécessitent une prise en charge rapide. En effet, souvent il y a trois semaines à un mois d'attente. Le principe est le même que celui des médecins, c'est-à-dire que les kinés proposent des créneaux où ils peuvent se rendre disponible. Le but de ces SNP kinés est de permettre au patient d'avoir un accès rapide à son premier ou ses deux premiers rendez-vous. Le kiné n'a pas d'obligation de prendre en charge le patient pour les rendez-vous suivants, cependant il pourra proposer au patient des exercices à faire au domicile et qui aideront à la rééducation en attendant que le patient trouve un kiné disponible. Seuls les médecins et les kinés ont accès à l'agenda des disponibilités. Ainsi, les médecins peuvent trouver un rendez-vous rapidement pour leurs patients, et les kinés peuvent réorienter certaines de leurs demandes chez un autre kiné. Des réflexions sont en cours pour mettre en place de nouveaux SNP soit en dentaire, infirmerie ou maïeutique.

b- Prévention du tabac

MISSION SOCLES PREVENTION

La CPTS-PdR effectue sa 2ème année de suite dans la prévention contre le tabac. Avant cela, en octobre 2021, la CPTS a proposé une formation Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) aux PDS et l'a renouvelé en 2022 avec un niveau 1 pour ceux ne l'ayant pas encore faite et un niveau 2 pour ceux formés la première année. Cette formation permet à chaque PDS de mieux aborder le sujet avec leurs patients. L'idée est de former les PDS. Cette idée ne sera pas reconduite cette année, néanmoins les professionnels formés pourront mettre leurs acquis en pratique lors des mobilisations à venir. Suite à ces formations en 2021 et 2022, la première année concernant la mission de prévention contre le tabac a été mise en place en 2022. Sur 12 pharmacies du territoire, lors du mois sans tabac en 2022, la CPTS a positionné des infirmières Asalée et des tabacologues pour proposer des premières interventions brèves aux patients de la pharmacie pour discuter sur le tabac. Cette approche a plutôt bien marché, notamment pour les tabacologues qui ont pu proposer des créneaux de rendez-vous ensuite. D'un autre côté, les Asalée étaient plus en difficultés, car en dehors du mois sans tabac, elles ne peuvent pas recevoir de patient hors de la patientèle des médecins avec lesquels elles travaillent. La première prise de contact reste utile tout de même pour le patient.

Pour ne pas faire venir les professionnels dans la pharmacie inutilement, les pharmacies concernées fixaient des rendez-vous avec les patients. Il y a eu quelques erreurs de recrutement de la part des pharmacies, car il aurait fallu mieux former les pharmaciens en amont pour sélectionner les types de patients à orienter. En effet, certains patients sélectionnés n'étaient pas forcément à un moment de leur vie où il était le plus évident d'arrêter de fumer.

Pour l'année 2023/2024, la CPTS compte intervenir directement au niveau des entreprises pour faire des sensibilisations au travail. Elle compte également intervenir pour le grand public et se positionnant sur des places de marchés par exemple. Le choix des pharmacies n'a pas été renouvelé. En effet, soit les patients ne prennent pas trop le temps, soit on ne cible pas tout le monde et certaines personnes fument sans avoir besoin d'aller à la pharmacie.

La CPTS prévoit 4 grands temps: un temps en septembre en entreprise pour les bonnes résolutions de la rentrée; un temps grand public en novembre pour le mois sans tabac; un temps fort en janvier pour les bonnes résolutions; un temps fort lors de la journée mondiale sans tabac le 31 mai.

L'idée de traiter la prévention sur le tabac vient d'un groupe de travail porté par une tabacologue et par quelques professionnels mobilisés dans la lutte contre le tabac. De plus, grâce à la campagne du mois sans tabac toute la communication est déjà bien encadrée et la CPTS vient en complément de cette prévention.

Cette action de prévention a reçu de bons retours des PDS qui étaient satisfaits des actions déjà menées.

La CPTS n'intervient pas dans les collèges ou lycées car il existe déjà un organisme nommé TABADO qui s'occupe de la prévention des jeunes scolarisés. Le but de la CPTS n'est pas de faire doublons mais bien d'aller chercher les personnes non ciblées par d'autres organismes. Elle pourra notamment cibler les foyers de jeunes ou les jeunes travailleurs si aucun organisme n'intervient sur cette tranche de la population. De plus, la population de la CPTS Pays de Retz est une population âgée et c'est pour ça qu'ils ciblent plus les personnes âgées pour cette action de prévention.

c- Troubles apprentissage/développement et neurodéveloppement chez les enfants

MISSION PREVENTION / PARCOUS

La CPTS-PdR s'est axée sur les troubles de l'apprentissage, qui est un axe plus restreint que celui des TND effectué sur la CPTS-TdM. L'idée est venue de plusieurs professionnels de santé. Cet axe était déjà travaillé par une MSP et par l'ESP-CLAP de Port St Père. L'idée est créer une interface entre l'école, les PDS et la famille car les échanges entre eux ne se font pas de manière optimale. L'école oriente vers l'orthophoniste et/ou la psychomotricienne et les familles se retrouvent avec des bilans dans tous les sens qui leur coutent cher. L'objectif est de mettre en avant la coordination et de cibler les bonnes orientations.

Il existe déjà en dehors de la CPTS des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) qui sont des structures de niveau 2 qui sont là pour aider à la pose de diagnostic de TDN sur des cas complexes.

Dans le cadre de la CPTS-PdR, on s'oriente sur des cas moins complexes, dès que l'on repère les premières difficultés à l'école. D'après les recommandations de la HAS, 10 élèves sur une classe de 30 vont présenter des difficultés en début d'année. Un enseignement adapté sera mis en place, la plupart des écarts à la norme vont se résorber naturellement. On estime que sur la classe de 30 élèves, environ 3 enfants continueront à avoir un décalage par rapport à la norme de la classe d'âge. La CPTS va cibler ces enfants, qui seront alors alertés par l'école, pour que la CPTS puisse orienter directement vers le bon professionnel et éviter des coûts inutiles aux familles; car certains examens/diagnostic ne sont pas remboursés.

La CPTS a mis en place un parcours, travaillé en lien avec les écoles principalement les privées car, dans le milieu public, l'éducation nationale considère que l'école n'est pas un lieu de soins et que les PDS n'ont rien à y faire.

Il est très important de travailler avec l'école car elle est en première ligne pour détecter des difficultés et est plus spécialisée qu'une grande partie de médecins généralistes, qui sont bien souvent insuffisamment formés, pour les détecter et qui ne voient pas les enfants chaque jour.

De plus, il est important de détecter un trouble de l'apprentissage au plus vite chez l'enfant pour que ce problème ne devienne pas un gros problème. La CPTS va donc aider au maximum les écoles pour les accompagner dans leur classe, car même si selon l'éducation nationale, les instituteurs sont formés, bien souvent ils se sentent démunis et pouvoir gérer 10 élèves en difficulté dans une classe de 30 les met eux aussi en difficulté pour adapter l'enseignement.

L'objectif est d'apporter de l'aide à ces instituteurs pour mieux comprendre les enfants avec des difficultés d'apprentissage. La CPTS-PdR a donc mis en place un binôme de coordination. Une permanence avec un médecin et un professionnel du paramédical est organisée tous les mois pour écouter toutes les problématiques, soit des PDS, soit des familles, soit des écoles pour pouvoir les orienter au mieux sur le type de troubles de l'enfant et savoir vers quel professionnel l'orienter, et si nécessaire vers les PCO.

La CPTS travaille en parallèle avec la PCO, qui est au courant des actions menées par la CPTS et vice versa. En fonction des critères, la CPTS peut orienter les enfants vers la PCO si nécessaire et au contraire, si la PCO considère un cas comme gérable par la CPTS il leur renvoie. Le but encore une fois est de ne pas faire doublons et de prendre au mieux en charge chaque patient. Cette pratique permet aussi à la PCO d'avoir moins de demandes et donc de se concentrer sur les patients avec des troubles plus complexes.

La CPTS-PdR a mis en place un flyer, remis aux écoles, pour que les enseignants puissent cocher les signes d'alerte et le remettre au médecin. Ce dernier peut faire un premier diagnostic et s'il n'est pas à l'aise orienter le patient vers le binôme de coordination voire

même faire appel de lui-même au binôme de coordination pour avoir des informations, des conseils. En effet, il est important pour le médecin généraliste de se former et de se renseigner car c'est lui au final qui prescrira les ordonnances pour orienter vers le professionnel paramédical le mieux qualifié pour répondre aux problèmes de l'enfant. Ce professionnel peut-être un psychomotricien, un orthophoniste etc.

d- Recherche médecin traitant (MT)

MISSION ACCES AUX SOINS

La CPTS-PdR surveille beaucoup les médecins qui vont partir à la retraite et anticipent la réorientation de leur patientèle à leur départ vers d'autres médecins. La CPTS-PdR a établi une liste de patients sans MT. Certains sont prioritaires comme les personnes âgées, les personnes en affection de longue durée (ALD), les patients concernés dans les projets de la CPTS.

La CPTS est en lien avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), la CPAM qui détectent des patients avec les critères requis et pourront être inclus dans le parcours de recherche du MT.

En fonction des localisations, certains MT vont encore prendre quelques patients, d'autres ne pouvant plus inclure de patients et d'autres sélectionneront ceux qui en ont le plus besoin et qui auront des dossiers conséquents. Il est difficile pour les MT de prendre de nouveaux patients s'ils veulent prendre correctement en charge ceux qu'ils ont déjà.

5) Projets communs débutés dans l'une mais en prévision dans l'autre

a- La santé mentale (en prévision PdR)

MISSION PREVENTION

La CPTS-PdR n'a pas encore de projet précis concernant la santé mentale. Pour le moment, elle a simplement mis en place des ateliers du programme Barkley. Le programme Barkley existe déjà dans de nombreuses structures. Ce programme est composé d'atelier d'habileté parentale destinés aux parents d'enfants avec des Troubles du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) avec ou sans TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation). Cette mission est un peu liée à la mission sur les troubles d'apprentissages. Ces ateliers sont composés de 10 séances, les familles sont accompagnées et conseillées sur les manières de mieux comprendre et gérer le TDAH de leur enfant.

b- Le lien ville-hôpital (en prévision PdR)

MISSION PARCOURS / MISSION ACCES AUX SOINS

Pour le moment pas de réel travail mis en place. Un groupe de travail a été mis en place avec des référents ville et hôpital pour travailler notamment sur les ordonnances de sortie.

Ce lien ville-hôpital sera probablement travaillé en Loire-Atlantique directement par l'interCPTS, c'est-à-dire plusieurs CPTS en lien avec les CHU, les cliniques privées, etc.

Le but sera de travailler sur les entrées et sorties d'hospitalisation. C'est-à-dire, faire en sorte que les PDS soient au courant si un de leur patient rentre en hospitalisation et qu'ils ne l'apprennent pas 3 semaines après. Inversement à la sortie d'hospitalisation, que l'hôpital sache qui prévenir et prendra en charge le patient.

La CPTS-PdR travaille déjà avec l'hôpital de Pornic, qui est plus petit que d'autres hôpitaux et qui se trouve dans le Pays de Retz.

c- Prévention Insuffisance cardiaque (en cours PdR)

MISSION SOCLE PREVENTION

La CPTS-PdR a organisé une marche avec la fédération de cardiologie. En fin de marche se trouvait un village partenaire avec une diététicienne qui donnait des conseils en nutrition, une EAPA (enseignant en activité adaptée) qui parlait d'activité physique, Pornic agglomération pour parler mobilité avec la promotion du vélo par exemple, des podologues pour discuter sur le chaussage, un stand de repérage de fragilité ICOPE (Soins Intégrés pour les Personnes Âgées), etc.

Le but était d'axer sur la prévention, de proposer une marche aux personnes et de discuter ensuite au village des déterminants de l'insuffisance cardiaque qui sont très larges: nutrition, tabac sport etc.

6) Projets différents

a- Parcours personnes âgées

MISSION SOCLE PREVENTION ET PARCOURS PATIENT

La CPTS est engagée dans la démarche ICOPE. Il s'agit recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour mettre en place de la prévention primaire chez les personnes âgées.

Le projet est porté par l'interURPS au niveau régional (avait déjà été testé par le gérontopôle de Toulouse) En Loire-Atlantique, l'interURPS, le gérontopôle et le Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) ont répondu à un appel à projet qui constitue un article 51. L'article 51 est un financement de l'ARS pour ce qui sort du droit commun. C'est une sorte de droit à

l'expérimentation. L'organisme a 3 ans pour expérimenter quelque chose, avec des financements et qui aura pour vocations ensuite d'être généralisé. Pour ICOPE, 7 CPTS ont été sélectionnées pour expérimenter, dont la CPTS Pays de Retz.

L'objectif est de former des PDS à faire passer des STEP1, qui sont un premier test de dépistage qui dure 10 minutes et qui teste différentes capacités: cognition, mémoire, mobilité, nutrition. Ce STEP permet de détecter où il y a des fragilités.

S'il n'y a pas de fragilités, les PDS donnent quelques conseils de prévention (faire du sport, mieux manger, etc.) et invitent la personne à repasser le test un an plus tard.

En revanche si une fragilité est détectée au STEP 1, le patient passe au STEP 2, qui est un passage de tests plus approfondis en fonction des capacités qui étaient altérées au premier test.

Plusieurs résultats peuvent alors être observés suite au passage du STEP1. Soit, le STEP 1 avait donné des résultats faussés, ou bien finalement le patient ne présente pas de fragilités particulières. Soit, on met en place des actions d'accompagnement en APA, en diète ou d'autres solutions en fonction de ce qui est altéré.

Pour passer ces STEPS, la CPTS-PdR souhaite impliquer toutes les personnes capables de repérer les personnes de 60 ans et plus et qui sont en contact avec elle. La CPTS souhaite intégrer ces personnes pour faire passer le STEP1 aux patients, sous réserve qu'elles soient formées par le gérontopôle. Ainsi, il n'y aurait pas que les PDS qui seraient en mesure de faire passer les STEP1.

L'idée finale est que si l'on doit détecter une faille, il faut que ça le soit le plus vite possible. Ensuite un lien se fait avec le médecin traitant et un plan de personnalisé de soins sera mis en place.

Ce projet est à la fois une mission de prévention car on essaie de repérer au plus tôt une faiblesse, mais également une mission de parcours car il y a plusieurs interlocuteurs, il faut le bon professionnel au bon moment et on ne s'arrête pas à une action de sensibilisation car on sait qu'il y a besoin d'une prise en charge après.

Ce projet est assez transversal car il demande d'être en lien avec tous les partenaires autour de la personne âgée. L'idée est de réussir à fédérer tout ce monde là. La CPTS essaie de travailler avec des structures comme le CLIC et l'EAAR pour développer son projet.

b- Douleurs chroniques

MISSION SOCLE PARCOURS PATIENT

Le principe des patients ciblés pour les douleurs chroniques au sein de la CPTS-PdR est le même que celui pour les enfants ciblés pour les troubles de l'apprentissage, c'est-à-dire qu'on essaie d'avoir une coordination pour orienter le patient au bon professionnel au bon moment.

En effet, les centres de la douleur ont des délais assez longs et la CPTS va, à l'instar des enfants avec des troubles, essayer de détecter et prendre en charge les patients douloureux légers, au début des symptômes, avant que ça ne se chronicise trop. Ainsi, du temps sera libéré pour les patients avec une douleur plus forte et plus installée. Ces patients seront orientés vers le centre de la douleur.

Une infirmière a été recrutée par la CPTS et un médecin du centre de la douleur vient en appui pour l'aider.

Les médecins généralistes lors de leurs consultations vont repérer les douloureux chroniques selon certains critères: soit ils ont des douleurs depuis plus de 3 mois ou bien ils ont des douleurs depuis moins de 3 mois mais présentent des risques de passage à la chronicité (plusieurs douleurs, troubles associés, etc.)

Si le médecin repère un patient ou une patiente, il l'inclut dans un outil informatique. L'infirmière employée va alors recontacter le patient pour un entretien et avoir une première approche biopsychosociale avec ce patient. Lors de cet entretien, elle va récupérer tous les antécédents, les traitements, les examens déjà effectués, etc. Elle peut également repérer des informations qui ont pu être loupées par le médecin. En effet, faire un examen en 15 minutes peut-être compliqué pour le médecin, tandis que l'infirmière passe environ 1h avec le patient.

L'infirmière est en lien avec le centre de la douleur, elle a été formée lors de son DU pour savoir comment cela fonctionne.

Dans ce parcours là, l'infirmière est employée par la CPTS à 30% et est rémunérée par les fonds de l'ACI. Il n'est pas possible de recruter plus de professionnels avec les fonds de l'ACI, c'est pourquoi, la CPTS répond une nouvelle fois à un appel à projet régité par un article 51. Le financement permettra de recruter et former plus d'infirmiers afin de créer une équipe. Cette équipe douleur de proximité servirait d'intermédiaire entre les médecins généralistes, qui ne savent plus comment gérer les douleurs de certains de leurs patients et le centre de la douleur qui est débordé.

La CPTS attend donc la validation au national pour recevoir ce financement. Ce financement permettrait également d'aider pour l'après. En effet pour le moment, l'infirmière consulte 1 à 3 fois en moyenne le patient, peut mettre en place des neurostimulateurs, est en lien avec le MT pour l'élaboration du plan personnalisé de soins. Ensuite, elle oriente le patient vers

de la psychologie, essaye de remettre le kiné dans la boucle de coordination si le patient à des séances afin de créer un échange entre PDS.

L'article 51 pourrait alors permettre de financer ce qui n'est pas remboursé pour le patient: psychologues, approches non-médicamenteuses ou alternatives, etc.

L'avantage d'avoir une équipe permettrait d'avoir un échange, avec des profils complémentaires, par exemple, des personnes spécialisées dans l'éducation thérapeutique, des infirmières, etc.

c- Formation PDS

MISSION OPTIONNELLE QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS

La CPTS-PdR propose des formations souvent en lien avec les projets mis en place au sein de la CPTS. Par exemple, les PDS ont la possibilité de se former sur le RPIB avec le tabac, d'assister à une sensibilisation sur les troubles de l'apprentissage, de faire une formation de prévention à l'épuisement professionnel chez les soignants, de se sensibiliser à la maladie de Parkinson, de revoir les gestes de premiers secours, etc.

Pour le moment il s'agit plus de sensibilisation qui dure 2-3h que de formation diplômante sur des journées entières.

Une réelle formation est envisagée sur les douleurs chroniques.

NOM - Prénoms: GUILLAUD Félix Marie Olivier Magali

Titre de la thèse: Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé: de la création à la mise en place de projets de santé.

Résumé de la thèse:

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé sont des organisations interprofessionnelles locales qui réunissent des professionnels de santé pour travailler ensemble à l'amélioration des soins de santé primaires dans un territoire donné. L'objectif principal des CPTS est d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les patients, en facilitant la coopération pluriprofessionnelle, en favorisant la communication et la coordination parmi eux et en développant des projets de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins locaux.

MOTS CLÉS

COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE - CPTS - COOPERATION PLURIPROFESSIONNELLE - ACCESSIBILITE ET QUALITE DES SOINS - PREVENTION

JURY

Président: **Dr Catherine ROULLIER**, Maître de Conférences Universitaire en Pharmacognosie et Phytothérapie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Assesseurs **Dr Fabrice PAGNIEZ**, Maître de Conférences Universitaire en Parasitologie et Mycologie Médicale, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Dr Christophe SAMAMA, Pharmacien Titulaire, Nantes
