

Projet de Santé



Intitulé du projet

CPTS du Sud Toulousain

Date de dépôt

18 / 12 / 2020

| | |
|---|---|
| Statut juridique | Association loi 1901 |
| Nom de la structure porteuse du projet | CPTS du Sud Toulousain |
| N° Association (le cas échéant) | SIRET : 88120046300019 |
| Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS | Adresse postale : 116 avenue Louis Pasteur, 31600, Muret Téléphone : 06 70 12 19 98 Courriel : cptssudtoulousain@gmail.com |
| Personne contact | NOM : ARNAU PRENOM : Mathieu Profession : Coordinateur Téléphone : 06 70 12 19 98 Courriel : cptssudtoulousain@gmail.com |
| Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS | NOM : HOMEHR PRENOM : Nicolas Profession/spécialité : Médecin généraliste |
| Taille de la CPTS (population) | Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants) |
| Département (s) et territoire (s) ou commune(s) concernés | Département (s) : Haute-Garonne (31) Territoire : 49 communes |
| Validation de la lettre d'intention | 19 Décembre 2019 |

Introduction

Les professionnels de santé du Sud Toulousain et particulièrement ceux de ville ont décidé de se constituer en COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) dans une logique de projet populationnel.

Ce dispositif vise un décloisonnement pluriprofessionnel qui :

- **Promeut les coopérations,**
- **Permet de mieux se connaître pour mieux se coordonner,**
- **Crée des actions pour améliorer la prise en charge des patients,**
- **Améliore la vie quotidienne des professionnels de santé et l'attractivité du territoire.**

La force de notre projet est d'être avant tout porté par les professionnels du territoire et de regrouper nos équipes de soins primaires, les acteurs de soins de premier et de second recours et les acteurs médico-sociaux et sociaux. Il permet de mettre en place un dispositif souple et adaptatif, à la main des professionnels.

Les volontés de ce projet sont multiples : répondre aux problématiques du plan de santé national ainsi que du plan régional de santé, mais également de résoudre des problématiques locales identifiées dans le diagnostic. Ces objectifs peuvent être atteints grâce aux ressources disponibles sur le territoire et à la bonne connaissance de celui-ci.

Le prérequis à la réalisation de ce projet est la collaboration des différents acteurs qui l'animent. Cette collaboration passe en premier lieu par l'animation d'un fort réseau initial et une bonne entente des acteurs de santé du territoire, mais aussi par le développement des outils numériques collaboratifs. Tous ces ingrédients sont réunis dans la CPTS.

Impossible il y a dix ans (par manque de réseau internet, de dispositifs collaboratifs et de connaissances de ces dispositifs) notre territoire est aujourd'hui prêt et structuré en offres de soins avec plusieurs gros cabinets de santé, des 4 MSP en cours de structuration, des structures sanitaires et médico-sociales. La volonté d'articuler l'offre de soins autour du patient est présente et promue.

Nos outils collaboratifs sécurisés, en association avec le DMP, nous aideront dans la mise en place et le déploiement de nos protocoles. Ceux-ci favoriseront l'accès aux soins ainsi que la réponse aux soins non programmés et aux problématiques difficiles dans le cadre d'un exercice médical isolé. De plus, ceux-ci nous permettront également d'auditer nos pratiques, de nous améliorer et de suivre des indicateurs sur des objectifs de santé publique mais aussi de santé spécifique de territoire.

Sommaire

| | |
|--|------------|
| DIAGNOSTIC TERRITORIAL | 4 |
| 1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic | 5 |
| 2 - Territoire de la CPTS..... | 6 |
| 3 - Approche statistique du territoire..... | 9 |
| 4 - Analyse des données & identification des problématiques | 21 |
| 5 - Orientations stratégiques du projet de santé..... | 22 |
| DEFINITION DES MISSIONS..... | 26 |
| 1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant..... | 27 |
| 1B - Prise en charge des soins non programmés en ville | 32 |
| 2 - Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient | 37 |
| 3 - Développement des actions territoriales de prévention | 66 |
| 4 - Développement de la qualité et de la pertinence des soins | 76 |
| 5 - Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire | 81 |
| ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT | 88 |
| 1 - Gouvernance..... | 89 |
| 2 - Coordination des acteurs | 96 |
| 3 - Systèmes d'information | 98 |
| 4 - Budget prévisionnel | 100 |
| 5 - Planification du projet | 108 |
| ANNEXES | 112 |
| Données statistiques | 113 |
| Statuts juridiques de la CPTS..... | 114 |
| Règlement intérieur..... | 115 |
| Conventions de partenariats formalisées..... | 116 |

1^{ère} partie

Diagnostic territorial

Le diagnostic territorial est l'étape préalable permettant d'identifier les besoins et de définir les objectifs.

Il a été réalisé de manière participative avec l'ensemble des acteurs du territoire (professionnels de santé, usagers, partenaires, élus...), afin de recenser et mettre en évidence les forces et les faiblesses, ainsi que les attentes des professionnels et des usagers. Il permet d'identifier les causes de dysfonctionnements et surtout de dégager des axes de progrès.

A partir des éléments recueillis, qui constituent une sorte d'état des lieux général, nous nous sommes attachés à décrire et comprendre les problématiques de santé et leurs déterminants, d'explorer les comportements et les représentations de la population ainsi que des professionnels de santé. Cette analyse approfondie a été nécessaire afin d'identifier les besoins, qu'ils soient latents, ressentis ou exprimés clairement.

Une fois les problématiques et besoins identifiés, et analysés nous avons ensuite déterminé les priorités en fonction des missions définies dans les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) et en tenant compte d'une part de l'existant, d'autre part de ce que les acteurs veulent créer et enfin de la pertinence et de la faisabilité des actions envisagées.

En annexe :

- Données statistiques fournies par l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
- Données statistiques issues de l'outil REZONE CPTS et de l'Observatoire des territoires
- Annuaire Reso Occitanie 2020 – 2021

1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic

La réalisation du diagnostic s'est basée principalement sur les données fournies par l'ARS et l'Assurance Maladie ainsi que celles recueillies via l'outil REZONE CPTS, l'INSEE, l'Observatoire des territoires et les retours des professionnels de santé du territoire. Par ailleurs, un coordinateur à temps plein a été recruté en octobre 2020 pour rédiger le projet de santé et animer le réseau de la CPTS.

La construction de la CPTS du Sud Toulousain a démarré en janvier 2019 par la rédaction d'une lettre d'intention déposée à l'ARS en septembre 2019. De nombreuses réunions ont lieu de janvier 2019 jusqu'à la présentation du projet en réunion plénière de mars 2020 regroupant près de 200 participants.

Des réunions en visioconférences avec les professionnels du territoire ont été organisées pour communiquer sur le projet de la CPTS pendant la crise sanitaire. Une première visioconférence avec pour objectif d'introduire la CPTS aux professionnels l'ayant récemment rejointe et de présenter les prochaines étapes de construction du projet a eu lieu le 14 octobre 2020. Celle-ci a permis aux acteurs de santé d'être informés des 9 groupes de travail identifiés et de se porter volontaires à leurs élaborations, mais aussi de proposer des thématiques qui n'avaient pas encore été abordées. Avec la diffusion d'un compte-rendu ainsi que de formulaires en ligne pour donner suite à cet échange, les professionnels n'ayant pas pu être présents le soir de la réunion ont pu prendre connaissance des projets de la CPTS et s'inscrire dans cette collaboration.

Différentes plateformes ont été animées pour permettre à un maximum de professionnels d'être informés sur les projets de la CPTS : Site web, Microsoft Teams, Discord, WhatsApp, LinkedIn, Facebook, diffusion des compte rendus de réunion via Google Drive en lien avec les URPS, ...

Les réunions des groupes de travail ont été échelonnées sur un calendrier proposé à l'avance avec un roulement permettant à un maximum d'acteurs d'y participer. Les fiches actions ont été remplies conjointement avec les professionnels de santé lors de la troisième réunion des GT. Celles-ci ont été finalisées par la CPTS entre le 20 novembre et le 18 décembre. L'utilisation de l'outil Teams a permis de travailler les documents en direct, même en dehors des temps de réunion, et de rendre l'avancée des fiches actions accessibles à tous les membres.

2 - Territoire de la CPTS

A - Limites géographiques de la CPTS

| Nom de la commune / quartier | Code Insee | Code postal | Nombre d'habitants (Source Insee 2017) |
|------------------------------|------------|-------------|---|
| Poucharramet | 31435 | 31370 | 893 |
| Berat | 31065 | 31370 | 3075 |
| Pin Murelet | 31419 | 31370 | 180 |
| Sajas | 31520 | 31370 | 128 |
| Forgues | 31189 | 31370 | 216 |
| Rieumes | 31454 | 31370 | 3592 |
| Montgras | 31382 | 31370 | 107 |
| Savères | 31538 | 31370 | 222 |
| Montastruc - savès | 31359 | 31370 | 78 |
| Beaufort | 31051 | 31370 | 468 |
| Mones | 31353 | 31370 | 97 |
| Lautignac | 31283 | 31370 | 266 |
| Labastide Clermont | 31250 | 31370 | 672 |
| Plagnole | 31423 | 31370 | 308 |
| Lahage | 31266 | 31370 | 209 |
| Lherm | 31299 | 31600 | 3757 |
| Lamasquère | 31269 | 31600 | 1476 |
| Labastidette | 31253 | 31600 | 2596 |
| Seysses | 31547 | 31600 | 9174 |
| Longages | 31303 | 31410 | 3116 |
| Lavernose Lacasse | 31287 | 31410 | 3127 |
| St Hilaire | 31486 | 31410 | 1237 |
| Le Fauga | 31181 | 31410 | 2075 |
| Mauzac | 31334 | 31410 | 1304 |
| St Clar de riviere | 31475 | 31600 | 1363 |
| Cambernard | 31101 | 31470 | 470 |
| St Lys | 31499 | 31470 | 9621 |
| Fonsorbes | 31187 | 31470 | 12015 |
| Sainte Foy de Peyrolieres | 31481 | 31470 | 2121 |
| Peyssies | 31416 | 31370 | 576 |
| Lafitte Vigordane | 31261 | 31370 | 1206 |
| Gratens | 31229 | 31370 | 702 |
| Marignac Lasclares | 31317 | 31370 | 497 |
| Cugnaux | 31157 | 31370 | 18197 |
| Villeneuve Tolosane | 31588 | 31370 | 9838 |
| Frouzins | 31203 | 31370 | 9177 |
| Portet / Garonne | 31433 | 31370 | 9841 |
| Roques | 31458 | 31370 | 4602 |
| Muret | 31395 | 31370 | 25488 |
| Bois de la Pierre | 31071 | 31370 | 432 |
| Empeaux | 31166 | 31370 | 261 |
| Fontenilles | 31188 | 31370 | 6059 |
| Saiguède | 31466 | 31370 | 811 |
| St Thomas | 31518 | 31600 | 588 |
| Bragayrac | 31087 | 31600 | 328 |
| Pouy de Touges | 31436 | 31600 | 417 |

| | | | |
|---------------------------|-------|-------|--------|
| St Araille | 31469 | 31430 | 157 |
| Sabonnères | 31464 | 31370 | 319 |
| Bon Repos sur Aussonnelle | 31075 | 31470 | 1209 |
| | | Total | 154668 |

B – Taille du territoire

| | |
|-------------------------------------|--|
| Population du territoire de la CPTS | Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants) |
|-------------------------------------|--|

C – Cartographie du territoire



D - Caractéristiques générales du territoire

Le territoire de la CPTS du Sud Toulousain se situe en Haute-Garonne, au Sud-Ouest de Toulouse et à la frontière du département du Gers. Celui-ci s'étend sur 683km² et comprend 49 communes qui rassemblent plus de 150 000 habitants pour une densité de population de 226,5 hab./km² contre 105,1hab./km² sur le territoire national (Insee, 2017). La taille et le nombre d'habitants de ces communes est cependant très écloptique avec moins de 3km² et 100 habitants pour Monès à plus de 55km² et 25 000 habitants pour Muret, son siège social. Les 3 communes de plus de 10 000 habitants de la CPTS (Muret, Cugnaux et Fonsorbes) se situent dans son Nord-Est, à proximité de Toulouse. Cependant plus de la moitié des communes du territoire (25) possèdent moins de 1000 habitants. 30 communes sont identifiées comme étant des Zone d'Action Complémentaire (ZAC).

Sur le plan sanitaire le territoire est doté d'un hôpital de proximité (Centre Hospitalier de Muret) et deux cliniques (Clinique d'Occitanie à Muret et Clinique du château de Seysses) mais aussi d'un service de soins de suite et de réadaptation pour enfants (Pouponnière André Bousquairol à Villeneuve-Tolosane). Il existe un centre de dialyse, deux centres de santé dentaire et un centre de santé infirmier localisés à Seysses et Muret. L'offre de soins hospitalière est donc concentrée dans le Nord-Est du territoire.

Sur le plan médico-social, le territoire est doté de 13 EHPAD, de 2 Centres médico-psychologiques et de 3 services de soins à domicile qui sont, eux, répartis en majorité sur la partie Nord du territoire hormis à Rieumes et Peyssies.

Trois thématiques fortes ont été individualisées sur notre territoire par les acteurs porteurs du projet. Au regard des ressources disponibles, il est envisagé la possibilité de développer :

- La filière de la personne âgée de l'entrée dans la fragilité à la fin de vie au domicile, en EHPAD ou en institution avec un partenariat fort du Gérontopôle et l'utilisation d'ICOPE
- La filière de la gérontopsychiatrie et du handicap de la personne âgée
- La filière de la prise en charge du patient douloureux chronique

De plus, grâce à la possibilité de proposer de nouveaux thèmes de travail au sein de la CPTS et une appétence des professionnels de santé pour ces sujets, deux nouveaux parcours de soins ont été retenus fin 2020 :

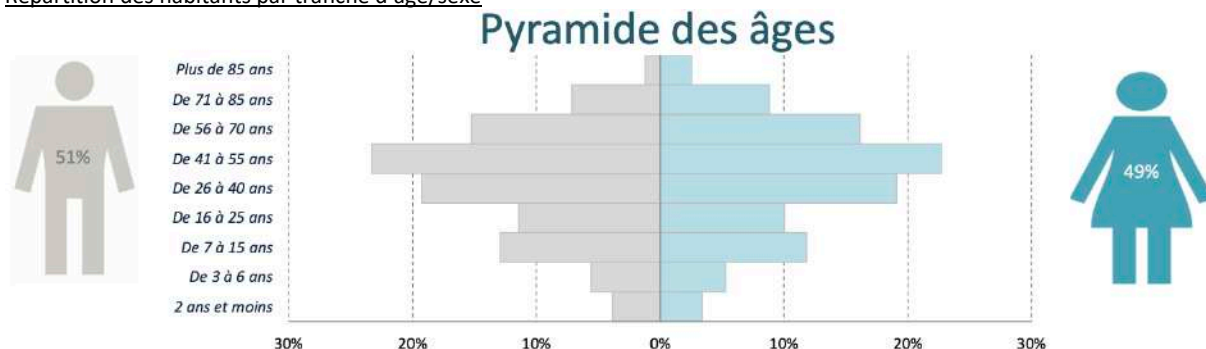
- Le numérique en santé : intelligence artificielle en santé
- Le sport santé et la médecine du sport

L'ensemble du territoire défini se connaît et travaille naturellement ensemble depuis plusieurs années avec une volonté de collaborer. Malgré cela, il faut initier, structurer et faire vivre ces échanges.

3 - Approche statistique du territoire

Données socio-démographiques

Répartition des habitants par tranche d'âge/sexe



| Tranches d'âge (en %) | Hommes | | | Femmes | | |
|-----------------------|--------|-------------|--------|--------|-------------|--------|
| | CPTS | Département | Région | CPTS | Département | Région |
| 2 ans et moins | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| De 3 à 6 ans | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| De 7 à 15 ans | 13 | 11 | 11 | 12 | 10 | 10 |
| De 16 à 25 ans | 11 | 15 | 12 | 10 | 14 | 11 |
| De 26 à 40 ans | 19 | 22 | 18 | 19 | 20 | 17 |
| De 41 à 55 ans | 23 | 20 | 20 | 23 | 20 | 20 |
| De 56 à 70 ans | 15 | 15 | 19 | 16 | 16 | 19 |
| De 71 à 85 ans | 7 | 7 | 10 | 9 | 9 | 12 |
| Plus de 85 ans | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 |

• Source INSEE (2015).

Evolution de la population (évolution du nombre d'habitants sur plusieurs années, taux de variation annuel moyen, variation due au solde naturel, variation due au solde migratoire...)

| Indicateur | CPTS | Département | Région |
|---|------|-------------|--------|
| Evolution de la population entre le 1 ^{er} janvier 2011 et le 1 ^{er} janvier 2016 | 7.6% | 7.0% | 4.2% |

• Source INSEE - RP 2011 et RP 2016.

Sur le territoire de la CPTS l'évolution de la population depuis 2011 est supérieure à celle de l'Occitanie avec une augmentation proportionnelle à sa population 80% plus importante qu'elle ne l'est en région avec 7.6% sur la CPTS contre 4.2% sur la région. Comparativement à la Haute-Garonne, le pourcentage d'évolution de la population est aussi plus élevé, mais la différence est plus tenue, inférieure à 10%.

Couverture par la Complémentaire Santé Solidaire et l'Aide Médicale d'Etat

| Indicateurs | CPTS | Département | Région |
|--|------|-------------|--------|
| Part de la population bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ¹ | 8.2% | 10.1% | 10.7% |
| Part de la population bénéficiant de l'Aide médicale d'Etat (AME) ² | 0.3% | 0.6% | 0.4% |

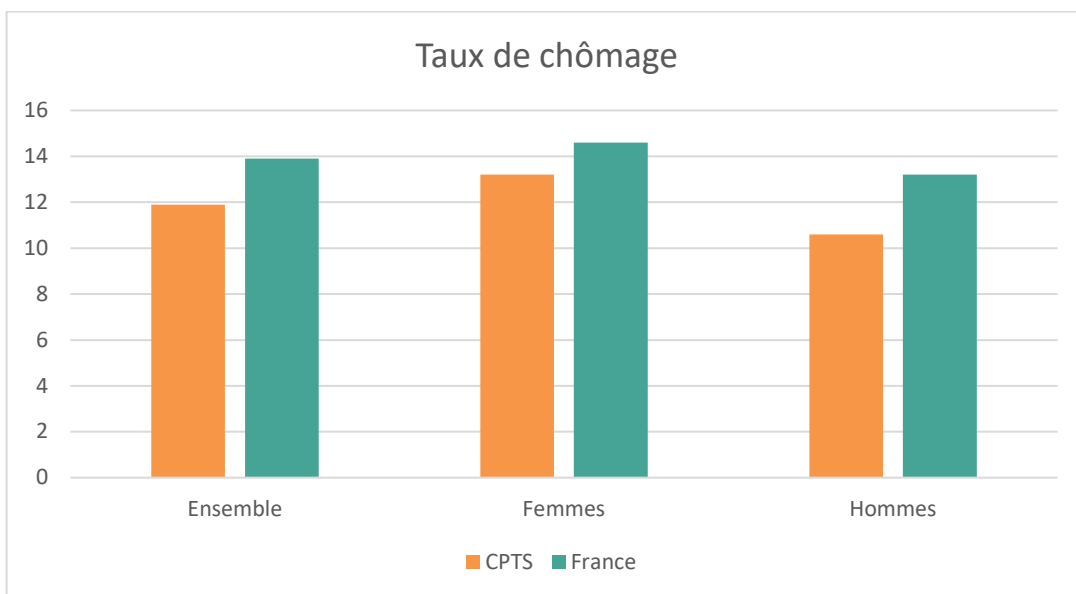
• (1) Source DCIR (2018), (2) Source SNDS (2018)

La part de la population ayant recours à la Complémentaire Santé Solidaire ou à l'Aide Médicale d'Etat sont inférieures sur le territoire de la CPTS à celle de la région et du département.

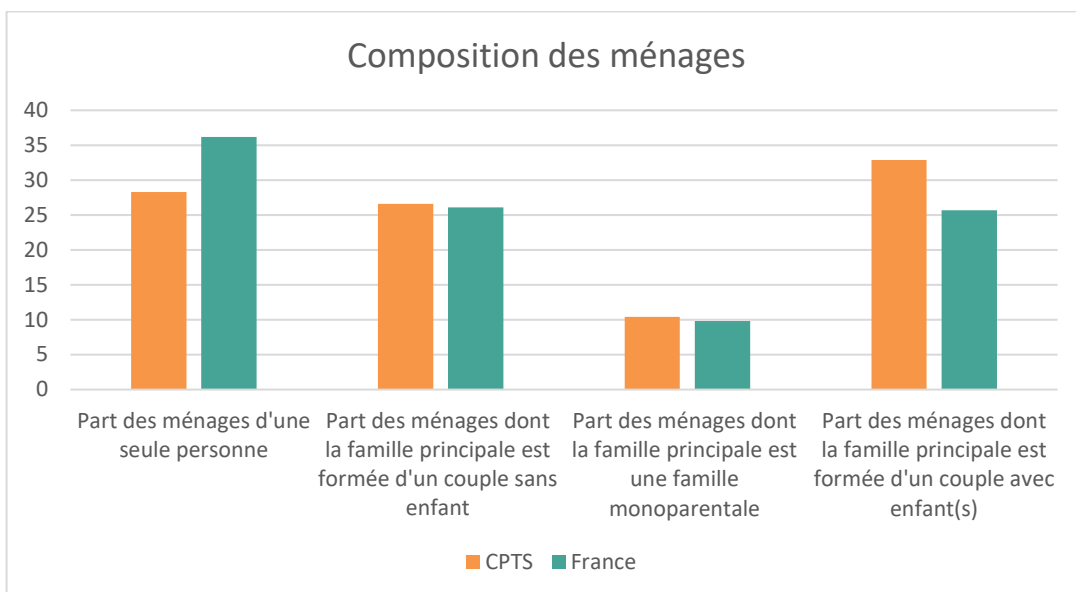
Autres indicateurs de précarité ([RSA](#), [taux de chômage](#), [revenu médian](#), [niveaux d'étude](#), [catégories socio-professionnelles](#), [familles monoparentales...](#))

| Indicateurs | CPTS | Département | Région |
|--|------|-------------|--------|
| Poids de la CSP Agriculteurs | 0.7 | 0.7 | 2.5 |
| Poids de la CSP Artisans-commerçants | 6.3 | 6.1 | 8.3 |
| Poids de la CSP Ouvriers | 17.2 | 14.2 | 17.7 |
| Poids de la CSP Employés | 27.6 | 24.6 | 28.4 |
| Poids de la CSP Cadres | 19.0 | 26.1 | 16.6 |
| Poids de la CSP Professions intermédiaires | 29.3 | 28.2 | 26.5 |

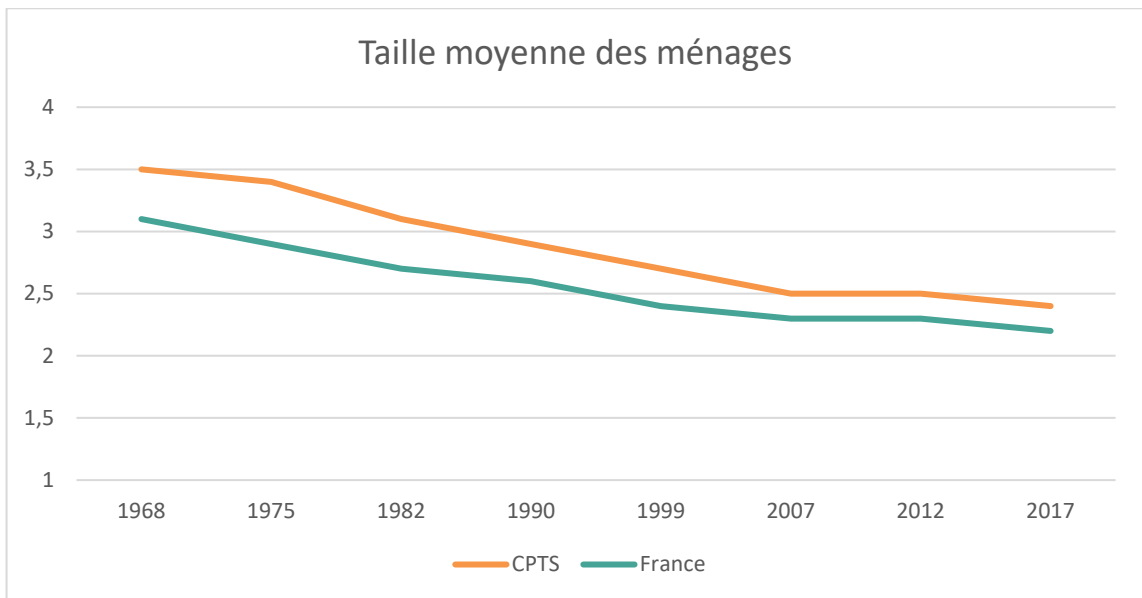
• Part des CPS (en %) parmi les actifs occupés. Source Insee RP 2016



• Taux de chômage (en %) parmi les 15-64 ans. Source Insee, RP 2017.



• Représentation des ménages (en %). Sources Insee, RP 2017.



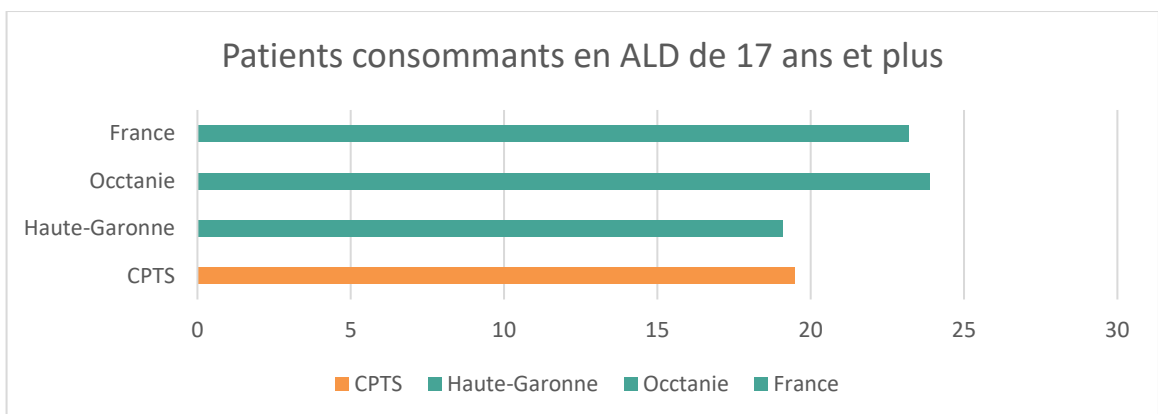
• Taille moyenne des ménages. Sources Insee, RP 2017.

Les catégories sociaux-professionnelles occupées sur le territoire de la CPTS sont assez similaires comparativement avec le reste du département en dehors des cadres dont la représentation est 27% inférieure, ce qui pourrait être expliqué par l'attractivité de Toulouse sur le territoire de la Haute-Garonne pour cette CSP.

Les taux de chômage des 15-64 ans dans la zone de la CPTS sont sensiblement inférieurs à la moyenne nationale que ce soit pour les hommes ou les femmes.

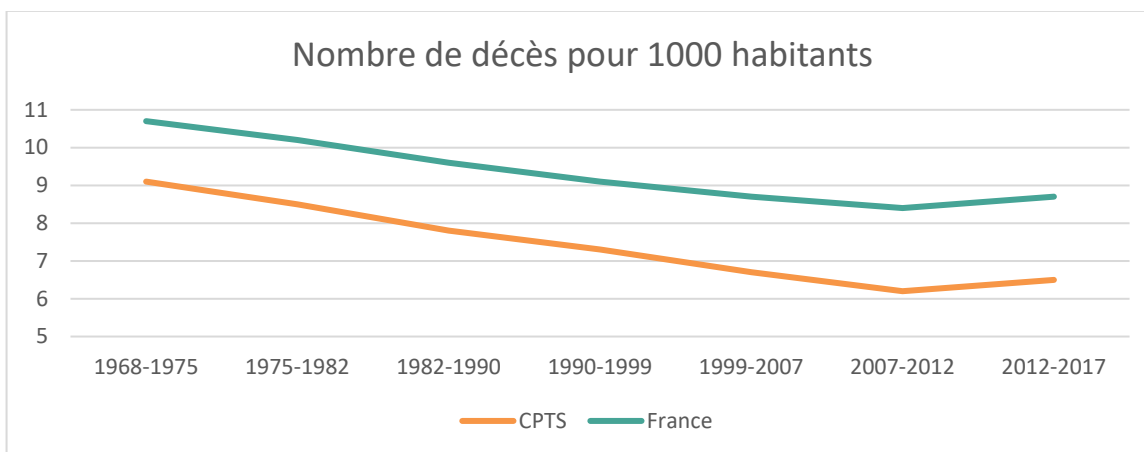
Comme en France depuis plusieurs dizaines d'années la taille moyenne des ménages est en baisse, bien que celle-ci reste sensiblement supérieure à la moyenne nationale sur la CPTS. Comparativement à la France, on observe que la part des ménages d'une seule personne est 21% inférieure et que le nombre de ménages composés d'un couple avec enfant est 28% supérieure sur le territoire. Cependant la part de ménage dont la famille est monoparentale, qui est un indicateur montrant une fragilité sociale, est supérieure de 6% sur le territoire de la CPTS.

Exonérations au titre d'une affection de longue durée



• Pourcentage de la population ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD (avec ou sans rapport) dans la période de référence parmi la population consommatrice de 17 ans et plus. Sources DCIR, SNDS, SNIIRAM (Année 2019). Taux de commune(s) neutralisée(s) : 24.5 %.

Actuellement 19.5% de la population de plus de 17 ans du territoire bénéficie d'une exonération au titre d'une affection de longue durée soit près de 30 000 personnes. Cette proportion est similaire à celle du département et inférieure de plus de 15% aux moyennes régionale et nationale.



• Nombre de décès recensés pour 1000 habitants. Source : Insee, RP.

Pour le territoire du Sud Toulousain, le nombre de décès pour 1000 habitants est plus de 20% inférieur à la moyenne nationale depuis 1968.

Données spécifiquement liées aux missions dévolues aux CPTS

Par de la population sans médecin traitant

| Indicateurs | CPTS | Département | Région |
|-----------------------------------|------|-------------|--------|
| Part des moins de 16 ans | 65 | 63 | 64 |
| Part des plus de 16 ans | 5 | 11 | 12 |
| Part des plus de 70 ans | 1 | 0 | 6 |
| Part des patients en ALD | 14 | 16 | 16 |
| Part des bénéficiaires de la CMUc | 41 | 38 | 38 |

• Part de la population sans médecin traitant (en %). Source DCIR (2018).

Avec seulement 5%, la part de la population de plus de 16 ans sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS est plus de deux fois inférieure à celles du département et de la région. Cependant les parts des moins de 16 ans ainsi que celle des bénéficiaires de la CMUc, bien que proches des moyennes locales, sont particulièrement importantes avec respectivement 65% et 41%.

Parcours de soins et prévalence des pathologies en référence à la liste des 30 affections de longue durée

| Indicateurs | CPTS | | Département | | Région | |
|---|--------|--------|-------------|--------|-----------|--------|
| Toutes les ALD y compris hors liste et polyopathie | 22 566 | 13 987 | 199 194 | 19 734 | 1 084 920 | 17 271 |
| Top 10 des ALD sur liste du territoire | | | | | | |
| Diabète de type 1 et de type 2 | 5 833 | 3 615 | 47 487 | 3 274 | 264 746 | 4 215 |
| Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique | 4 458 | 2 763 | 40 508 | 2 793 | 217 562 | 3 463 |
| Infarctus coronaire | 3 053 | 1 892 | 26 452 | 1 824 | 145 960 | 2 324 |
| Affections psychiatriques de longues durée | 3 025 | 1 875 | 30 480 | 2 102 | 164 809 | 2 624 |
| Insuffisance cardiaque grave, cardiopathie valvulaire grave | 2 563 | 1 589 | 22 079 | 1 522 | 134 112 | 2 135 |
| Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques | 1 068 | 662 | 9 273 | 639 | 57 780 | 920 |
| Accident vasculaire cérébral invalidant | 981 | 608 | 8 643 | 596 | 49 161 | 783 |
| Maladie d'Alzheimer et autres démences | 887 | 550 | 7 499 | 517 | 41 990 | 668 |

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-------|-----|--------|-----|
| Formes graves des affections neurologiques et musculaires | 858 | 532 | 7 242 | 499 | 36 010 | 573 |
| Hypertension artérielle sévère | 734 | 455 | 6 708 | 463 | 40 509 | 645 |

• Nombre de personnes avec une ALD active au 31/12/2018 et part dans la population pour 100 000 habitants : *NN pour 100 000 hbts* (*Une personne ayant plusieurs ALD actives n'est comptabilisée qu'une seule fois)
Source référentiel médicalisée du SNDS : population consommante inter-régime (2018).

Parmi toutes les ALD, le diabète est la pathologie prévalente que ce soit sur le territoire ou en région.

Niveau de polymédication continue et d'antibiorésistance

| Risque iatrogène* | CPTS | Département | Région |
|--|-------|-------------|--------|
| Nombre de patients ayant reçu plus de 10 molécules | 1 567 | 13 267 | 74 755 |
| Taux de patients ayant reçu plus de 10 molécules | 2,64% | 2,66% | 3,36% |
| Nombre moyen de molécules par prescription chez les patients | 3,51 | 3,52 | 3,76 |
| Nombre de patients de 65 ans et plus ayant reçu plus de 10 molécules | 1 070 | 8 489 | 50 994 |
| Taux de patients ayant reçu plus de 10 molécules parmi les plus de 65 ans | 6,79% | 6,14% | 6,56% |
| Nombre moyen de molécules par prescription chez les patients de plus de 65 ans | 6,92 | 4,81 | 4,92 |

*Analyse des délivrances sur le mois d'avril (Cf. Annexe 2)

| Antibiorésistance* | CPTS | Département | Région |
|---|---------|-------------|------------|
| Nombre de patients ayant reçu une prescription antibiotique | 76 524 | 641 634 | 2 737 616 |
| Nombre de prescription antibiotiques | 142 676 | 1 192 637 | 5 087 323 |
| Nombre moyen de prescriptions antibiotiques par patient | 1,86 | 1,86 | 1,86 |
| Nombre de boîtes d'antibiotiques prescrites | 339 564 | 2 820 979 | 12 261 403 |
| Nombre moyen de boîtes par patient | 4,44 | 4,40 | 4,48 |

*Liste de médicaments issue de l'ANSM

• Détails concernant la surconsommation de soins. *Sources SNIIRAM, DCIR.*

Concernant le risque iatrogène et l'antibiorésistance, les nombres moyens de prescriptions sur le territoire de la CPTS sont proches de ceux du département et à la région.

Taux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal

| Indicateurs | CPTS | Département | Région |
|--|------|-------------|--------|
| Taux de patientes de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis remboursé sur 3 années | 61% | 57% | 50% |
| Taux de patientes de 50 à 74 ans ayant eu au moins une mammographie sur 2 années | 61% | 58% | 53% |
| Taux de lecture du test de dépistage du cancer colorectal sur 2 années | 23% | 21% | 21% |

• Focus sur les actes de dépistage. *Sources SNIIRAM, DCIR.*

Les taux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal sont supérieurs à ceux du département et de la région.

Couverture vaccinale antigrippale

| Indicateur | CPTS | Département | Région |
|---------------------------------|------|-------------|--------|
| Taux de vaccination antigrippal | 45% | 42% | 40% |

- Focus sur les actes de vaccination. Sources SNIIRAM, DCIR.

Couverture vaccinale antigrippale des sujets à risque

| Indicateur | CPTS | Département | Région | France |
|--|-------|-------------|--------|--------|
| Taux de vaccination antigrippal des sujets à risques | 32,1% | 32% | 32,5% | 32,7% |

- Rapport entre la population consommande de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) avec au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal et la population de 16 à 64 ans relevant soit avec d'une ALD ciblée, soit ayant eu au moins 4 délivrances de médicaments de la classe R03 (Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires) (données recueillies pour le régime général hors Sections Locales de Sécurité Sociale). Sources DCIR, SNDS, SNIIRAM (2019), taux de commune(s) neutralisée(s) : 51 %.

Couverture vaccinale ROR

| Indicateur | CPTS | Département | Région | France |
|-------------------------|-------|-------------|--------|--------|
| Taux de vaccination ROR | 77.7% | 78.5% | 78.3% | 81.5% |

- Part des patients consommants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR. Rapport entre le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance. Sources DCIR, SNDS, SNIIRAM (2019), taux de commune(s) neutralisée(s) : 53.1 %.

Couverture vaccinale anti-méningocoque C

| Indicateur | CPTS | Département | Région | France |
|---|-------|-------------|--------|--------|
| Taux de vaccination anti-méningocoque C | 90.7% | 91.1% | 90.4% | 92.9% |

- Part des patients consommants de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C. Rapport entre le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de vaccin depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance. Sources DCIR, SNDS, SNIIRAM (2019), taux de commune(s) neutralisée(s) : 53.1 %.

Concernant les couvertures vaccinales du territoire de la CPTS :

- Bien que le taux de vaccination antigrippale soit supérieur à la moyenne départementale et régionale, le taux de vaccination de la population à risque est lui inférieur de 0.6 point par rapport à la moyenne nationale, tout en restant similaire à la moyenne départementale.
- La couverture vaccinale ROR est inférieure aux couvertures départementale et régionale mais surtout nationale avec 3.8 points de différence.
- La couverture vaccinale anti-méningocoque C, malgré qu'elle soit la plus haute des couvertures vaccinales du territoire avec un taux de 90.7%, reste 2.2 points en dessous de la moyenne française.

Données de l'offre de santé

Effectif des professionnels de santé libéraux et démographie médicale (tranches d'âges + effectif prévisionnel à horizon de 5 ans)

| Catégories sélectionnées | Nombre sur le territoire | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------|
| | Total | + de 60 ans | Dont + de 65 ans |
| Spécialités médicales | | | |
| Médecins généralistes | 155 | 38 | 17 |
| Médecins hors médecine générale | 140 | 41 | 11 |
| Spécialité Sage-Femme | | | |
| Sage-Femme | 16 | 0 | 0 |
| Spécialités dentaires | | | |
| Chirurgien dentaires – Spe. O.D.F. | 8 | 0 | 0 |
| Chirurgien-Dentiste | 107 | 13 | 4 |
| Stomatologue | 3 | 2 | 0 |
| Auxiliaires médicaux | | | |
| Infirmier | 298 | 31 | 4 |
| Masseur Kinésithérapeute | 221 | 11 | 7 |
| Orthophoniste | 81 | 3 | 1 |
| Orthoptiste | 12 | 1 | 0 |
| Pédicure Podologue | 40 | 0 | 0 |
| Pharmacie et Laboratoire | | | |
| Pharmacie | 38 | - | - |
| Laboratoire | 14 | - | - |

• Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées). *Source SNDS (Septembre 2020).*

On compte sur le territoire de la CPTS 1 081 professionnels de santé ainsi que 38 pharmacies et 14 laboratoires. Parmi l'effectif médical du territoire de la CPTS qui s'élève à 155 médecins généralistes et 140 médecins spécialistes, 79 ont plus de 60 ans et 28 plus de 65 ans. C'est donc 40,5% de la population médicale qui est âgé d'au moins 60 ans et 14.4% de plus de 65 ans. Les autres professions libérales sont moins impactées par ce phénomène.

Activité des Médecins Généralistes, Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes... déclinée en nombre de patients et en nombre d'actes et/ou de coefficients

| Professions médicales | Nombre d'actes | | |
|-----------------------------------|----------------|-------------|------------|
| | CPTS | Département | Région |
| Chirurgien dentaire | 21 703 | 973 205 | 9 067 905 |
| Sage-Femme | 4 671 | 152 571 | 992 364 |
| Omnipraticien | 51 877 | 2 757 895 | 23 095 942 |
| Chirurgie | - | 130 343 | 1 382 996 |
| Radiologie | 8 299 | 741 019 | 6 305 364 |
| Gynécologie Obstétrique | - | 132 653 | 1 498 569 |
| Psychiatrie Neuropsychiatrie | - | 108 850 | 1 228 263 |
| Anesthésie-Réanimation | - | 129 066 | 1 332 464 |
| Médecine interne | - | 16 709 | 141 312 |
| Pédiatrie | - | 64 980 | 778 303 |
| Médecine Cardio-Vasculaire | 2 084 | 149 574 | 1 489 562 |
| Stomatologie | - | 14 768 | 155 510 |
| Dermato-Vénérologie | 1 312 | 89 685 | 772 456 |
| Gastro-Entérologie Hépatologie | - | 55 837 | 513 930 |
| Oto-Rhino-Laryngologie | - | 59 015 | 730 432 |
| Pneumologie | - | 47 029 | 460 933 |
| Rhumatologie | - | 83 533 | 774 430 |
| Ophtalmologie | 6 928 | 364 976 | 3 522 208 |
| Médecine Physique et Réadaptation | - | 44 465 | 268 505 |
| Neurologie | - | 11 201 | 214 402 |

| Professions paramédicales | Nombre d'actes | | |
|---------------------------|----------------|-------------|------------|
| | CPTS | Département | Région |
| Infirmier | 263 799 | 11 442 404 | 79 523 095 |
| Masseur-Kinésithérapeute | 38 742 | 3 165 890 | 28 942 700 |
| Pédicure-Podologue | 183 | 15 340 | 109 392 |
| Orthophonie | 4 009 | 363 681 | 3 078 069 |
| Orthoptie | 1 191 | 103 165 | 764 519 |

• Détail de la production de soins de ville. Source SNIIRAM, DCIR.

| Catégorie | Nombre de patients | | | |
|---------------------------------------|--------------------|-------------|--------|--------|
| | CPTS | Département | Région | France |
| Médecins spécialistes et généralistes | 1 713* | 1 572 | 1 617 | 1 685 |
| Infirmiers | 170* | 164 | 172 | 234 |
| Masseurs-Kinésithérapeutes | 253* | 269 | 243 | 230 |
| Orthophonistes | 72* | 80 | 78 | 81 |
| Orthoptistes | 0* | 621 | 614 | 748 |

*Médecin spécialiste en méd. générale : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 12.2 %. 28 commune(s) sans activité et 9 commune(s) neutralisée(s) : 19 sur 156 Prof. non pris en compte.

*Infirmier : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 6.1 %. 24 commune(s) sans activité et 8 commune(s) neutralisée(s) : 17 sur 279 infirmier(s) non pris en compte.

*Masseur Kinésithérapeute : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 10 %. 27 commune(s) sans activité et 10 commune(s) neutralisée(s) : 21 sur 210 kiné. non pris en compte.

*Orthophoniste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 30.4 %. 32 commune(s) sans activité et 11 commune(s) neutralisée(s) : 24 sur 79 ortho. non pris en compte.

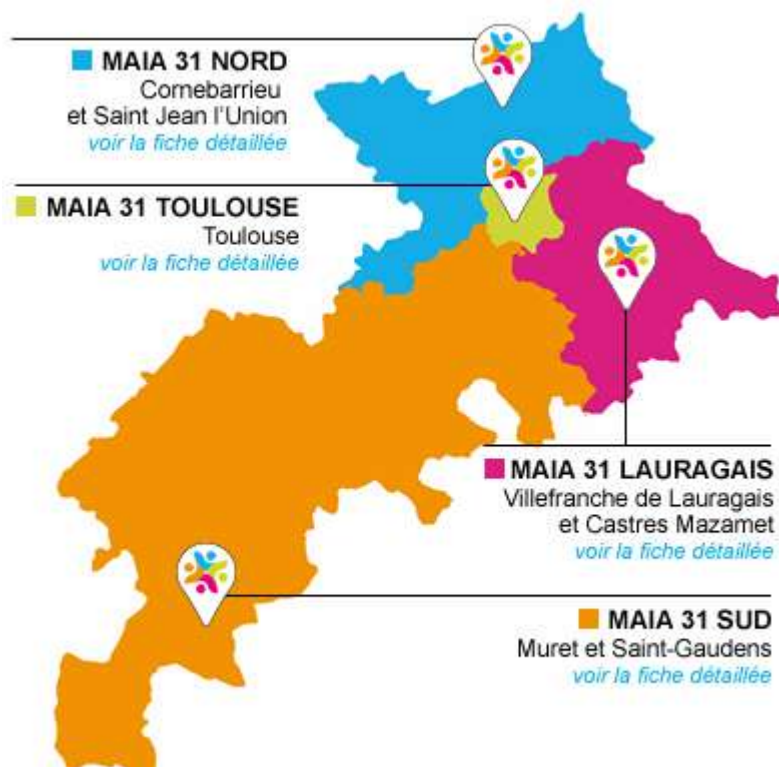
*Orthoptiste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 100 %. 42 commune(s) sans activité et 7 commune(s) neutralisée(s) : 11 sur 11 orthop. non pris en compte.

• Rapport entre la patientèle totale par catégorie, par entité géographique observée et le nombre de PS par catégorie présents sur cette même entité. Source SNDS (2019).

Sur le territoire le nombre moyen de patients par médecins généralistes est supérieur de 1,7% à la moyenne nationale et de 9% à la moyenne départementale.

Les autres professions comme infirmiers, masseurs-kinésithérapeute et orthophoniste disposent globalement d'une patientèle proche de leurs confrères avec une exception sur le territoire national pour les infirmiers qui prennent en charge en moyenne 27,4% de patients en plus que les professionnels du territoire de la CPTS.

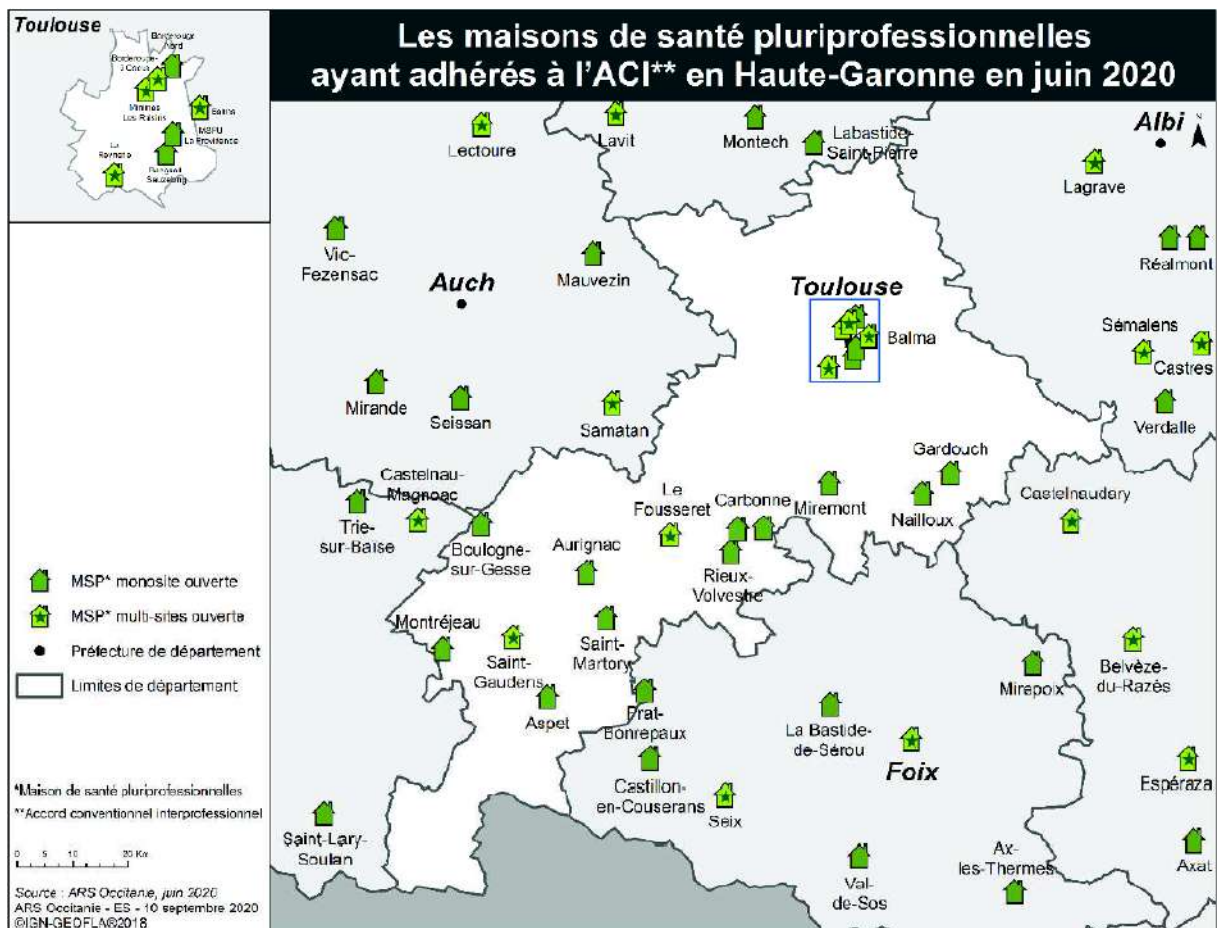
Structure de coordination déjà existante - ESP, MSP, PTA



- Présence de la MAIA 31 sur le territoire de la CPTS. *Source MAIA 31.*

Différentes structures de coordination sont présentes ou en projet sur le territoire de la CPTS.

L'antenne MAIA 31 SUD est située sur le territoire de la CPTS et il existe un projet de PTA (plateforme territoriale d'appui) en cours de validation en Haute-Garonne dont l'ouverture est prévue début 2021. *Source Reso Occitanie.*



Il n'y a à l'heure actuelle aucune MSP ayant adhéré à l'ACI sur le territoire de la CPTS. Cependant 3 projets de MSP sont recensés sur le territoire par la FORMS (Fédération Occitane Roussillon des Maison de Santé) :

- MSP Saint Lys à Saint Lys
- MSP de l'EOLE à Labastidette
- MSP Santé Pyrénées à Muret

Un quatrième projet de MSP, à l'heure actuelle non recensé par la FORMS est aussi présent sur le territoire :

- Projet de MSP à Lherm

Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

| Structures | Nombre sur le territoire | Communes |
|--|--------------------------|---|
| Sanitaire | | |
| Centre hospitalier | 0 | |
| Centre hospitalier régional / régional universitaire | 0 | |
| Centre de dialyse & structures alternatives aux centres | 1 | Muret |
| Centre de santé dentaire | 2 | Seysses Muret |
| Centre de santé infirmier | 1 | Seysses |
| Centre de santé médical | 0 | |
| Centre de santé non typés eCDS-ATIH | 0 | |
| Centre de santé polyvalent | 0 | |
| Clinique | 2 | Seysses Muret |
| Entité du CHR/RU | 0 | |
| Hôpital de proximité | 1 | Muret |
| Hospitalisation à domicile | 0 | |
| Hôpital d'instruction des armées | 0 | |
| Maison de santé pluriprofessionnelle | 0 | |
| Soins de suite et de réadaptation | 1 | Villeneuve-Tolosane |
| Médico-social | | |
| Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | 13 | Saint-Lys (3) Sainte-Foy-de-Peyrolières Muret (3) Lherm Frouzins Rieumes Peysies Villeneuve-Tolosane Portet-sur-Garonne |
| Service de soins infirmiers à domicile | 3 | Saint-Lys Muret Rieumes |
| Centre médico-psychologique ¹ | 2 | Muret Cugnaux |

• Source : data.gouv.fr - FINESS Géographique (au 14/09/2020)

(1) Annuaire action-sociale (<https://www.action-sociale.org/> consulté le 04/12/2020)

Autres dispositifs ou structures ([associations de patients...](#))

Réseaux d'appui à la coordination de parcours de santé complexes

- RAMIP (Réseau des professionnels de l'addiction en Midi-Pyrénées)
- OCCIRESPI (Bronchiolite Assistance Midi-Pyrénées)
- Onco Occitanie (Réseau régional de cancérologie)
- Réseau de chirurgie pédiatrique Occitanie
- Diabète Occitanie
- COHEP (Coordination Hépatites Occitanie)
- Pôle ressources régional MDN (Pôle ressources régional des maladies neuro-dégénératives)
- Partn'air (Maladie chronique à dominante respiratoire)
- RPO (Réseau de périnatalité Occitanie)
- Cicat Occitanie (Expertise et suivi des plaies complexes)
- Occitadys (Parcours de santé des enfants)
- Prévios (Prévention violences)
- Sero Occitanie (Structure d'expertise régionale en obésité Occitanie)
- RAP 31 (Jeunes en grande difficulté)
- Relicence 31 (Réseau territorial polythématique)
- Equipes relais handicaps rares
- Réso Occitanie (Fédère les réseaux de santé et dispositifs d'appui en région)

Voir l'**ANNEXE 7** pour la liste détaillée de tous ces dispositifs.



Du côté des femmes de Haute-Garonne est une association féministe située à Muret avec qui la CPTS organise des formations et des temps d'échanges pour faire face aux violences conjugales. 16 professionnels de santé du territoire inscrit dans la CPTS bénéficieront ainsi de 4 demi-journées de formations et de 5 temps d'échanges de pratiques à partir de janvier 2021.

4 - Analyse des données & identification des problématiques

Prise(s) en charge, outil(s) et partenariat(s) existant(s)

| Mission des CPTS | FORCES identifiées |
|--|--|
| Accès aux soins Médecin traitant | <ul style="list-style-type: none"> - Le système qui est en place sur la partie sud de la CPTS et sur les communes fortes du bassin du Comminges facilité l'accès aux médecins traitants, possible de s'en inspirer - Seulement 5% de la population de plus de 16 ans n'a pas de médecin traitant, soit plus de deux fois moins qu'en région ou dans le département - 4 projets de MSP sur le territoire |
| Accès aux soins Soins non-programmés | <ul style="list-style-type: none"> - Le CH de Muret prévoit la construction de locaux dédiés à une MMG - Le grand nombre d'IDEL sur le territoire (300) pour les astreinte IDE fixes et mobiles de la MMG - Les EHPADs sont équipés en matériel de téléconsultation |
| Parcours | <ul style="list-style-type: none"> - Bonne communication et collaboration sur le territoire. - Plusieurs professionnels experts en gériatrie et formés à ICOPE sur le territoire - Parcours de soins psychiatrique en partenariat avec la clinique de Seysses - Convention de partenariats avec différents acteurs de santé signées |
| Prévention | <ul style="list-style-type: none"> - Une action liant le dépistage de la BPCO à la vaccination antigrippale est en projet dans notre territoire disposant d'un taux significatif de vaccination antigrippale (45%) |
| Qualité et pertinence des soins | <ul style="list-style-type: none"> - Une charte à l'attention des professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS a été rédigée |
| Accompagnement des professionnels de santé | <ul style="list-style-type: none"> - La densité de maîtres de stage MG est importante - La CPTS est lauréate d'un AAP de la préfecture d'Haute-Garonne ayant permis de financer une formation à destination des professionnels de la CPTS volontaires sur le thème des violences conjugales - Des professionnels formateurs ou ressources sont présents parmi les membres de la CPTS |
| Général | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de groupes WhatsApp, Teams et d'un mailing Google Groups pour communiquer avec les membres - De nombreux professionnels motivés et volontaires pour contribuer au projet de santé de la CPTS - Locaux accessibles au CH de Muret et sur le territoire pour les réunions / formations |

Besoins et problématiques d'accès aux soins et/ou de continuité des parcours de santé

| Mission des CPTS | FAIBLESSES identifiées |
|---|--|
| Accès aux soins Médecin traitant | <ul style="list-style-type: none"> - Départ de certains médecins du territoire : retraite, décès, changement d'orientation. - Pas assez de médecins entrant sur le territoire, notamment pour les prises en charge pédiatrique - Prêt de 25% des médecins généralistes du territoire ont plus de 60 ans |
| Accès aux soins Soins non-programmés | <ul style="list-style-type: none"> - Trop de passages aux urgences qui peuvent être pris en charge par les cabinets de médecins |
| Parcours | <ul style="list-style-type: none"> - Les parcours de soins du territoire ne sont pas facilement identifiés par les professionnels, la mise à disposition de ces parcours sur un site internet permettrait de résoudre ce problème. |

| | |
|--|--|
| Prévention | - La couverture vaccinale du ROR semble sensiblement inférieure sur le territoire, mais le taux de communes neutralisées pour cet indicateur est élevé (53%) est il doit donc être observé avec du recul. |
| Qualité et pertinence des soins | - Méconnaissance de la démarche de qualité pour les professionnels de santé |
| Accompagnement des professionnels de santé | - Difficile d'atteindre tous les professionnels de santé du territoire, notamment ceux ne disposant pas d'organe de communication comme une URPS |
| Général | - Difficultés de communication car pas de canal de communication nous permettant d'atteindre facilement tous les professionnels, d'autant plus que certaines professions ne disposent pas de canal de diffusion comme une URPS |

5 - Orientations stratégiques du projet de santé

| Intitulé de la mission | Axes d'amélioration retenus par les professionnels de la CPTS |
|--|---|
| Faciliter l'accès à un médecin traitant | <u>Axe 1</u> : Proposer une charte de la CPTS aux MG s'inspirant de ce qui est proposé sur la partie Sud de la CPTS. Elle permettra de couvrir toute la population qui ne dispose pas de MG dans sa commune par une définition géographique. |
| Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville | <u>Axe 1</u> : Création d'une MMG sur le CH de Muret |
| Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient | <p><u>Axe 1</u> : Répertoire des parcours de soins pluriprofessionnels</p> <p><u>Axe 2</u> : Parcours de soin en gériatrie et recherche de la fragilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-fragilité et fragilité - Dépendance à domicile et en établissement <p><u>Axe 3</u> : Parcours de soins en psychiatrie et spécificité de la psychiatrie de la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie de la personne âgée - Psycho-oncologie - Addictologie - Psychiatrie générale <p><u>Axe 4</u> : Parcours de soins du patient douloureux chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lombalgie chronique en soin primaire <p><u>Axe 5</u> : Sport Santé et médecine du sport</p> |
| Développement d'actions coordonnées de prévention | <p><u>Axe 1</u> : Associer un dépistage précoce de la BPCO à la campagne de vaccination de la grippe saisonnière</p> <p><u>Axe 2</u> : Prévention et dépistage des troubles de la déglutition chez la personne âgée à domicile</p> |

| | |
|--|--|
| Développement de la qualité et de la pertinence des soins | <p><u>Axe 1</u> : Charte d’engagement des professionnels de santé libéraux de la CPTS du Sud Toulousain</p> <p><u>Axe 2</u> : Formation interprofessionnelle pour le repérage, la déclaration et le suivi des événements de materio et pharmacovigilance</p> <p><u>Axe 3</u> : Intelligence Artificielle en santé</p> |
| Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire | <p><u>Axe 1</u> : Faciliter l’accès aux formations pour les professionnels de santé</p> <p><u>Axe 2</u> : Formations et groupes d’échanges de pratiques avec l’association “Du côté des femmes” sur les violences conjugales</p> <p><u>Axe 3</u> : Formations et groupes d’échanges de pratiques avec l’association “Innocence en danger” sur les violences faites aux enfants</p> |

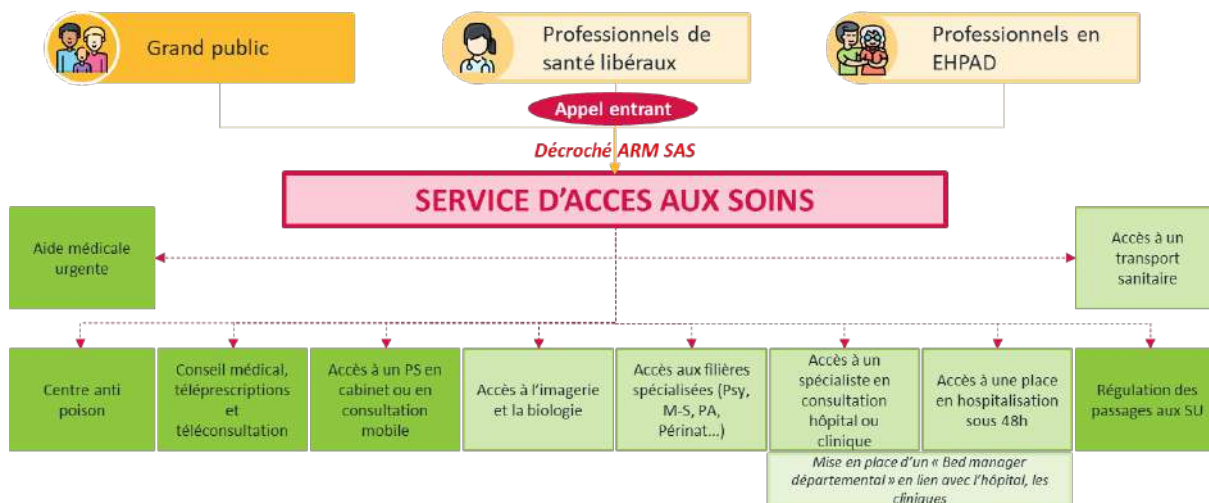
Expérimentation SAS (Service d’Accès aux Soins) :

Le département de la Haute-Garonne a été choisi pour être porteur de l’expérimentation du SAS et la CPTS du Sud Toulousain se mobilise dans cette démarche.

En effet, le SAS s’intègre dans les missions socles de la CPTS : Mission 1 - Améliorer l’accès aux soins et Mission 2 - Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient.

La régulation téléphonique et la plateforme numérique sont des outils facilement accessibles et déployables. Les professionnels de santé de notre territoire utilisent déjà ces moyens. Ces derniers, ainsi que les outils et parcours de soins en téléconsultations, ont été très vite accélérés durant la crise Covid : leur usage a été acquis par les patients, les médecins généralistes ainsi que les spécialistes.

- Utiliser la plateforme digitale proposée par nos tutelles sera ainsi aisée pour les patients et les professionnels. Plus des 2/3 des patients utilisent déjà les prises de rendez-vous en ligne de type Doctolib, la quasi-totalité des professionnels en sont équipés.
- Nous pouvons également compter sur les collaborateurs de Mr Zerbini : E-santé Occitanie œuvre largement à l’adéquation entre les besoins et le terrain.
- Nous écrivons un projet médical partagé entre l’hôpital et les professionnels de santé du territoire. Nous avons déjà écrit un projet commun sur la filière gérontologique et psychiatrique sur notre territoire incluant le SAMU, les urgences, le SDIS 31 et les structures médico-sociales : ces collaborations sont déjà en place.
- Notre territoire est structuré depuis plusieurs années sur la PDSA et les MMG (Maison Médicale de Garde) : les plannings fonctionnent très bien, les médecins sont en nombre, les pharmacies ont un roulement existant.
- Un service spécifique (Régul 31) au sein du SAMU 31 est organisé par les médecins généralistes qui répondent 7j/7 aux demandes téléphoniques urgentes des usagers.
- Nécessité d’un coordonnateur spécifique SAS sur un profil de celui d’un coordonnateur de CPTS ou MSP.
- Mise en place d’un suivi prospectif avec création d’indicateurs.



Lien(s) entre les missions du projet de santé de la CPTS et les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé d'Occitanie :

Le Projet Régional de Santé d'Occitanie s'organise sur des engagements autour desquels la CPTS du Sud Toulousain apportera son soutien territorial.

1) Accès au médecin traitant

Notre territoire est fortement mobilisé concernant cette problématique et a su proposer des axes de travaux en cours d'élaboration, tel que la définition d'une couverture géographique des médecins généralistes, pour faciliter l'accès au médecin traitant.

2) Réduction du nombre de passage aux urgences

La CPTS est impliquée dans l'expérimentation SAS 31 qui va permettre une accélération de l'engagement de l'ensemble des 150 médecins généralistes du territoire pour réduire le nombre de passages évitables et relevant de la médecine de ville aux urgences.

3) Développer la prévention, le repérage et l'accompagnement précoce

La CPTS proposera des actions de prévention à travers, notamment, des actions menées auprès des personnes âgées qu'elles soient en situation de pré-fragilité, fragilité ou de dépendance.

Elle effectuera aussi du repérage et de l'accompagnement à travers le dépistage de la BPCO et des troubles de la déglutition des personnes âgées mais aussi avec la formation au repérage des violences conjugales.

4) Rendre chacun d'avantage acteur de sa santé

En proposant des salles aux CH de Muret ou ailleurs sur le territoire en collaboration avec des cabinets, pharmacies ou collectivités, les professionnels experts et formateurs identifiés pourront proposer l'animation d'ETP, de réunions et de formations à travers la CPTS.

Une des missions que nous avons choisies d'intégrer à notre projet de santé est le parcours de soins en gériatrie et la recherche de la fragilité. Ceci est notamment dû à la présence sur notre territoire de professionnels experts en dépistage de la fragilité qui, à travers le programme ICOPE, rendront les usagers acteurs de leur prévention.

5) Améliorer l'organisation des services de santé pour les rendre accessibles à tous dans tous les territoires

La création d'une Maison Médicale de Garde sur le site du CH de Muret améliorera l'accessibilité aux soins non programmés et urgents de ville. La présence d'une IDE mobile et de matériels de télémedecine assureront une réponse à la population de l'ensemble du territoire de la CPTS et des 16 EHPAD qui l'occupent.

La CPTS du Sud Toulousain s'engage à apporter son soutien aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en projet sur son territoire et à collaborer dans les missions qui nous unissent. Et à promouvoir l'ouverture de MSP.

6) Renforcer la coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge

La création d'un répertoire de professionnels experts et l'identification des parcours de soins permettra aux professionnels de santé de coordonner plus rapidement et facilement leurs actions et améliorera la prise en charge des patients. De plus, la CPTS travaillera avec son partenaire santé Occitanie pour promouvoir, entre-autres, la plateforme de messagerie directe sécurisée SPICO auprès de ses membres.

La Plateforme Territoriale d'Appui 31 qui ouvrira en 2021 bénéficiera de l'appui de la CPTS pour diffuser le support qu'elle apporte auprès des professionnels du territoire.

7) Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements

Une charte à destination des professionnels de santé adhérents à la CPTS visant à garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et accompagnements a été élaborée.

Bien que toutes les actions prévues par la CPTS ne soient pas ici décrites, à travers ces quelques exemples nous pouvons voir que les actions qu'elles prévoient s'inscrivent dans la démarche engagée par le Projet Régional de Santé d'Occitanie.

Lien(s) entre les missions du projet de santé de la CPTS et les orientations stratégiques d'autres projets présents sur le territoire (CLS, CLSM...) :

La discussion est engagée avec les deux intercommunalités du territoire de la CPTS afin d'écrire et de déployer nos conventions de partenariat (Réflexion autour de CLS).

Définition des missions

Le diagnostic territorial nous a permis d'identifier les besoins et problématiques de notre territoire et de déterminer les orientations stratégiques sur lesquelles nous souhaitons nous organiser afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la population et des acteurs de terrain.

Nous avons constitué des groupes de travail afin de décliner opérationnellement ces orientations en les structurant autour des trois missions socles et des deux missions complémentaires définies dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Ce travail collaboratif a été réalisé à l'aide de « fiches missions » sur lesquelles nous avons précisé, pour chaque action :

- Ce que nous voulons faire – notre action et nos engagements,
- Comment nous allons mettre en œuvre cette action – méthode et moyens,
- Comment nous allons assurer son évaluation - suivi et réalisation des objectifs

Les résultats des travaux de chaque groupe ont été présentés et validés par l'ensemble des membres de la CPTS.

Mission socle 1A

1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant

Sur notre territoire, un nombre de patients inférieur à la moyenne générale rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant.

Pour les patients les plus fragiles - patients en ALD, patients âgés de plus de 70 ans, patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la Complémentaire Santé Solidaire ou l'AME - l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical conduisant bien souvent à une aggravation prématurée de leur état de santé par l'accumulation des problèmes de santé non résolus et/ou non maîtrisés.

Notre CPTS aura donc pour mission première de faciliter la recherche d'un médecin traitant pour les patients, notamment ceux en situation de fragilité, parmi la population du territoire.

Notre communauté professionnelle correspond au bon maillage pour remplir cette mission dans le respect du libre choix des patients et des médecins.



FICHE ACTION – ACCES AU MEDECIN TRAITANT

LIBELLE DE L'ACTION

Accès au médecin traitant

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Faciliter l'accès au médecin traitant

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Nicolas HOMEHR - Médecin généraliste
06 03 74 00 30
docteur@home-hr.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Dr Denis GRENET - Médecin généraliste
- Dr Claudie TISSOT - Médecin Généraliste
- Dr Marc LORRAIN - Médecin généraliste
- Dr Gérard REGINE - Médecin généraliste
- Dr Alain CHALEON - Médecin généraliste
- Dr François ESCAT - Médecin urgentiste
- Dr Sophie MERCHET - Médecin urgentiste
- Dr Loïc RIBAUT - Médecin urgentiste

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Certains patients du territoire du sud toulousain rencontrent des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant.

Objectif général

Mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Objectif(s) opérationnel(s)

Pour répondre à cette mission, la communauté professionnelle mettra en place, en lien avec les acteurs du territoire et notamment avec l'Assurance Maladie, une procédure de recensement (= Diagnostic territorial) des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé et mettre en œuvre une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la communauté. Dans ce cadre, elle portera une attention plus particulière à certains patients en situation de fragilité qui n'auraient pas de médecin traitant (en particulier, les patients en ALD, les patients âgés de plus de 70 ans, les patients en situation de précarité et/ou

bénéficiant des dispositifs tels que la CMUC ou l'AME), pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical.

La réponse à cette situation ne tient pas en une mesure, qui à elle seule pourrait tout changer. C'est un panel de solutions pragmatiques qu'il faut mettre en œuvre :

Le Dr Claudie Tissot, présidente de l'association des médecins regroupés sur la MMG : Maison médicale de garde de Peyssies, propose un système qui est en place sur la partie sud de la CPTS et sur les communes fortes du bassin du Comminges : proposer une définition géographique par commune et communes satellites pour chaque patient qui est sans médecin traitant.

A titre d'exemple : tout patient habitant Rieumes ou des petites communes satellites (sans MG installé) pourront être accueillis par les MG de Rieumes en tant que MT. Ce système existant fonctionne actuellement très bien et semble correspondre à la fois à une logique territoriale pour les patients basés sur leur libre choix, ainsi qu'à une logique pour les médecins d'avoir des patients proches de leur cabinet, voisins, amis ou famille de leur patientèle déjà en charge.

Le passage aux urgences est une source de recueil de patient sans médecin traitant, que nous allons collecter en collaboration avec le service des urgences de la clinique Occitanie, ainsi que des urgences du CHU, mais également dans le cadre organisationnel du SAS.

De la même façon nous créerons un système de recueil des patients sans médecin traitant avec la clinique de Seysses, le CH de Muret, les cliniques Estela et de Lagardelle, CPM et SSias.

Une petite part des patients sera également prise en charge au travers de l'action coordonnée avec l'Anpaa sur les patients présentant une addiction et une absence de médecin traitant (Cf fiche action)

- Aides à l'installation : favoriser les démarches administratives, tutorat/ accompagnement par un médecin déjà installé sur le territoire, présentation au réseau local des médecins généralistes et spécialistes
- Mise en place de solution de télé-médecine sur des process identifiés, recours à la télé-expertise assistée par IDE
- Mise en place de collaboration médicale sur la plateforme numérique de la CPTS : proposition d'un patient à un confrère
- Création d'une cellule médicale comprenant plusieurs médecins traitants du territoire. Cette cellule sera amenée à étudier les dossiers des patients sans médecin traitants et les proposer aux confrères les plus proches de leurs lieux d'habitation, aux jeunes installés, à celles et ceux acceptant encore des médecins. Chaque médecin installé, collaborateur remplira sur son profil numérique la possibilité ou non de recevoir de nouveaux patients. Le coordinateur et les médecins de la cellule appelleront régulièrement les cabinets pour connaître les disponibilités. Les secrétaires médicales pourront proposer leur aide dans ce processus de recueil.
- Réflexion autour de la proposition de chaque médecin du territoire volontaire à proposer une fois par semaine un créneau de consultation dédié à recevoir un nouveau patient sans aucune obligation de s'engager sur le long terme. Ceci pourrait permettre de proposer un volume d'une cinquantaine de consultations par semaine à des patients dépourvus de médecins traitants
- Meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital au travers des parcours de soins créés et de rencontres régulières
- Promotion des maisons de santé pluriprofessionnelles sur notre territoire, voir d'ESP. Le coordinateur de la CPTS ainsi que les coordinateurs des MSP déjà

présentes s'engageraient dans un processus d'entraide au montage des dossiers. A ce jour 4 projets de MSP sont en cours sur le territoire

Public cible

- La population sans MT
- Les MG
- Les services des Urgences

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- Réaliser une cartographie (Nb d'habitants/communes et Nb de MG/communes) pour définir d'un équilibre
- Rédiger une charte pour le système de communes satellites
- Création d'une cellule médicale
- Identifier les processus qui pourront avoir recours à la téléexpertise assistée par IDE

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Identification des communes sans MG et la population représentée
- Rédaction de la charte
- Nombre de médecins ayant signé la charte
- Nombre de communes sans MG couvertes / nombre de communes sans MG
- Nombre de patients qui ont accès à un MT grâce à la charte / nombre de patients qui n'avaient pas accès à un MT avant la charte

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 12 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salles de réunion, fournitures

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Plateforme de téléexpertise
- Système d'adressage de patients
- Plateforme de coordination

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

MG
Medecins urgentistes
Anpa
Clinique de Seysses et CH de Muret

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

Les plateformes de téléexpertise et d'adressage de patients sont déjà identifiées :
Occimed et DocteurWhen.
Médilien et médimail seront utilisés pour les adressages de dossiers
Nous attendons le déploiement complet de Spico

Identification des freins et leviers

Leviers :

- Appuis sur l'architecture et le réseau médical bien en place sur le territoire à travers le travail important effectué sur la CPTS

Freins :

- Chronophage pour les professionnels de santé : nécessité de s'appuyer sur un temps de coordinateur

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

40 000€

Mission socle 1B

1B - Prise en charge des soins non programmés en ville

Les soins non programmés répondent souvent à une urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences.

Ces demandes de soins ont lieu le plus souvent pendant les heures d'ouverture des cabinets et la réponse actuelle est souvent peu adaptée aux besoins.

Pour répondre aux besoins de soins non programmés de la population, notre CPTS propose une organisation visant à permettre la prise en charge le jour même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs.

Notre territoire s'articule autour d'une prise en charge de jour mais aussi de nuit. Nous avons souhaité perfectionner cette prise en charge :

- En journée, de 8h à 20h, grâce à notre implication au travers de l'expérimentation du SAS
- La nuit et le weekend où deux MMG fonctionnent parfaitement sur notre territoire avec comme projet d'optimiser leur fonctionnement par la création d'un binôme infirmier, dans un premier temps, et de réfléchir au regroupement au sein d'une seule MMG sur la commune de Muret, dans un second temps, admettant des actes techniques de meilleure qualité. Cette convergence permettrait ainsi d'accepter des patients actuellement pris en charge sur le service des urgences de la clinique d'Occitanie ou du CHU, de façon à diminuer le recours aux urgences pour les soins relevant de la médecine de ville.



FICHE ACTION – REPONSE AUX URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES

LIBELLE DE L'ACTION

Réponse aux urgences et soins non programmés

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Amélioration de l'accès aux soins

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Loïc RIBAUT - Médecin généraliste
60 route d'Ox 31600 SEYSSES
0643070015
drribautloic@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Dr Nicolas HOMEHR
- Dr Claudie TISSOT, responsable du groupe de garde de la MMG de Peyssies (Sud du territoire de la CPTS)
- Dr Marc LORRAIN, responsable du groupe de garde de la MMG de Frouzins (Nord du territoire de la CPTS)
- Dr Phillippe HILARY, coordinateur de la MMG de Frouzins
- Dr François ESCAT, responsable des médecins urgentistes à la Clinique d'Occitanie
- Dr ROUCOLLE, SAMU 31
- Dr Denis GRENET
- Sabrina ZAKREWSKA (IDEL)
- Véronique CHAUVET (IDEL)
- Julie AUREAU (IDEL)
- Virginie BERTHELOT (IDEL)
- Jean BONIN (Pharmacien)
- Bruno JULIA (Pharmacien)

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Prise en charge dans les services d'urgences de patients nécessitant des soins ambulatoires de médecine générale au sein des cabinets de ville : trop de passages aux urgences qui seront pris en charge dans nos cabinets

Objectif général

- Assurer une réponse aux SNP qui relèvent de la médecine de ville sur le territoire y compris la nuit et les weekends
- **Forte implication dans l'expérimentation du SAS 31**

Objectif(s) opérationnel(s)

- En journée : sur la permanence du temps des cabinets (8h-20h)
- En soirée : du lundi au vendredi 1 MG + 1 IDE mobile de 20h à 24h
- Le weekend: 1 MG + 1 IDE mobile + 1 IDE fixe
 - L'IDE mobile se déplacera dans les 13 EHPAD du territoire et pour les soins ambulatoires de la population la nuit et les weekends
 - L'IDE mobile sera équipée en matériel de téléconsultation portable
 - Tous les EHPAD du territoire sont équipés en téléconsultation
- Equipement :
 - Sac à dos / Trousse d'urgence => GT à former pour réfléchir sur le contenu
 - Matériel de téléconsultation adapté avec le système des EHPAD
 - Défibrillateur semi-automatique
 - ECG fixe, à lecture semi-automatique, partenariat avec le SAMU pour demander une lecture au besoin
 - 02 ? (Voir SDIS)
- Ecrire des protocoles :
 - Afin de préparer la prise en charge par les IDE, si le médecin est occupé par exemple (Cf protocole Urgences Occitanie et Samu)
 - Pour le passage IDE et médecin pour les consultations au domicile ou en EHPAD (type fiche Samu)
- Proposer des formations aux gestes d'urgences, évolutions sur les pratiques, mise à jour des recommandations...
- Partenariat étroit avec le service des urgences de la Clinique d'Occitanie, la population, les élus locaux, CCAS
- Evaluation à 3 et 6 mois pour déterminer si 1 IDE mobile suffisant ou non

Public cible

- Toute la population du territoire de la CPTS
- Les 13 EHPAD du territoire

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Etablir un diagnostic des urgences et SNP sur la CPTS

- Couverture en SMUR 30 min
- Nombre d'urgences par nuit catégorisées en CCMU
- Partenariat étroit avec le service des urgences de la Clinique d'Occitanie, la population, les élus locaux, CCAS

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Amélioration de l'accès aux soins d'urgences de la population en 30 min
- Elaboration des protocoles
- Communication réalisée auprès des acteurs
- Réalisation d'une formation aux gestes d'urgences (IDE ?)
- Nombre d'interventions réalisés par les professionnels
- Nombre d'actes de téléconsultation réalisés
- Nombre de CCMU 1 à la Clinique d'Occitanie avant et après la mise en place des protocoles
- Evaluation à 3 et 6 mois pour voir si 1 IDE est suffisant

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

- Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
- Déploiement de l'action pendant 6 mois.
- Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- MMG Frouzins et Peyssies sur 2021
- Locaux MMG de Muret à compter de 2022
- Sac d'urgences
- Défibrillateur
- ECG
- 02 ? (Voir SDIS)

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Matériel de téléconsultation portable
- Plateforme de coordination pluriprofessionnelle

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- 1 MG
- 1 IDE mobile
- 1 IDE fixe le weekend uniquement
- Bed Manager

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Deux MMG existantes, 4 MSP en cours de construction
- Le CH de Muret va héberger la MMG dans de nouveaux locaux
- Pôle de santé mentale et pluriprofessionnel sont à l'étude sur la commune de Muret

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Grand nombre d'IDEL sur le territoire (300) et de MG (150)*
- *Financement des astreintes IDEL 150€/4h, tarification à affiner dans les mois à venir*
- *EHPAD équipés en matériel de téléconsultation*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

80 000€

Mission socle 2

2 - Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

L'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.

Notre CPTS propose l'organisation de parcours pluriprofessionnels répondant aux besoins et problématiques identifiées sur notre territoire, notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Les professionnels de santé de la CPTS se sont fortement impliqués sur des parcours de soins pluriprofessionnels ambitieux à l'échelle populationnelle et non pas seulement d'une patientèle.

La mise en œuvre de ces parcours devrait également permettre d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et de prévenir l'isolement des professionnels face aux situations complexes.



FICHE ACTION – PARCOURS DE SOINS PLURIPROFESSIONNELS

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins pluriprofessionnels

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluri professionnels
autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Jean BONIN - Pharmacien

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Anne SAINT-MARTIN (Médecin)
- Dr Nicolas HOMEHR (Médecin)
- Jean-François BRUNENGO (Pharmacien)
- Alexandra CUEUILLE (Ostéopathe)
- Evelyne CUYLLE (IDEL)
- Aurélie ARAUJO (MK)
- Mathieu ARNAU (Coordinateur)

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Difficultés et perte de temps à identifier les acteurs experts et les ressources dans le cadre de parcours de soins

Objectif général

Faciliter l'accès aux parcours de soins pour les professionnels de santé

Objectif(s) opérationnel(s)

- Identifier les parcours de soins déjà mis en place sur le territoire
- Regrouper les parcours de soins sur un support facile d'accès et rapide (Web)
- Pour les parcours de soins inexistant rassembler les ressources disponibles / inciter à la création de parcours
- Ajouter la possibilité de rédiger un RETEX sur les parcours de soins (commentaires, biblio?) A faire / A éviter ?
- Réaliser un annuaire des professionnels experts
- Communiquer l'existence de ces supports aux professionnels de santé

Public cible

Tous les professionnels de santé du territoire

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

La CPTS hébergera cet outil d'identification des parcours de soins, selon les recommandations de la CNIL et de l'ANS

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de parcours de soins existants sur le territoire identifiés
- Création de la plateforme web
 - Ajout d'une section ressources biblio
 - Ajout d'une section RETEX
- Communication aux professionnels de santé
- Evaluation à 6 mois auprès des PDS

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 6 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Fournitures de bureau
- Location à titre gracieux de salles de réunion

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Hébergement sur le site de la CPTS : (portail, forum, FAQ, cloud/stockage ?)
- Bibliographie des parcours de soins
- Outil numérique de coordination

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Temps partagé de coordinateur au sein d'un GIE? Coordinateur partagé URPS
- Les professionnels de santé "chargés" de parcours de soins

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Parcours déjà identifiés
- Bibliographie partagée ou identifiée
- Un site web (base)
- WhatsApp / Teams
- Annuaire des professionnels

| |
|--|
| |
|--|

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Certains parcours de soins sont déjà identifiés (PEC IVG, ...)*
- *La numérisation des parcours de soins permettra de les reproduire ailleurs plus facilement*
- *Outils de communication pour diffuser l'existence des parcours de soins*
- *Amélioration de la pec pour le professionnel et le patient (efficience)*

Freins :

- *La communication pour les professionnels ne disposant pas d'un canal de diffusion « officiel » risque d'être moins efficace*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

| |
|----------------|
| 10 000€ |
|----------------|



FICHE ACTION – DETECTION DE LA PRE-FRAGILITE ET DE LA FRAGILITE

LIBELLE DE L'ACTION

Détection de la pré-fragilité et de la fragilité

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Sandrine BLATZHEIM – Infirmière référente ICOPE
6 allées Niel, 31600 Muret
06 63 75 13 46
sandrine.blatzheim@wanadoo.fr

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Ginette ARIAS, Présidente de France ALZHEIMER 31
- Dr LAVAL, France Alzheimer 31
- Alain CASTEX, représentant des usagers
- Nicole LAVIGNE, AGAPI 31
- Françoise GARCIA, MAIA 31
- Patricia LEMOIGNE, directrice CH Muret
- Christelle MATHE, directrice SSIAS Escalu Seysses
- Véronique CHAUVET (IDEL)
- Gabrielle COUTON (IDEL)
- Nathalie EMON (IDEL)
- Elisabeth FABRE (IDEL)
- Jean-Marc NOHALES (IDEL)
- Pr Bruno VELLAS
- Dr Nicolas HOMEHR (MG)
- Dr Caroline TAN TCHIAM SENG (MG)
- Dr Michael LY YOUNG TONG (Géronte)
- Dr Antoine PIAU (Géronte)
- Dr Julie RAMETTE (Géronte)
- Dr Matthieu ROUSSEL (MG)
- Dr Odile SABY (Psychiatre)
- Céline SAVEL-LIGNERES (MK)
- Isabelle REITZ (Pharmacienne)
- Sophie RIVALLANT (Pharmacienne)
- Jean BONIN (Pharmacien)

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Manque de suivi lors d'une hospitalisation, particulièrement pour mettre en place le retour à domicile
- PA parfois réfractaire à la détection de la fragilité
- Comment s'informer sur les démarches permettant de protéger en situation de fragilité
- Difficulté à contacter et impliquer les familles/aidants dans la PEC de la PA

Objectif général

Améliorer la détection et la prise en charge de la fragilité de la PA afin de repositionner un certain nombre de patients dans la robustesse : travail ambitieux mais pourvoyeur d'économie considérable à échelle populationnelle

Objectif(s) opérationnel(s)

- Augmenter le nombre de professionnel formés à la détection de la fragilité
- Améliorer la transmission des comptes-rendus de détection de la fragilité à l'équipe de soins / en assurer le suivi et la communication
- Informer les patients à domicile sur l'existence du programme ICOPE (Proposer aux patients disposant d'un smartphone de s'auto-évaluer, ...) + Passer par les associations et les clubs des aînées etc...
- Proposer des ETP à domicile
- Proposer à travers la CPTS un outil permettant aux professionnels de se coordonner autour de la PEC de patients
- Réaliser une charte concernant la PEC à domicile des PA => suivi
- Valider et mettre à disposition par la CPTS les ressources numériques ou autres pour promouvoir ICOPE => Solliciter les experts du domaine

Public cible

Les personnes âgées de 65 ans et plus
Les personnes atteintes de pathologies chroniques à partir de 60 ans

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Création d'un parcours de soins rigoureux et structuré, s'appuyant sur notre partenariat en place avec le gérontopole et le CH de Muret, le travail entrepris depuis 18 mois sur le déploiement de l'application de l'OMS: ICOPE, la formation de nombreuses IDE expertes en fragilité et le maillage de notre territoire en MG, IDEL et pharmaciens experts en fragilité

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de nouveaux professionnels formés à ICOPE Step 1
- Nombre de nouveaux professionnels formés à ICOPE Step 2
- Création d'un ETP à domicile par des professionnels experts de la CPTS
- Nombre de professionnel informé de l'existence de l'ETP à domicile
- Nombre d'ETP à domicile réalisés

- Communication autour des dispositifs de détection de la fragilité (élus locaux, CD, ...)
- Outil de coordination autour du patient mis en place dans la CPTS
- Rédaction charte PEC à domicile des PA
- Les comptes rendus ICOPE sont communiqués aux MT

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 12 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Locaux permettant de réaliser des formations / informations sur la PEC à domicile et la détection de la fragilité
- Locaux pour la gestion de cas complexes en réunion pluriprofessionnels

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Plateforme d'échange (SPICO et plateforme de coordination)
- Outils de la CPTS : Teams, WhatsApp, Newsletter
- Adresse email sécurisé : établir un logiciel préférentiel sur la CPTS ? Intégrer dans la charte de la CPTS ?
- Annuaire des personnes ressources ICOPE à intégrer aux outils de la CPTS (Cf. GT 6)
- Partage de moyens numériques (écrans, projecteurs, ...)

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Les professionnels experts volontaires qui partageront les ressources à la CPTS
- Coordinateur CPTS

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- ICOPE CHU / OMS
- Ressources partagées sur Teams
- CH de Muret: centre mémoire et
- France Alzheimer 31
- Clinique Estela de rééducation avec hôpital de jour pour la personne âgée

Identification des freins et leviers

Freins :

- *Durée de la formation ICOPE Step 2 (40h) et absence de rémunération pour les suivis hors cadre protocole, lourdeur administrative importante, (mais si rémunéré 40€)*
- *Partenariats avec le réseau REIPO et l'association AIMADAF*

Leviers :

- *Formation ICOPE Step 1 rapide (1h) et en distanciel + Rémunération des actes*
- *Formation ICOPE rémunérée DPC*
- *Professionnels de la CPTS experts*
- *Possibilité de s'appuyer sur les PDS des MSP existantes et futures*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

25 000€



FICHE ACTION - DEPENDANCE A DOMICILE ET EN ETABLISSEMENT

LIBELLE DE L'ACTION

Dépendance à domicile et en établissement

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels
autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Caroline TAN TCHIAM SENG - Médecin généraliste
23 avenue de la bure 31370 RIEUMES
tantchiamcaroline@yahoo.fr
06 63 29 62 67

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Ginette ARIAS, Présidente de France ALZHEIMER 31
- Dr LAVAL, France Alzheimer 31
- Alain CASTEX, représentant des usagers
- Nicole LAVIGNE, AGAPI 31
- Françoise GARCIA, MAIA 31
- Patricia LEMOIGNE, directrice CH Muret
- Christelle MATHE, directrice SSIAS Escalu Seysses
- Sandrine BLATZHEIM (IDEL)
- Véronique CHAUVET (IDEL)
- Gabrielle COUTON (IDEL)
- Nathalie EMON (IDEL)
- Elisabeth FABRE (IDEL)
- Jean-Marc NOHALES (IDEL)
- Pr Bruno VELLAS
- Dr Nicolas HOMEHR (MG)
- Dr Michael LY YOUNG TONG (Gériatre)
- Dr Antoine PIAU (Gériatre)
- Dr Julie RAMETTE (Gériatre)
- Dr Matthieu ROUSSEL (MG)
- Dr Odile SABY (Psychiatre)
- Céline SAVEL-LIGNERES (MK)
- Isabelle REITZ (Pharmacienne)
- Sophie RIVALLANT (Pharmacienne)
- Jean BONIN (Pharmacien)

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Comment prendre en charge (+ administratif et finances) une détérioration rapide à domicile ?
- Manque de protocole de soins palliatifs
- PEC psychologique concernant les soins palliatifs
- Isolement social

Objectif général

Améliorer la prise en charge de la dépendance de la personne âgée à domicile et en établissement

Objectif(s) opérationnel(s)

- Améliorer la couverture de la population équipée en dispositif de téléalarme
- Créer des protocoles propres à la CPTS concernant les dégradations rapides à domicile, les soins palliatifs et l'isolement social
- Répertorier les associations ou établissements aidant à lutter contre l'isolement social / permettant un répit pouvant être partenaires de la CPTS
- Identifier les professionnels ressources
- Identifier et contacter les familles / aidants (plaquette ? Format à définir, formation sur l'accompagnement ?)
- Améliorer le recueil et l'information des directives anticipées

Public cible

- Les personnes âgées dépendante à domicile et en établissement
- Familles et aidants

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Création d'un parcours structuré et protocolisé de la sortie de la fragilité jusqu'à la mort au domicile ou en institution

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de personnes bénéficiaires de l'APA recontactées avant l'échéance de 2 ans pour la téléassistance
- Communication autour des dispositifs de téléalarmes (élus locaux, CD, ...)
- Les associations / établissements aidant à lutter contre l'isolement sociale / permettant le répit ont été identifiés
- Création d'un protocole pour les demandes d'aides en urgence lors d'une dégradation rapide de la personne âgée à son domicile
- Création d'un protocole anticipé de soins palliatifs
- Communication des protocoles aux PDS de la CPTS
- Création d'un support pour les familles / aidants

- Distribution du support (à déterminer par qui, quand, quelle circonstance, suivant le format...)

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 12 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Fournitures nécessaires à la création de plaquettes / flyers

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Utilisation et déploiement du cahier de liaison digital QR Santé : outil ville-hôpital
- Partage d'informations et de documents (Spico, plateforme collaborative) + outils de la CPTS (Teams, WhatsApp)

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Coordinateur CPTS
- 2quipe pluri pro experte sur la dépendance, DU de soins palliatifs, Réseau Reliance

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Documents partagés sur Teams

Identification des freins et leviers

Freins :

- *Réticence à s'équiper en téléassistance*
- *Coût des moyens de téléassistance « + » comme la détection de chute*
- *Les réévaluations de l'APA tous les deux ans ou de façon exceptionnelle (dégradation)*
- *Habitats des patients (Impossible d'avoir des lits médicalisés, ...)*
- *Manque de formation pour aborder les directives anticipées*

Leviers :

- *Téléassistance « simple » accessible même aux plus précaires*
- *Soutien du CD pour l'équipement en téléassistance*
- *Associations pouvant être support (Réseau Reliance)*
- *Personnes ressources / FAQ de la CPTS*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

25 000€



FICHE ACTION - PARCOURS DE SOINS ADDICTOLOGIQUE

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins addictologique

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Gerard REGINE - Médecin Généraliste
21 Boulevard Silvio Trentin, 31200 Toulouse
gerard.regine@anpaa.asso.fr

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Dr JP Boyes - Médecin Addictologue
- Dr Mathieu Charles - psychiatre
- Dr J Hernandez - Psychiatre Marchant
- Dr Nicolas Homehr - Médecin généraliste
- Françoise Garcia - pilote Maia
- IDE : celle de l'ANPAA, une ou deux de la clinique,
- Psychologue : ANPAA et clinique
- Ass sociale : ANPAA

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Pour de nombreux professionnels, l'addictologie est une spécialité qui peut générer une appréhension en ce qui concerne la prise en charge des usagers. Un certain nombre de ces patients sont sans médecins traitants. Nous travaillerons donc sur ces deux problématiques.

Objectif général

Créer une filière pour la prise en charge de patients addicts

Objectif(s) opérationnel(s)

- 1) Pour les MT qui ont un patient avec suivi addicto aux opiacés mais qui n'était pas au courant :
- Contact du médecin addictologue de ANPAA
 - L'ensemble de l'équipe de Muret (Psychologue, éducateur, IDE ...) peut être une personne ressource
- => Le but étant que le MG se sente à l'aise pour prescrire le traitement de substitution

2) Pour les patients toxicomanes sans MT :

- Création d'une fiche de collaboration MG / ANPAA
- Le patient remplit une fiche de bonne conduite + signature d'un accord cadre à 3 ou 4 (MG / addictologue / Patient et +/- Psychiatre et +/- MAIA si PA/OH)

=> Ce cadre sera défini dans une charte signée par les professionnels et patients où le parcours de soins sera défini par l'addictologue, le MT intervenant dans le suivi et la prévention habituelle que dicte l'art médical.

- Un MG coordinateur sera en charge d'appeler des confrères et de proposer ces patients dans le contexte d'accord cadre présenté. Cet accord sera à même de rassurer les MG non formés à la toxicologie ou non désireux de prendre en charge le suivi addicto, seule la composante somatique sera prise en charge par le MG.

=> En cas de non-respect des règles de bonne conduite, de prise de rendez-vous, de cordialité : un rappel de l'accord cadre sera aussitôt réalisé. Un appel au correspondant addictologue pourra être envisagé et en cas de récurrences marquées ou de fait grave. Cet accord pourra être rompu de façon unilatérale, bien sûr après avoir cherché par tout moyen de le résoudre et en collaboration étroite avec l'ensemble des médecins intervenant pour ce patient. L'addictologue restera le médecin référent.

3) Attribuer à chaque patient :

- Un correspondant ANPAA
- Un IDE
- Un psychologue
- Un numéro d'appel

4) Toute suspicion de trouble psychiatrique associé déclenchera une consultation psychiatrique dans le mois du début de prise en charge par le médecin traitant.

Public cible

Nous favoriserons une prise en charge de patients sur le principe de la proximité géographique permettant une optimisation du soin, dans la quête d'un médecin traitant.

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- Suivi socio éducatif a l'ANPAA
- Formaliser une prise en charge avec Gerard marchand
- Formaliser une prise en charge avec la clinique de seysses
- Formaliser une prise en charge cmp/// CATTP
- Faire une orientation vers le Dr Charles psy et addiction
- Maia : spécificité sur la PA et OH chronique

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Mise en place de la filière
- Création de la fiche de collaboration
- Création de la charte

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

*Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
Déploiement de l'action pendant 6 mois.
Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.*

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salle, fournitures

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Plateforme de collaboration numérique
- Téléexpertise et téléconsultation

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

Equipe pluriprofessionnelle de l'ANPAA
MG di territoire
Dr Charles, psychiatre expert en addictologie

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- L'aspect social sera géré par l'ANPAA et au besoin complété par la MAIA (situations complexe de + de 60 ans)

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *L'ANPAA dispose de professionnels de santé supports pour cette prise en charge*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€



FICHE ACTION – PARCOURS DE SOINS PSYCHIATRIQUE GENERAL

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins psychiatriques général

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Nicolas HOMEHR - Médecin généraliste
06 03 74 00 30
9 ter avenue de Gascogne
31600 Lherm
Docteur@home-hr.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- LE MAILLOUX Gwennola - Psychiatre
- Dr Frédéric MELINAND – psychiatre
- Dr Gilbert PIECZARA – psychiatre
- Dr Gael JUGLARD - psychiatre
- Dr Pierre HUGON DE SOEUX - psychiatre
- Dr Elisa BERTHELOT – psychiatre
- Dr José FERNANDEZ – Chef de service secteur 1 CH Marchand
- Dr Jean-François JAMMES – psychiatre
- Dr Odile SABY – psychiatre
- Dr Julie RAMETTE – psychiatre
- TAJAN Séverine – Directrice Clinique Château de Seysses
- PIMENTEL Charline – Attachée de direction Clinique Château de Seysses
- VIDAL Vanessa – IDEC Clinique Château de Seysses
- ARNAU Mathieu – Coordinateur CPTS

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Errance du parcours de soins psychiatriques : manque de psychiatre et de lits d'hospitalisation sur le territoire
- Manque de formation des médecins traitants à la prise en charge psychiatrique

Objectif général

- Développer la prise en charge de patients présentant des symptômes psychiatriques dans le cadre d'une pathologie psychiatrique établie ou non tout en garantissant leur sécurité et la prise en charge de leurs comorbidités somatiques
- Fluidifier le parcours de la personne présentant des troubles psychiatriques
- Eviter les ruptures de parcours

Objectif(s) opérationnel(s)

1. Consultation programmée

Présentiel, déporté, avis ponctuel téléphonique

2. Consultation d'urgence

SOS Consult psy

3. Hospitalisation complète

Prise en charge conjointe psychiatrique et somatique

Prévention de la iatrogénie et maîtrise de la prescription des psychotropes

Promotion des thérapies non médicamenteuses

4. Hospitalisation de jour

5. Participer à la création d'un centre de santé mentale (CESAME) à Muret

6. Accompagner les professionnels à domicile sur le repérage et l'accompagnement des patients présentant des troubles psychiatriques

Public cible

Tout patient adulte présentant des troubles psychiatriques dans le cadre d'une pathologie psychiatrique établie ou non

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- Formations/informations des professionnels du domicile (dont MDT) à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques
- Concertation pluri professionnelle pour les situations complexes
- Améliorer la communication ville/hôpital pendant et au retour de l'hospitalisation
- Développer les Equipes Mobiles Pluridisciplinaires

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Création de consultations programmées et d'urgences ainsi que d'hospitalisations complètes et en hôpital de jour
- Implication dans la création d'un CESAME à Muret
- Création de formations à destination des professionnels à domicile sur le repérage et l'accompagnement
- Réalisation des formations (nombre/an)

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 12 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salle de réunion

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Téléconsultation
- Téléexpertise

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Professionnels titulaires du DU Soins Psychiques

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Téléo : téléconsultation à destination des établissements médico-sociaux
- SPICO : Messagerie
- OcciMed (téléexpertise)

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Téléconsultation et téléexpertise actuellement expérimentées*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€



FICHE ACTION - PARCOURS DE SOINS PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE AGÉE A DOMICILE ET EN ETABLISSEMENT

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins psychiatriques de la personne âgée à domicile et en établissement

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr LE MAILLOUX Gwennola - Psychiatre
14 Place de la Libération
31600 SEYSSES
05 62 23 90 90
g.lemailoux@orpea.net

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- *Dr LE MAILLOUX Gwennola – Psychiatre*
- *Pr Christophe ARBUS - Psychiatre*
- *Dr Frederic Mélinand, psychiatre*
- *Dr Capucine Tatin, Médecin généraliste*
- *Dr Maylis Bastet, Médecin généraliste*
- *Dr Camille Delprat, Médecin généraliste*
- *Dr HOMEHR Nicolas – Médecin généraliste*
- *TAJAN Séverine – Directrice Clinique Château de Seysses*
- *PIMENTEL Charline – Attachée de direction Clinique Château de Seysses*
- *VIDAL Vanessa – IDEC Clinique Château de Seysses*
- *ARNAU Mathieu – Coordinateur CPTS*
- *GARCIA Françoise – MAIA*

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Difficultés à diagnostiquer les apparitions tardives de pathologies psychiatriques
- Difficultés de repérage de la crise suicidaire chez le sujet âgé
- Absence de filières « psy » pour le sujet âgé et de parcours de soins lisible
- Manque de lisibilité des services
- Difficulté d'accès (malgré DSPP, flyers d'information, ...)
- Manque de structures adaptées : difficultés d'accès CMP (2 mois), pas d'intervention de l'EMIPSA
- Manque de formation des professionnels du domicile aux pathologies psychiatriques
- Problèmes organisationnels : manque de protocoles de collaboration entre les acteurs

Objectif général

- Développer la prise en charge de patients présentant des symptômes psychiatriques dans le cadre d'une pathologie psychiatrique établie ou non tout en garantissant leur sécurité et la prise en charge de leurs comorbidités somatiques
- Fluidifier le parcours de la PA présentant des troubles psychiatriques
- Eviter les ruptures de parcours

Objectif(s) opérationnel(s)

- 1. Consultation programmée**
Présentiel, déporté, avis ponctuel téléphonique
- 2. Consultation d'urgence**
SOS Consult psy
- 3. Hospitalisation complète**
Prise en charge conjointe psychiatrique et somatique
Expertise psychiatrique dans l'évaluation du sujet âgé
Prévention et prise en charge des risques médicaux spécifiques du sujet âgé
Prévention de la iatrogénie et maîtrise de la prescription des psychotropes
Promotion des thérapies non médicamenteuses
- 4. Hospitalisation de jour**
- 5. Participer à la création d'un centre de santé mentale (CESAME) à Muret**
- 6. Accompagner les professionnels à domicile sur le repérage et l'accompagnement des patients présentant des troubles psychiatriques**

Public cible

Sujet âgé présentant des troubles psychiatriques dans le cadre d'une pathologie psychiatrique établie ou non

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- Formations/informations des professionnels du domicile (dont MDT) à la prise en charge des PA atteintes de troubles psychiatriques
- Concertation pluri professionnelle pour les situations complexes
- Améliorer la communication ville/hôpital pendant et au retour de l'hospitalisation
- Développer les Equipes Mobiles Pluridisciplinaires

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Création de consultations programmées et d'urgences ainsi que d'hospitalisations complètes et en hôpital de jour
- Implication dans la création d'un CESAME à Muret
- Création de formations à destination des professionnels à domicile sur le repérage et l'accompagnement
- Réalisation des formations (nombre/an)

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

*Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
Déploiement de l'action pendant 12 mois.
Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.*

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salle de réunion

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Plateforme de collaboration numérique
- Téléconsultation et téléexpertise

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Professionnels titulaires des DU Soins Psychiques et Gériatrie

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- MédiCam : téléconsultation à destination des établissements médico-sociaux
- SPICO
- OcciMed (téléexpertise)

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Téléconsultation et téléexpertise actuellement expérimentées*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€



FICHE ACTION – PARCOURS DE SOINS PSYCHO- ONCOLOGIQUE

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins psycho-oncologique

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation de parcours pluriprofessionnels
autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Elisa BERTHELOT
14 Place de la Libération, 31600 Seysses
e.berthelot@orpea.net

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr JUGLARD - psychiatre
Dr HUGON DE SOEUX - psychiatre
Dr HOMEHR - Médecin généraliste
Mme SOULAS – psychologue
Nathalie SEREIN – Assistance sociale
2 IDE de la clinique du château de Seysses
Un groupe d'IDEL et de MT en constitution

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Innovation de prise en charge sur une problématique constatée ces dernières années :
besoin référencé sur le plan national par notre tutelle.
Des associations de patients ce sont créées sur cette demande.

Objectif général

Création d'une filière de prise en charge des patients psycho-oncologiques en HDJ

Objectif(s) opérationnel(s)

Une proposition à 3 axes centré sur une prise en charge en hôpital de jour :

- Prise en charge du patient en cours de traitement : 6 mois
- Prise en charge du patient en rémission : 6 mois
- Prise en charge de l'aidant : 3 mois

Cette prise en charge en HDJ sera complète et plurielle : interviendront la psychiatre, une psychologue, une IDE formée aux soins psychiques, une socio esthéticienne, un coach sportif et une assistante sociale.

Par ailleurs une ligne directe pour les médecins traitants, oncologues, association de patients, Maia, sera mise en place afin d'obtenir un avis consultatif direct qui amènera une évaluation en consultation, ou une réponse rapide sur la problématique rencontrée.

Public cible

- Patient en cours de traitement ou en rémission
- Aidant

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Parcours de soins autour de la consultation, hospitalisation classique et hôpital de jour.
Communication auprès des professionnels du territoire

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Création de la filière
- Mise en place de la ligne directe

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

*Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
Déploiement de l'action pendant 6 mois.
Échéance finale 3 mois après le déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.*

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salles , fournitures

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

Téléexpertise- téléconsultation- plateforme collaborative

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Psychiatre
- Psychologue
- IDE formée aux soins psychiques
- Socio esthéticienne

- Coach sportif
- Assistante sociale.

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Des associations de patients sur la thématique existent
- Un soutien institutionnel national a été reçu : il n'existe à ce jour aucune prise en charge de ce type sur le territoire de l'Occitanie

Identification des freins et leviers

Structure en cours de constitution sur la clinique de Seysses avec le soutien des professionnels du terrain

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€



FICHE ACTION - PARCOURS DE SOINS DU PATIENT LOMBALGIQUE CHRONIQUE EN SOIN PRIMAIRE

LIBELLE DE L'ACTION

Parcours de soins du patient lombalgique chronique en soin primaire

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Organisation du parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Docteur Roussel Matthieu – médecin généraliste- algologue
Clinique Estela
10, Avenue Hubert Curien
31100 Toulouse
matthieu.roussel@korian.fr

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Mme Zaremba Magdalena – Masseur Kinésithérapeute,
18, Route de l'Aérodrome
31 600 LHERM
zarembapilica@yahoo.fr
06 60 08 81 64
Dr Vincent Glorieux, médecin rééducateur, Cugnaux
Docteur Homehr Nicolas - médecin généraliste
Dorian Delibes, Masseur-kinésithérapeute
José, Masseur-kinésithérapeute
Christophe Mahieu, Masseur-kinésithérapeute
Enzo Vial Collet, Masseur-kinésithérapeute
Joana Aublet, Masseur-kinésithérapeute

Recherche active de membres du groupe de travail

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- > Problématique de coordination du parcours de soin du patient douloureux chronique.
- > Nombreux intervenants de soins nécessaires à la prise en charge avec disponibilité limitée.
- > Retard de prise en charge de la douleur chronique par manque d'accès aux structures de soin dédiées à la prise en charge globale

Objectif général

> Développer un accès facilité à une filière de soins spécifiques du patient douloureux chronique dans le sous bassin de soin

Objectif(s) opérationnel(s)

1 > Faciliter l'accès à une évaluation globale spécialisée pluridisciplinaire limitant l'impact bio-psycho-social des délais de prise charge.

- Consultation spécialisée d'algologie : présentiel ou télémédecine
- Evaluation globale pluridisciplinaire

2 > Avoir une réponse thérapeutique rapide adaptée individualisée, multimodale s'axant sur ces impacts.

- Proposer dans le parcours une HDJ de réhabilitation fonctionnelle accompagnée d'une prise en charge psycho-social
- Faciliter la coordination des intervenants par le médecin traitant référent.
- Mettre en place une filière courte entre les différents spécialistes notamment interventionnels mobilisés dans la douleur chronique.

Public cible

Patient douloureux chronique / lombalgique chronique présentant un déconditionnement physique avec retentissement psychosocial.

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Création d'une filière de soins spécifique du patient douloureux chronique

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Création de protocoles
- Création d'une filière courte

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 6 mois.

Echéance finale 3 mois après le déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salle, fournitures

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

Outil de télémédecine

Hôpital de jour

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

> **Professionnels sensibilisés et/ ou formés à la douleur chronique**

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

> **HDJ de la clinique Estela dédiée à la réhabilitation globale** (Médecins algologues, masseur kinésithérapeute, APA, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien assistante sociale)

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *HDJ de la clinique Estela*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€



FICHE ACTION - SPORT SANTÉ ET MÉDECINE DU SPORT

LIBELLE DE L'ACTION

Sport santé et médecine du sport

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Parcours pluriprofessionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Damien CORDEUIL - médecin du sport
damiencordeuil@hotmail.fr

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Dr Nicolas HOMEHR - médecin du sport
- Dr Matthieu ROUSSEL - médecin du sport
- Dr Yves BELLUMORE – chirurgien Clinique d'Occitanie
- Dr Bruno LEMAIRE – chirurgien Clinique d'Occitanie
- Dr Frédéric LIMOUZY – chirurgien Clinique d'Occitanie
- Magdalena ZAREMBA - MK
- Christophe MAHIEU - MK
- Marine VANEGROO - MK
- Joana AUBLET - MK
- Enzo VIAL-COLLET – MK
- José - MK
- Dorian DELIBES - MK

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Manque de travail sur les règles hygiéno-diététique en rapport avec nos patients atteint de pathologies chroniques.
- Sédentarité de la population pédiatrique et adulte responsable d'obésité, de pathologie chronique, ...
- Manque de formation et de repérage des pathologies ostéo-musculaires

Objectif général

Développer le sport santé CC ici
Pathologie ostéo-musculaire
Prise en charge des pathologies du sportif loisir et favoriser la recommandation du sport et de la nutrition adaptée

Objectif(s) opérationnel(s)

- Formation des professionnels de santé autour de ces 3 problématiques
- Création d'un réseau de professionnels experts
- Diffusion d'information d'ETP

Public cible

La population de la CPTS

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- => filière sport santé sur les maladies chroniques et la fragilité
- => filière médecine de sport et expertise en orthopédie, traumatologie

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de professionnels de santé formés
- Création du réseau d'experts

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
Déploiement de l'action pendant 6 mois.
Echéance finale 3 mois après le déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salle de réunion

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Plateforme de collaboration numérique
- Téléconsultation, téléexpertise

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Repérer les professionnels experts

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- <https://www.iformip.com/>
- <https://sport-ordonnance.fr/>

- Médecins du sport
- Médecins formés au sport santé
- MK du sport
- Chirurgiens formés aux pathologies du sport
- 2 centres de rééducation

Identification des freins et leviers

Filière existante mais à structurer et à organiser

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

5 000€

Mission socle 3

3 - Développement des actions territoriales de prévention

Les professionnels de notre CPTS souhaitent renforcer et valoriser leur engagement dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé, en cohérence avec la politique nationale de santé et ce dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle des patients.

Grâce à son implantation territoriale et à sa capacité organisationnelle, notre CPTS constitue un point d'appui majeur pour développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire.

Le déploiement d'actions dans une démarche pluriprofessionnelle autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants sur les actions de prévention ou de dépistage auprès des patients, le message étant porté par l'ensemble des professionnels de santé de proximité.



FICHE ACTION - DEPISTAGE DE LA BPCO LORS DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION SAISONNIERE

LIBELLE DE L'ACTION

Dépistage de la BPCO lors de la campagne de vaccination saisonnière

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Action territoriale de prévention

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Bruno JULIA – Pharmacien
Pharmacie de Lherm – 7 avenue de Gascogne 31600 Lherm
tél : 05-61-56-00-74
mail : bj.pharmacielhern@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Mathieu ARNAU – coordinateur
Nicolas HOMEHR - médecin généraliste
Laëticia CAMBRIEL – IDEL
Evelyne CUYLLE – IDEL
Mélodie BERAUD – IDEL
Erika SILBER – IDEL
Delphine BORIOS – Pharmacienne
Jean-François BRUNENGO – Pharmacien
Sophie RIVALLANT – Pharmacienne
Aurélië ARAUJO – MK
Céline SAVEL-LIGNERES – MK
Magdalena ZAREMBA – MK

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Les patients atteints de BPCO alors que souvent fumeurs sont diagnostiqués à des stades tardifs.
Un dépistage précoce de patients concernés par la prévention lors de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière permettrait de les orienter vers un diagnostic et donc une prise en charge précoce dès le stade 2 de cette maladie.

Objectif général

Dépister précocement les patients et les orienter dans le circuit médical (médecin généraliste, pneumologues)

Objectif(s) opérationnel(s)

Dépister les patients lors de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière en s'appuyant sur le questionnaire de la Gold repris par la HAS

Public cible

Patients se faisant vacciner contre la grippe

Femmes enceintes
Patients suivant un programme de Kiné respiratoire

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Administration d'un questionnaire (réalisation d'une spirométrie)
Transmission du résultat du questionnaire par le professionnel de santé l'ayant réalisé au médecin traitant (MSS)
Sont concernés : Infirmiers, pharmaciens, médecins, kinésithérapeute, sages-femmes

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- *Création du protocole*
- *Communication du protocole auprès des PDS cibles*
- *Nombre de patients dépistés / Nombre de patients diagnostiqués : Stade de la maladie*
- *Evaluation en Septembre 2022*

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage dépistage en Octobre 2021 /Fin Janvier 2022
Bilan de l'opération en Septembre 2022

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salles de réunions
Questionnaires/ Spiromètres portables

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

Messagerie sécurisée / ressources pour réaliser le bilan de l'opération

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- IDEL
- Pharmaciens
- MG
- Pneumologues

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

Expérimentation déjà réalisée lors de la campagne de vaccination antigrippale 2020/2021 sur 3 officines avec un très bon retours des usagers et des professionnels

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Les résultats préliminaires de l'expérimentation sont encourageants*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

10 000€



FICHE ACTION – PREVENTION ET DEPISTAGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LA PERSONNE AGEE A DOMICILE

LIBELLE DE L'ACTION

Prévention et dépistage des troubles de la déglutition chez la personne âgée à domicile

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Actions territoriales de prévention

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Pauline Mouly – Orthophoniste – 18 route de l'aérodrome 31600
LHERM- paulinemoulyc@gmail.com – 06.21.54.69.25

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Xavier Cormary- orthophoniste, 5 rue Mozart, 31600 Muret,
xavier.cormary@gmail.com 06 76 63 41 05

Nicolas Homehr – Médecin généraliste, Lherm

Julie Roméro - Kinésithérapeute : 18 route de l'aérodrome
31600 LHERM , julie.romero@wanadoo.fr, 05.61.56.05.14.

Caroline Ferrer – Infirmière libérale, 55 rue du 8 mai 1945
31470 Saint Lys, carocafe@orange.fr, 06.17.11.95.64

Sandrine Blatzheim – infirmière libérale, 6 allée Niel 31600
MURET, sandrine.blatzheim@wanadoo.fr, 06.63.75.13.46.

Nathalie Moreno – infirmière libérale, 1 av jean-pierre
sabatier,

31270 Frouzins, nathiemoreno@gmail.com, 06 10 19 84 21

Sandrine Roze – Infirmière libérale, 1 rue René Cassin 31270
VILLENUEVE TOLOSANE, sandrine.roze@sfr.fr,
06.10.66.63.53

Dr. Aubry Houette – médecin ORL, Muret.

Christine BUIGUES – Orthophoniste, 130 avenue Vincent
Auriol

31120 Roques sur Garonne, orthophoniecontact@gmail.com,
07 69 97 31 30

Reliance : Participation ponctuelle aux réunions.

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées : 15 % de la population âgée est dysphagique¹. Ces dysphagies et les difficultés de mastication associées conduisent fréquemment à l'usage d'une alimentation hachée ou mixée : en maison de retraite 91% des personnes âgées ont une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition².

Ces troubles de déglutition induisent 4 complications :

Asphyxie par fausse route

69% des décès par suffocation surviennent à partir de 75 ans et sont liés, dans 89% des cas, à l'ingestion d'aliments provoquant l'obstruction des voies respiratoires³. Mais donner à manger mixé ou haché n'est pas efficace : une texture semi-solide (mixée ou hachée) est présente dans 61 % des cas de décès par asphyxie alimentaire chez les sujets de plus de 60 ans⁴

Pneumopathie

Chez les patients âgés présentant une pneumonie, la présence d'une dysphagie est attestée dans 55 % des cas. C'est la pathologie la plus fréquemment associée à la dysphagie⁵. Et quand l'hygiène buccale fait défaut, le patient est exposé à un risque de 38% d'infection pulmonaire⁶. Là encore, le mixé ne résout rien : manger de la purée ne change rien à l'hygiène de la bouche.

Dénutrition

D'un point de vue nutritionnel, une alimentation sous forme mixée est moins riche en protéines, nutriments, vitamines et en fibres qu'une alimentation normale, ce qui amène à la prescription de compléments nutritionnels pour lutter contre la dénutrition. 54% des patients consomment des compléments alimentaires lorsqu'une alimentation en texture mixée est prescrite, contre 24% pour ceux qui n'ont pas de transformation de leur alimentation⁷.

Déshydratation

Le corollaire de l'aliment mixé est le liquide épaissi. Peu appétant, il est souvent refusé ou accepté à regret par les personnes âgées. Mais les patients consommant des liquides épaissis ont un taux plus élevé de déshydratation (6% -2%), de fièvre (4% -2%) et d'infections des voies urinaires (6% -3%) que ceux consommant des liquides non épaissis⁸.

¹ Barczy, S. R., P. A. Sullivan, and J. Robbins. 2000. "How Should Dysphagia Care of Older Adults Differ? Establishing Optimal Practice Patterns." *Seminars in Speech and Language* 21 (4): 347–61.

² Groher, M. E., and T. N. McKaig. 1995. "Dysphagia and Dietary Levels in Skilled Nursing Facilities." *Journal of the American Geriatrics Society* 43 (5): 528–32.

³ Lasbeur L, Thélot B. 2016. "Mortalité Par Accident de La Vie Courante En France Métropolitaine, 2000-2012." [Http://invs.santepubliquefrance.fr](http://invs.santepubliquefrance.fr). September 15, 2016. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/1/pdf/2017_1_1.pdf.

⁴ Berzlanovich, Andrea M., Barbara Fazeny-Dörner, Thomas Waldhoer, Peter Fasching, and Wolfgang Keil. 2005. "Foreign Body Asphyxia: A Preventable Cause of Death in the Elderly." *American Journal of Preventive Medicine* 28 (1): 65–69.

⁵ (Cabre et al. 2010).

⁶ puLangmore, S. E., M. S. Terpenning, A. Schork, Y. Chen, J. T. Murray, D. Lopatin, and W. J. Loesche. 1998. "Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia?" *Dysphagia* 13 (2): 69–81.

⁷ Wright, L., D. Cotter, M. Hickson, and G. Frost. 2005. "Comparison of Energy and Protein Intakes of Older People Consuming a Texture Modified Diet with a Normal Hospital Diet." *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association* 18 (3): 213–19.

⁸ Robbins, Joanne, Gary Gensler, Jacqueline Hind, Jeri A. Logemann, Anne S. Lindblad, Diane Brandt, Herbert Baum, et al. 2008. "Comparison of 2 Interventions for Liquid Aspiration on Pneumonia Incidence: A Randomized Trial." *Annals of Internal Medicine* 148 (7): 509–18.

Problématique

Comment réduire les complications des troubles de la déglutition avec des outils efficaces, qui n'augmentent pas les complications et n'altèrent pas la qualité de vie des personnes âgées ?

Objectif général

Réduire et retarder l'impact des complications des troubles de la déglutition sur la qualité de vie du patient : pneumopathie, dénutrition, déshydratation, fausses routes asphyxiantes

Objectif(s) opérationnel(s)

Déployer les 3 parties du parcours de prévention (Cf annexe 1) :

- 1 Dépister les facteurs de risque en amont de l'apparition des complications
- 2 Mettre en œuvre les actions de prévention de première intention
- 3 Organiser le recours aux experts du réseau

Public cible

Personnes âgées en situation de fragilité ou atteinte d'une pathologie neurodégénérative centrale vivant à domicile

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Etape 1 : création des outils

Elaboration et validation d'un questionnaire de dépistage rapide pour repérer les facteurs de risques de complication des troubles de la déglutition chez le patient âgé en situation de fragilité. Le questionnaire est rempli par l'infirmier et/ou le médecin qui intervient au domicile du patient. En annexe 2, un exemple utilisé en EHPAD à adapter au domicile.

Personnes ressources : groupe de travail infirmiers, médecins et orthophonistes

Création et test d'un manuel pour mettre en place les moyens de prévention de première intention : posture, hygiène bucco-dentaire, autonomie à table

Personnes ressources : groupe de travail infirmiers et orthophonistes

Constitution d'un outil d'aide à la décision afin que l'infirmier et/ou le médecin puissent orienter le patient vers un ou plusieurs professionnels pour une démarche pluridisciplinaire visant à limiter les risques

Personnes ressources : groupe de travail kinésithérapeute, ergothérapeute, dentiste, orthophoniste, infirmier, médecin

Etape 2 : Formation à distance des infirmiers et des médecins à l'usage des trois outils

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

Les indicateurs sont :

La **faisabilité** mesurée par l'adhésion des professionnels à la démarche (à 6 mois, à 1 an du début du déploiement)

L'**effectivité**, mesurée par l'usage du parcours de prévention : combien de patients ont bénéficié de la démarche (à 6 mois, à 1 an)

L'impact, mesuré par la réduction des complications : pneumopathie, dénutrition, déshydratation, fausses routes asphyxiantes.
La dénutrition est la mesure la plus facile à recueillir et la plus explicite : variation de poids et/ou albuminémie tous les 3 mois.
La déshydratation est souvent remarquée cliniquement, le ionogramme sanguin étant rarement prescrit en systématique.
La pneumopathie d'inhalation est difficile à discriminer des autres pathologies pulmonaires par un examen clinique.
Les fausses routes asphyxiantes conduisant à un décès sont trop rares pour représenter un indicateur statistique valide à l'échelle du bassin de population concerné

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

*Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.
Déploiement de l'action pendant 6 mois.
Échéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.*

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Edition des outils version papier

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

Ou édition des outils version téléchargeable
Supports d'E-formation

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

Infirmiers
Orthophonistes
Médecins
Kinésithérapeutes
Ergothérapeutes
Dentistes

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

documentation à disposition : La démarche de prévention des complications des troubles de la déglutition existe déjà dans certaines EHPAD. Des articles dans des journaux professionnels sont publiés et les outils conceptuels existent, mais doivent être adaptés à la réalité du terrain du domicile.
Benchmarking : il existe des démarches d'information organisées par les associations de prévention des orthophonistes, mais qui ne comportent pas l'organisation du parcours de prévention décrit.

Identification des freins et leviers

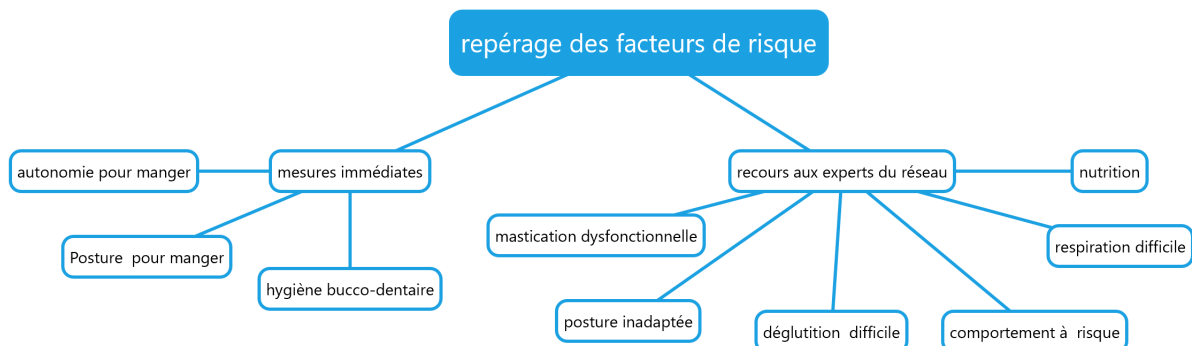
Le premier frein est la croyance erronée mais générale (y compris chez les professionnels) que les transformations alimentaires en textures hachées ou mixées sont préventives des complications des troubles de la déglutition chez les personnes âgées.
Le levier essentiel est le retour du plaisir du patient à manger des aliments les moins transformés possible, tout en restant efficaces pour la prévention des risques. Ce plaisir impacte sa qualité de vie à table, agit sur sa nutrition, sa déglutition et son interaction avec les soignants. La proposition de soin faite par l'infirmier ou le médecin concilie alors plaisir et santé.

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

10 000€

Annexes

Annexe 1 : parcours de prévention



Annexe 2 : un exemple de questionnaire utilisé pour le dépistage des facteurs de risque de complication en EHPAD.

| Questions | Réponses | |
|--|----------|-----|
| mastication est ce que le résident peut mâcher ? (test du gâteau sec si nécessaire) | oui | non |
| déglutition est ce que le résident peut avaler ? | oui | non |
| nutrition Y a t'il eu une absence de repas depuis 24 h | non | oui |
| hygiène bucco dentaire l'hygiène bucco dentaire est elle satisfaisante ? | oui | non |
| respiration Y a t'il des antécédents respiratoires ? | non | oui |
| posture est ce que le résident est bien positionné pour s'alimenter ? (bonne posture et pieds en appui) | oui | non |
| comportement est ce que le résident mange trop vite ? | non | oui |
| vigilance est ce que le résident est vigilant ? | oui | non |
| autonomie est ce que le résident peut manger seul ? | oui | non |
| Conclusion une ou plusieurs réponses rouges (colonne de droite) sont entourées : le résident présente des risques de complications | non | oui |



FICHE ACTION – FORMATION ET GROUPES D'ÉCHANGES DE PRATIQUES AVEC L'ASSOCIATION « INNOCENCE EN DANGER »

LIBELLE DE L'ACTION

Formations et groupes d'échanges de pratiques avec l'association "Innocence en danger"

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Nicolas HOMEHR - Médecin généraliste
06 03 74 00 30
9 ter avenue de Gascogne
31600 Lherm
Docteur@home-hr.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Mathieu ARNAU – coordinateur

Recrutement actif de membres du groupe de travail

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

La CPTS souhaite accompagner ses adhérents au repérage et à la prise en charge des violences contre les enfants, notamment sexuelles.

Objectif général

Formation des professionnels de santé de proximité pour qu'ils appréhendent les thématiques et la complexité des différents types de violences sur les mineurs et se forment à la détection et à l'accompagnement vers les structures de droit commun du territoire dans le cadre du parcours de la victime de violences et de ses proches.

Objectif(s) opérationnel(s)

-

Public cible

- Pour la formation les professionnels de santé du territoire de la CPTS
- Tous les mineurs victimes de violence repérées suite à la formation par les professionnels de santé
- Les proches des mineurs victimes

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Coordinateur de la CPTS

- Informer les professionnels de la CPTS et les inciter à participer à la formation

Association « Innocence en danger »

- Réaliser la formation des professionnels
- Effectuer un retour à la fin de la formation et un retour à la fin des temps d'échange

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de professionnels de santé ayant participé à la formation
- Réalisation d'indicateurs en collaboration avec Innocence en danger

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 6 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin de déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

∅

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Formation en visioconférence

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Coordinateur de la CPTS pour réaliser l'intermédiaire et promouvoir le projet
- Formateurs issus de l'association « Innocence en danger »

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

L'association « Innocence en danger » est habituée à effectuer des formations sur le sujet.

Identification des freins et leviers

Leviers :

Freins :

- *Pas de réunions ou temps d'échange en présentiel actuellement possible, formation proposée en visioconférence*
- *Nombre limité de professionnels formés*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

15 000€

Mission complémentaire 1

4 - Développement de la qualité et de la pertinence des soins

Dans le prolongement des démarches engagées afin de proposer des solutions de mise en œuvre des missions socles, les professionnels de notre CPTS se sont accordés pour reconnaître l'intérêt de développer une démarche qualité dans une dimension pluriprofessionnelle, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

En effet, le mode d'organisation des CPTS est adapté à la mise en place d'échanges sur les pratiques, à l'organisation de concertations autour de cas patients et à la formalisation de retours d'expérience, notamment dans un cadre pluriprofessionnel.



FICHE ACTION – FORMATION INTERPROFESSIONNELLE POUR LE REPERAGE, LA DECLARATION ET LE SUIVI DES EVENEMENTS DE MATERIO/PHARMACOVIGILANCE

LIBELLE DE L'ACTION

Formation interprofessionnelle pour le repérage, la déclaration et le suivi des évènements de materio et pharmacovigilance

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Développement de la qualité et de la pertinence des soins

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Sophie RIVALLANT - Pharmacienne
40 Avenue Roger Tissandié 31600 MURET
05 61 51 00 35
pharmacie.rivedroitemuret@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Julie AUREAU (IDEL)
- Mathieu ARNAU (coordinateur)
- Jean BONIN (Pharmacien)
- Bruno JULIA (Pharmacien)
- Recrutement actif de professionnels de santé en cours

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Méconnaissances de la démarche des professionnels de santé
Coordination interprofessionnelle indispensable pour préciser un évènement indésirable

Objectif général

Assurer le repérage, la déclaration des évènements indésirables, et leur suivi

Objectif(s) opérationnel(s)

- Mettre en œuvre une action d'information et de sensibilisation à la matéro et pharmacovigilance ainsi que les abus médicamenteux (pharmacodépendance)
- Mise à disposition d'une fiche ressource commune pour faciliter la déclaration pluriprofessionnelle

Public cible

Professionnels de santé de la CPTS

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Définir un programme d'Information en concertation avec le centre régional de pharmacovigilance

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Création de la formation
- Création d'une fiche ressource
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de participants aux séances d'information
- Evolution du nombre de déclarations

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 6 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salles de réunion

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Ordinateur, rétro-projecteur
- Mettre en ligne les fiches de déclaration ou utiliser un lien de télédéclaration
- Mettre en ligne un tuto décrivant le processus de déclaration

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

Intervenants : centre de pharmacovigilance , pharmaciens experts territoriaux

Identification des freins et leviers

Coordination interprofessionnelle

Outil commun, interactif et sécurisé utilisable en pluriprofessionnel dans temps défini (limité)

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

15 000€



FICHE ACTION - INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN SANTE

LIBELLE DE L'ACTION

Intelligence artificielle en santé

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Développement de la qualité et de la pertinence des soins

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Nicolas HOMEHR

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

- Bruno JULIA – pharmacien
- Jean-François BRUNENGO – pharmacien
- Julie AUREAU – IDEL
- Dorian – MK
- Dr Nicolas HOMEHR
- Sylvain DALMAS-FRANCOISE - Mathématicien expert IA
- Andy BEGIN – Développeur école EPITECH

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Objectif général

Objectif(s) opérationnel(s)

Public cible

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

| |
|--|
| |
|--|

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

| |
|--|
| |
|--|

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

| |
|--|
| <i>Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI. Déploiement de l'action pendant 6 mois. Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.</i> |
|--|

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

| |
|--|
| |
|--|

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

| |
|--|
| |
|--|

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

| |
|--|
| |
|--|

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

| |
|--|
| |
|--|

Identification des freins et leviers

| |
|--|
| |
|--|

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

| |
|---------|
| 15 000€ |
|---------|

Mission complémentaire 2

5 - Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Dans un contexte de tension démographique, notre communauté professionnelle souhaite s'organiser et réaliser des actions d'accompagnement des professionnels de santé, notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés, de façon à mettre en avant le caractère attractif du territoire afin de favoriser et faciliter les installations en exercice de ville.

Suite à la fin du premier confinement de nombreux professionnels du territoire ont évoqué l'augmentation des violences conjugales et le manque d'une filière territoriale prenant en charge cette spécificité. Face à ce besoin exprimé, la CPTS a été lauréate d'un appel à projet de la préfecture et a mis en place une formation et des groupes d'échanges à l'attention des professionnels du territoire.

Ces actions s'inscrivent parmi les actions de communication menées par la communauté professionnelle afin de promouvoir ses activités auprès des professionnels de santé et auprès de la population.



FICHE ACTION – FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LIBELLE DE L'ACTION

Formation des professionnels de santé

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Accompagnement et formation des
professionnels de santé sur le territoire

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Mathieu ARNAU – Coordinateur
116 avenue de Louis Pasteur 31600 Muret
06 70 12 19 98
Cpstsudtoulousain@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Jean-François BRUNENGO – Pharmacien
Sandrine BLATZHEIM – IDEL
Mélodie BERAUD – IDEL
Laëticia CAMBRIEL – IDEL
Jean-Marc NOHALES – IDEL
Erika SILBER – IDEL
Alexandra CUEUILLE – Ostéopathe
Christine BUIGUES – Orthophoniste
Magdalena ZAREMBA – MK
Aurélié ARAUJO – MK

Problématiques constatées - Description du contexte en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Les professionnels libéraux ne bénéficient pas du même suivi qu'en établissement pour les formations / recyclage
- Les informations envoyées aux professionnels sont nombreuses, comment faire en sorte que les professionnels soient informés des formations "DPC"
- Les professionnels ont l'obligation de suivre des formations DPC
- Estimer la qualité et la fiabilité des formations

Objectif général

Faciliter l'accès aux formations pour les professionnels de santé

Objectif(s) opérationnel(s)

- Identifier les professionnels pouvant réaliser un recensement des centres de formation

- Identifier les formations DPC les plus "importantes" + axer sur les thématiques GT CPTS
- Rappeler les obligations DPC et des possibilités de financement
- Répertorier les sources de financement possibles

Public cible

Tous les professionnels de santé de la CPTS

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

- Sourcing sur les organismes de formation et des ressources internes au territoire
- Recueil des besoins et écriture des thématiques
- Création d'un agenda des formations
- Financement AnDPC

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Des professionnels pouvant recenser les formations ont été identifiés
- Des formations sur les axes des GT de la CPTS ont été identifiées
- Des formations "importantes" ont été identifiées
- Les sources de financement ont été identifiées
- Communication aux PDS de la CPTS sur cet outil

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Démarrage de l'action 3 mois après la signature des ACI.

Déploiement de l'action pendant 6 mois.

Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salle de réunion pour les formations (CH Muret + autres si besoin en actions locales)

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Diffusion à travers la Newsletter
- Bibliographie des formations en rapport avec les PDS identifiés
- WhatsApp
- Teams
- Plateforme de coordination

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Identifier un professionnel / famille de profession pour réaliser la veille des formations
- Une personne pour mettre à jour les PDS
- Un temps de coordination

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

- Sites web des organismes de formation
- FIF PL et ANDPC établit un catalogue des formations avec une recherche possible

Identification des freins et leviers

Freins :

- *Formations parfois annulées pour différentes causes (manque de monde, ...)*
- *Budgets*
- *Grand nombre de formations = tri à faire tous les ans*

Leviers :

- *Certaines formations sont accessibles de façon asynchrone*
- *Formation de groupe = enrichissement auprès des autres professionnels / pluripro*
- *Des professionnels formateurs ou ressources parmi les membres de la CPTS*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

20 000€



FICHE ACTION – FORMATIONS ET GROUPES D’ECHANGES DE PRATIQUES AVEC L’ASSOCIATION ”DU COTES DES FEMMES”

LIBELLE DE L’ACTION

Formations et groupes d’échanges de pratiques avec l’association “Du côté des femmes”

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE :

Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Pilote - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Dr Claudie TISSOT - Médecin généraliste
23 Avenue de la Bure, 31370 Rieumes
06 14 58 15 51
docteur.claudie.tissot@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession Adresse Téléphone Mail

Elise PARANTHOEN (Sage-femme)
Nathalie MARMOTTIN (IDEL)
Sandrine BLATZHEIM (IDEL)
Véronique CHAUVET (IDEL)
Alexandra CUEUILLE (Ostéopathe)
Magdalena ZAREMBA (MK)
Dominique NAVARRO (Psychomotricienne)
Joëlle PERNOT (IDEL)
Cécilia DURAND TIWARI (IDEL)
Nathalie MORENO (IDEL)
Nathalie MARMOTTIN (IDEL)
Mélissa FERRE (IDEL)
Marylène FOISSAC (IDEL)
Jean-Marc NOHALES (IDEL)

Problématiques constatées - Description du contexte en s’appuyant sur l’analyse diagnostique

La CPTS souhaite accompagner ses adhérents au repérage et à la prise en charge des violences conjugales, accrues par l’épisode sanitaire du COVID 19.

Objectif général

Formation des professionnels de santé de proximité pour qu’ils/elles appréhendent les thématiques et la complexité des différents types de violences et se forment à la détection et à l’accompagnement vers les structures de droit commun du territoire dans le cadre du parcours de la victime de violences.

Objectif(s) opérationnel(s)

- Sensibilisation par une réunion collective le 14 octobre

- 4 journées de formation de janvier à février 2021 sur les thèmes « Les violences conjugales », « le repérage », « les conséquences sur les victimes » et « l'orientation »
- 5 temps d'échange d'1h30 sur les pratiques de mars à juin 2021.

Public cible

- Pour la formation les professionnels de santé du territoire de la CPTS
- Toutes les victimes de violence repérées suite à la formation par les professionnels de santé formés

Actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

Coordinateur de la CPTS

- Répondre à l'appel à projet
- Informer les professionnels de la CPTS et les inciter à participer à la formation

Association « Du côté des femmes »

- Réaliser la formation des professionnels
- Effectuer un retour à la fin de la formation et un retour à la fin des temps d'échange

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables

- Nombre de professionnels de santé ayant participé à la formation
- Réalisation d'indicateurs en collaboration avec DCDF (A venir)

Planification de l'action - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

L'action débutera le 13 janvier par les 4 demi-journées de formation qui auront lieu tous les 15 jours.

Les temps d'échanges seront programmés en fonction des retours des professionnels ayant participé aux demi-journées de formation.

Moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salle de réunion, fournitures, frais de bouche

Moyens nécessaires - Numériques/Informatiques - identifier besoins

- Formation en visioconférence

Moyens nécessaires - Humains - estimation temps de travail/compétences requises...

- Coordinateur de la CPTS pour réaliser l'intermédiaire et promouvoir le projet
- Formateurs issus de l'association « Du côté des femmes »

Inventaire des ressources déjà disponibles - exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...

L'association « Du côté des femmes » est habituée à effectuer des formations sur le sujet.

Identification des freins et leviers

Leviers :

- *Partenariats avec l'association du côté des femmes qui est situé sur le territoire de la CPTS*
- *16 professionnels de santé représentant 6 corps de métier seront formés*

Freins :

- *Pas de réunions ou temps d'échange en présentiel actuellement possible, formation proposée en visioconférence*
- *Nombre limité de professionnels formés*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Le budget estimé est de 10 000€.

La CPTS a été lauréate d'un appel à projet de la préfecture d'Haute Garonne intitulé « *Professionnel.le.s de santé sentinelles des violences faites aux femmes* » qui lui a **déjà permis d'obtenir ce financement.**

3^{ème} partie

Organisation et fonctionnement

Les modalités de fonctionnements que nous avons choisies de mettre en œuvre constituent une garantie de notre capacité à remplir efficacement les missions confiées.

Les **MODALITES DE GOUVERNANCE** retenues par notre communauté professionnelle correspondent à l'organisation que nous souhaitons mettre en place, en respectant :

- La pluriprofessionnalité,
- La possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques et / ou morales), que cela soit par le biais d'une adhésion directe à la CPTS, ou par le biais d'un partenariat,
- La possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et de l'ARS et, le cas échéant, d'en effectuer une redistribution si besoin,
- L'adaptation aux missions choisies,
- La possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Nous avons ensuite posé les **MODALITES DE COORDINATION** de la CPTS avec une approche globale dans un premier temps permettant d'assurer la mise en œuvre du projet de santé et le pilotage de la CPTS, puis une ventilation de la coordination par mission.

Pour la mise en œuvre de cette organisation, nous avons prévu de mettre en place un groupe de travail rassemblant des représentants de chaque profession de santé et des usagers qui permettra de définir les besoins en **OUTILS NUMERIQUES** et de rédiger un cahier des charges sur les évolutions informatiques nécessaires.

La sélection des outils, sera réalisée à l'aide d'un tiers expert, prendra en compte les missions socles et optionnelles à déployer, ainsi que les critères de sécurisation des données, de traçabilité des échanges et de compatibilité avec les outils déjà utilisés par les professionnels (ou en cours de déploiement), en plus de l'aspect financier.

La définition de l'organisation de la CPTS, des modalités de coordination des professionnels et des actions à mettre en œuvre nous a permis de construire un **BUDGET PREVISIONNEL** tenant compte du financement conventionnel prévu pour la taille de la population du territoire de notre CPTS, ainsi que des aides des autres financeurs sollicités.

Nous nous sommes enfin attachés à préparer une **PLANIFICATION DU DEPLOIEMENT DES ACTIONS** et ainsi anticiper la future phase de contractualisation avec l'Assurance Maladie.

1 - Gouvernance

Structuration juridique de la CPTS

| | |
|--|---|
| Statut juridique | Association loi 1901 |
| Nom de la structure porteuse du projet | CPTS du Sud Toulousain |
| N° Association (le cas échéant) | Siret : 88120046300019 |
| Date de création | 20 Septembre 2019 |
| Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS | Adresse postale : Centre Hospitalier de Muret 116 avenue Louis Pasteur, 31600 Muret Courriel : cptssudtoulousain@gmail.com |
| Personne contact | NOM : ARNAU PRENOM : Mathieu Profession : Coordinateur Téléphone : 06 70 12 19 98 Courriel : cptssudtoulousain@gmail.com |
| Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS | NOM : Homehr PRENOM : Nicolas Profession/spécialité : Médecin généraliste |

Voir en annexe statuts +/- Règlement intérieur

Composition de l'association

Professionnels de santé du territoire

| Profession | Nb de professionnels du territoire | Nb de professionnels membres de la CPTS | Représentativité (Pourcentage) |
|----------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Médecins généralistes | 158 | 58 | 36.7% |
| Médecins autres spécialités | 140 | 27 | 19.3% |
| Infirmiers | 296 | 70 | 23.6% |
| Biologistes | | 0 | |
| Pharmaciens | 38 | 20 | 52.6% |
| Masseurs-Kinésithérapeutes | 219 | 29 | 13.2% |
| Sages-femmes | 15 | 1 | 6.7% |
| Orthophonistes | | 10 | |
| Orthoptistes | | 0 | |
| Dentistes | | 1 | |
| Pédicures-podologues/orthésistes | | 3 | |
| Psychologues | | 2 | |
| Ostéopathes | | 4 | |
| Internes en médecine | | 5 | |
| Psychomotriciens | | 5 | |
| Sophrologues | | 2 | |

| | | | |
|---------------------------|--|----------|--|
| Opticiens | | 1 | |
| Médecins retraités | | 5 | |

Membres actifs

⇒ Voir Annexe 8

Membres partenaires

Adhérents ou non adhérent directement à l'association mais intégré dans le projet de santé

Secteur d'activité : **SANITAIRE**

| Désignation Nom de la structure ou du professionnel | Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (MCO, SSR...) | Lieu d'exercice | Localisation sur le territoire Oui / Non | Objet du partenariat | Existence convention Oui / Non |
|---|---|------------------------|--|---|--|
| CH Gérard-Marchand | Psychiatrie | Toulouse | Non | Organisation territoriale de la psychiatrie générale | En cours |
| CH Muret | Polyvalent | Muret | Oui | Locaux de la CPTS hébergés au CH de Muret et participation à la filière gériatrique du territoire | Oui |
| CHU de Toulouse | Polyvalent | Toulouse | Non | Filière universitaire de notre territoire | En cours |
| Clinique d'Occitanie | Polyvalent | Muret | Oui | Second recours et soins d'urgence de proximité, participation à la mission socle | En cours |
| Clinique du château de Seysses | Psychiatrie | Seysses | Oui | Organisation territoriale de la psychiatrie générale, gérontopsychiatrie et oncopsychiatrie | En cours |
| Clinique Estela | SSR oncologique et gériatrique | Toulouse | Non | Lomblagie chronique, algologie et rééducation de la personne âgée | En cours |
| Polyclinique médicale de la Lèze | SSR palliatif et gériatrique | Lagardelle sur Lèze | Non | Filière gériatrique et palliative | En cours |
| Gérontopôle | Gériatrie | Toulouse | Non | Filière gériatrique et fragilité avec ICOPE | En cours |

Secteur d'activité : MEDICO-SOCIAL

| Désignation Nom de la structure ou du professionnel | Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (EHPAD, SIADD...) | Lieu d'exercice | Localisation sur le territoire Oui / Non | Objet du partenariat | Existence convention Oui / Non |
|---|---|------------------------|--|--|--|
| Les 13 EHPAD du territoire | EHPAD | | Oui | Filière gériatrique | En cours |
| Les 3 SSIAD du territoire | SSIAD | | Oui | Soins à domicile et personne âgée | En cours |
| Les 2 CMP du territoire | CMP | | Oui | Filière psychiatrique | En cours |
| ANPAA 31 | Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie | Toulouse | Antenne locale | Filière de l'addictologie et accès au médecin traitant | En cours |

Secteur d'activité : SOCIAL

| Désignation Nom de la structure ou du professionnel | Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (SAAD...) | Lieu d'exercice | Localisation sur le territoire Oui / Non | Objet du partenariat | Existence convention Oui / Non |
|---|---|------------------------|--|------------------------------------|--|
| Service médical du Conseil Départemental | Handicap et personne âgée | Toulouse | Non | Filière gériatrique et du handicap | Non |

REPRESENTANT DES USAGERS, ASSOCIATIONS ET RESEAUX

| Désignation Nom de la structure | Activité principale | Lieu d'exercice | Localisation sur le territoire Oui / Non | Existence convention Oui / Non |
|---|---|------------------------|--|--|
| France Alzheimer 31 | Association de familles de malades | Toulouse | Déploiement d'une antenne locale en cours | En cours |
| UNAFAM | Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques | Toulouse | Non | En cours |
| AGAPEI | Association de gestion d'établissements et de services pour personnes en situation de handicap mental | Toulouse | Non | En cours |
| REIPO | Réseau d'Enseignement et d'Innovation en Pharmacie d'Officine | Occitanie | Equipe territoriale 31 | En cours |
| AIMADAF | Alliance d'intervenants de santé œuvrant pour le maintien à domicile des aînés fragiles | Occitanie | Non | En cours |

COLLECTIVITES TERRITORIALES

| Désignation Nom de la structure | Lieu d'exercice | Existence convention Oui / Non |
|------------------------------------|--|--|
| CC Cœur de Garonne | En partie sur le territoire de la CPTS | En cours |
| CA du Muretain | Muret et ses alentours | En cours |
| Députée de la 7eme circonscription | Mme Elisabeth TOUTUT-PICARD | Soutient écrit à nos projets et proposition de projets |

Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, MSP, PTA)

| Désignation Nom de la structure | Activité principale | Lieu d'exercice | Objet du partenariat | Existence convention Oui / Non |
|------------------------------------|---|-----------------|---|-----------------------------------|
| PTA 31 | Dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes | Haute-Garonne | Appui logistique sur les parcours complexes de l'adulte | En cours |
| MAIA 31 | Dispositif d'appui à la coordination des parcours de la personne âgée | Haute-Garonne | Appui de la MAIA dans son domaine de compétence aux professionnels de santé du territoire | Oui |
| Reliance | Soins palliatif | Haute-Garonne | Aide à la prise en charge aux professionnels de santé du territoire ambulatoire et domicile | En cours |

Gouvernance de la CPTS

Assemblée générale

⇒ Voir Annexe 8

Conseil d'administration

Composition

| NOM Prénom | Profession | Secteur Activité - Sanitaire - Médico-social - Social | Lieu d'exercice | Structure d'appartenance (le cas échéant) ES, EHPAD, MSP... | Membre Actif ou Partenaire |
|----------------------|---------------------|--|-----------------|---|----------------------------|
| Dr RIBAUT Loïc | Médecin généraliste | Sanitaire | Seysses | Cabinet médical | Actif |
| Dr SAINT-MARTIN Anne | Médecin Généraliste | Sanitaires | Roques | Cabinet Médical | Actif |
| Dr TISSOT Claudie | Médecin Généraliste | Sanitaire | Rieumes | Cabinet médical + MSP en construction | Actif |
| Dr DE MARCHIS Hélène | Médecin Généraliste | Sanitaire | Muret | Cabinet médical + MSP en construction | Actif |

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|----------|-------------|------------|
| BONIN Jean | Pharmacien | Sanitaire | Frouzins | Officine | Actif |
| RIVALLANT Sophie | Pharmacienne | Sanitaire | Muret | Officine | Actif |
| BLATZHEIM Sandrine | IDEL | Sanitaire | Muret | Libérale | Actif |
| CHAUVET Véronique | IDEL | Sanitaire | Frouzins | Libérale | Actif |
| MAHIEU Christophe | Masseur- kinésithérapeute | Sanitaire | Muret | Libéral | Actif |
| MOULY Pauline | Orthophoniste | Sanitaire | Lherm | Libérale | Actif |
| GARCIA Françoise | Pilote MAIA 31 SUD | Médico- social | Muret | CH de Muret | Actif |
| LAVIGNE Nicolas | AGAPEI | Social | Toulouse | AGAPEI | Partenaire |

Fonctionnement / pouvoirs

Extrait du règlement intérieur

Article 7 : Le conseil d'administration

7.1 : Dispositions générales

L'association est dirigée par un Conseil d'Administration comportant 6 à 12 membres. Au moins 3 professions de santé différentes sont représentées.

Le Conseil d'Administration est élu pour 2 ans par l'assemblée générale. Ces membres sont rééligibles.

7.2 : Rôle du conseil d'administration

Le conseil d'administration statue sur toutes les demandes d'admission ou de radiation des membres de l'Association.

Il fixe l'ordre du jour des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires.

Il rédige le règlement intérieur.

Il peut s'adjoindre toute commission ou toutes personnes qui, du fait de leurs compétences, peuvent être utiles à son action. Seuls les administrateurs élus ont une voix délibérative.

Le Conseil d'administration peut prendre les décisions permettant l'acquisition ou l'aliénation de valeurs mobilières et d'actifs immobiliers pour la réalisation de l'objet social, d'une manière générale, prendre toutes les dispositions à caractère financier, à charge pour lui d'en référer à l'Assemblée Générale.

7.3 : Vote du Conseil d'administration

Les décisions du Conseil d'Administration sont valables à la condition qu'au moins la moitié de ses membres, dont le Président, soient présents ou représentés ; chaque administrateur peut représenter un autre administrateur, y compris le Président, étant muni d'un pouvoir. Un administrateur ne peut pas avoir plus d'un pouvoir.

Les votes sont émis à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage, la voix du Président ou de son représentant est prépondérante.

Les procès-verbaux sont recueillis et paraphés par le Président et le Secrétaire de séance.

7.4 : Dispositions spécifiques

Les représentants des professionnels de santé, non représentés au CA, peuvent être invités aux réunions et avoir une voix consultative.

Selon l'ordre du jour, des porteurs de projet peuvent être invités aux réunions.

Bureau

Composition

| NOM Prénom | Profession | Secteur Activité - Sanitaire - Médico-social - Social | Lieu d'exercice | Qualité (Vice-Président, trésorier adjoint...) | Membre Actif ou Partenaire |
|----------------------|----------------------------------|---|------------------------|---|---|
| HOMEHR Nicolas | Médecin | Sanitaire / Médico- social | Lherm | Président | Membre actif |
| JULIA Bruno | Pharmacien | Sanitaire | Lherm | Vice - Président | Membre actif |
| ZAREMBA Magdalena | Masseuse Kinésithérape ute | Médico- social | Lherm | Secrétaire général | Membre actif |
| AUREAU Julie | Infirmière | Sanitaire | Lherm | Trésorier | Membre actif |

Fonctionnement / pouvoirs

Extrait du règlement intérieur

Article 6 - Bureau

6.1 : Election du bureau

Après les deux premières années de vie du bureau initial, ayant permis de constituer les fondations de l'association et du groupe de professionnels de santé du territoire, chaque nouveau bureau sera élu par le Conseil d'Administration au début de son mandat pour une durée équivalente à celle du mandat du Conseil d'Administration.

Il est composé au minimum, parmi les membres du Conseil d'Administration, de :

- Un président ;
- Un vice-président ;
- Un secrétaire ;

- Un trésorier ;

L'élection du bureau se fait entre les membres du Conseil d'Administration. Chaque membre du Conseil d'Administration présent ou représenté possède 1 voix. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

6.2 : Les missions générales du bureau

Le bureau a pour mission spécifique au sein du Conseil d'Administration de gérer au quotidien l'association, en relation avec le coordinateur.

Le bureau a également pour mission :

- La possibilité de démarrer une nouvelle action apportant une plus-value à la CPTS, dans l'attente de validation par le CA ;
- Valider les données budgétaires (dépenses, fiches de paye, cotisations...) ;
- Le bureau prépare les résolutions qui vont être soumises au vote et exécute les délibérations du conseil d'administration ou de l'assemblée générale ;
- En cas d'impossibilité de réunir le quorum, le bureau peut prendre les décisions assurant le bon fonctionnement de la CPTS ;

6.3 Les missions spécifiques des membres du bureau

Le président représente l'association dans les actes de la vie civile ; passe les contrats, agit en justice ; convoque et préside les assemblées générales et le conseil d'administration.

Le vice-président porte assistance au président de l'association ; représente l'association en cas d'absence du président.

Le trésorier a la responsabilité de gérer le patrimoine financier de l'association. Il valide les recettes et les paiements au nom de l'association. Il doit rendre compte de la gestion financière de l'association.

Le secrétaire tient la correspondance de l'association.

6.4 : Fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit autant de fois que nécessaire au cours de l'année. Le bureau, s'il ne peut pas se réunir, peut le cas échéant échanger par courriel.

Après chaque réunion, le bureau transmet un compte-rendu au CA.

2 - Coordination des acteurs

Deux niveaux de coordination sont définis :

- Pour le fonctionnement global de la CPTS
- Pour la réalisation spécifique des missions retenues

Description des MODALITES DE COORDINATION envisagées pour le FONCTIONNEMENT de la CPTS

En Octobre 2020 un **coordinateur à temps plein** (35h) a été recruté, celui-ci va effectuer en 2021 la formation de coordinateur CPTS élaborée par l'EHESP par l'intermédiaire de la FORMS.

Afin de mener à bien les missions de la CPTS, des **groupes de travail (GT) ont été constitués sur le logiciel Teams** autour des missions socles et complémentaires par décision du bureau et du coordinateur.

Ces GT ont permis la réalisation des fiches actions présentes dans ce projet de santé, en même temps ils continuent d'être alimentés et sont des **lieux d'échanges persistants** pour les membres de la CPTS. Sur demande les membres de l'association peuvent soumettre des projets de GT pour que la CPTS génère des canaux liés à cette activité.

Enfin, **des canaux hors GT ont été constitués dans un souci de transparence :**

- « Bureau » permet de donner aux membres une visibilité sur les réunions effectuées par bureau et le travail qui en découle, comme la constitution de documents (Règlement intérieur, charte ...).
- « Appel à projet » permet de visualiser les AAP auxquels la CPTS a répondu et, si c'est le cas, est lauréate. Ce canal permettra aussi aux professionnels de proposer des AAP et de bénéficier, après appréciation du bureau, du soutien de la CPTS pour les candidatures.

Description des MODALITES DE COORDINATION au regard des MISSIONS RETENUES

Sur chaque fiche-action est précisé un **pilote de projet** qui, en lien avec le coordinateur, aura pour rôle de :

- Participer activement à la rédaction ou l'amélioration de la fiche action correspondant à son groupe ;
- Coordonner les actions du groupe de travail ;
- Être en lien avec le coordinateur pour assurer une bonne coordination entre les différents groupes de travail ;
- Informer régulièrement le Conseil d'Administration des activités de son groupe de travail ;
- Présenter à l'Assemblée Générale Ordinaire un bilan d'activité de son groupe de travail ;

Le pilote peut inviter toute personne physique ou morale non-membre s'il juge sa présence utile au bon déroulement du groupe de travail. Il devra en informer le groupe de travail au début de séance

Au regard des missions retenues, les acteurs pourront utiliser les différents **outils de communication** que nous avons mis en place :

- Sur le groupe WhatsApp pour des échanges brefs
- Sur l'équipe Teams pour des échanges de documents, l'édition de documents et des réunions en visioconférence

- Par l'intermédiaire du mailing de la CPTS si nécessaire (Ex : pour recruter des membres d'un nouveau groupe de travail)
- Autres outils digitaux en cours de sourcing en collaboration avec esanté Occitanie

3 - Systèmes d'information

| Intitulé de l'action | Besoins / Caractéristiques | Outil(s) déjà disponible(s) | Outil(s) à développer selon recommandations de l'ANS |
|--|--|---|--|
| SI pour la coordination et le pilotage du projet | Besoin d'une plateforme permettant l'échange de messages et de fichiers de façon asynchrone et la réalisation de visioconférences. | Teams | Non |
| Accès au médecin traitant | Agenda partagé qui puisse être utilisé pour du ré-adressement et dans le cadre du SAS. Système de téléexpertise Système de téléconsultation | DocteurWhen Occimed Médicam | Amélioration selon les besoins des professionnels de santé |
| Accès aux SNP | Délivrance d'ordonnances numériques sécurisées | MonOrdo | Amélioration selon les besoins des professionnels de santé |
| Parcours pluriprofessionnels du patient | Site web accessible aux membres de la CPTS permettant de rassembler les parcours de soins existants et de disposer de ressources documentaires. Moteur de recherche ou classification / Commentaires pour RETEX. QR Santé outil numérique du médico-social créé par la CPTS permettant le suivi et l'orientation, lien ville/hôpital du médicosocial (PA, handicap et Psychiatrie) | QR Santé | Site Web Amélioration selon les besoins des professionnels de santé |
| Actions coordonnées de prévention | En cours de recherche : plateforme INU ? | | |
| Qualité et pertinence des soins | En cours de recherche | | |
| Accompagnement des professionnels de santé | En cours de recherche : Plateforme Eduprat ? | | |

Critères de sélection et descriptif des outils retenus par la CPTS

Les outils retenus par la CPTS ont en commun :

- La sécurisation des données
- Une ergonomie facilitant l'usage
- Une compatibilité ordinateurs et mobiles

SPICO : *Messagerie directe sécurisée*

SPICO comporte deux composants interconnectés. Le premier est un réseau social professionnel permettant aux différents intervenants (médecins, infirmiers, aide à domicile, etc.) d'alimenter des conversations autour du patient/usager ou d'une thématique.

Le second est un outil de coordination qui rassemble entre autres fonctionnalités, le dossier de coordination, le cahier de liaison dématérialisé, les agendas partagés accessibles à l'équipe de prise en charge identifiée, des formulaires paramétrables et des tableaux de bord d'activité.

Médimail : *Courriels sécurisés*

Médimail est une messagerie de santé sécurisée régionale connue et utilisée des professionnels de santé du territoire.

DMP : *Dossier Médical Partagé*

Le DMP est un carnet de santé numérique porté par l'Assurance Maladie, gratuit et confidentiel. Il est partagé entre le patient et les professionnels participant à la prise en charge suivant la volonté du patient. Il est utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Solutions numériques de l'URPS : *Medicam, Medilien et bientôt Medunion*

Medicam : outil de téléconsultation

Medilien : coordination des professionnels de santé

Medunion : agenda partagé

DocteurWhen : *Agenda partagé, prise de rendez-vous*

Docteur When est un agenda partagé en ligne permettant aux patients de prendre rendez-vous avec un médecin généraliste de la région Occitanie. Il est actuellement utilisé pour la réservation de créneaux dans les centres Covid du territoire de la CPTS du Sud Toulousain.

Occimed : *Téléexpertise, téléconsultation*

Accessible aux professionnels médicaux et paramédicaux, Occimed est une solution régionale permettant la réalisation de téléconsultation (seul ou à plusieurs) et de téléexpertise (en direct ou planifiée)

MonOrdo : *Ordonnance dématérialisée sécurisée*

MonOrdo est une solution de e-prescription sécurisée et bénéficiant d'une application mobile pour les patients.

4 - Budget prévisionnel

Le budget prévisionnel de la CPTS est présenté en 2 parties distinctes correspondant aux attendus du contrat qui sera signé avec l'Assurance Maladie :

- 1^{ère} partie : Fonctionnement général de la CPTS (pilotage, coordination et communication du projet)
- 2^{ème} partie : Fonctionnement de chaque mission

Une synthèse globale synthétique figure à la fin du budget.

Partie 1

Fonctionnement général de la CPTS

Elaboration, coordination, communication du projet

| Dépenses | |
|---|---------|
| Indemnités des professionnels <i>Organisation, Pilotage, Construction du projet</i> | 61 250 |
| Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i> | 45 000 |
| Honoraires consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i> | 15 000 |
| Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i> | 10 000 |
| Total dépenses Point de vigilance : Dépenses = Ressources | 131 250 |
| Ressources | |
| Assurance Maladie ACI <i>En fonction de la taille de la CPTS</i> | 131 250 |
| Ressources complémentaires <i>Facultatif</i> | |
| | |
| | |
| Total ressources | 131 250 |

Fonctionnement de la mission socle 1A/1B
"Amélioration de l'accès à un médecin traitant et
organisation de l'accès à des soins non programmés"
Moyens et résultats

Dépenses

Indemnités des professionnels 55 000

Organisation et réalisation de la mission

Salaires 20 000

Coordinateur, secrétariat...

Honoraire consultant 15 000

Expertise, formation, comptabilité

Moyens matériels 30 000

Logiciel, location, publicité, formation...

Total dépenses 120 000

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

Ressources

ACI - Fonctionnement 25 000

En fonction de la taille de la CPTS

ACI - Résultat 25 000

Fonction taille et atteinte des objectifs

Ressources complémentaires Volet accès MT 15 000

Facultatif

Volet organisation SNP 55 000

Total ressources 120 000

Fonctionnement de la mission socle 2 "Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient"

Moyens et résultats

| Dépenses | |
|--|--------|
| Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i> | 55 000 |
| Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i> | 10 000 |
| Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i> | 10 000 |
| Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i> | 15 000 |
| Total dépenses | 90 000 |

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

| Ressources | |
|---|--------|
| ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i> | 45 000 |
| ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i> | 45 000 |
| Ressources complémentaires <i>Facultatif</i> | |
| Total ressources | 90 000 |

Fonctionnement de la mission socle 3 "Développement d'actions de prévention"

Moyens et résultats

| Dépenses | |
|--|--------|
| Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i> | 20 000 |
| Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i> | 5 000 |
| Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i> | 5 000 |
| Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i> | 5 000 |
| Total dépenses | 35 000 |

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

| Ressources | |
|---|--------|
| ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i> | 17 500 |
| ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i> | 17 500 |
| Ressources complémentaires <i>Facultatif</i> | |
| Total ressources | 35 000 |

Fonctionnement de la mission complémentaire 1 "Développement de la qualité et de la pertinence des soins"

Moyens et résultats

| Dépenses | |
|--|--------|
| Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i> | 17 500 |
| Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i> | 5 000 |
| Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i> | 12 500 |
| Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i> | 5 000 |
| Total dépenses | 40 000 |

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

| Ressources | |
|---|-----------------------|
| ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i> | 15 000 |
| ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i> | 15 000 |
| Ressources complémentaires <i>Facultatif</i> | AAP préfecture 10 000 |
| | |
| Total ressources | 40 000 |

Fonctionnement de la mission complémentaire 2

"Accompagnement des professionnels de santé"

Moyens et résultats

| Dépenses | |
|--|--------|
| Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i> | 14 000 |
| Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i> | 2 000 |
| Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i> | 2 000 |
| Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i> | 2 000 |
| Total dépenses | 20 000 |

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

| Ressources | |
|---|--------|
| ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i> | 10 000 |
| ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i> | 10 000 |
| Ressources complémentaires <i>Facultatif</i> | |
| Total ressources | 20 000 |

| Dépenses | |
|---|---------|
| Fonctionnement général <i>Elaboration, coordination, communication du projet</i> | 131 250 |
| Mission 1 A - Médecins traitant <i>Moyens et résultats</i> | 60 000 |
| Mission 1 B - Soins non-programmés <i>Moyens et résultats</i> | 60 000 |
| Mission 2 – Pluriprofessionnel <i>Moyens et résultats</i> | 90 000 |
| Mission 3 - Prévention <i>Moyens et résultats</i> | 35 000 |
| Mission complémentaire 1 – Qualité et pertinence des soins <i>Moyens et résultats</i> | 40 000 |
| Mission complémentaire 2 – Accompagnement des professionnels <i>Moyens et résultats</i> | 20 000 |
| Total dépenses | 436 250 |
| Point de vigilance : Dépenses = Ressources | |

| Ressources | |
|--|---------|
| Fonctionnement général <i>Elaboration, coordination, communication du projet</i> | 131 250 |
| Mission 1A/1B - Médecins traitant et Soins non-programmés <i>Moyens et résultats</i> | 120 000 |
| Mission 2 - Pluriprofessionnel <i>Moyens et résultats</i> | 90 000 |

Mission 3 - Prévention

35 000

*Moyens et résultats***Mission complémentaire 1 – Qualité
et pertinence des soins**

40 000

*Moyens et résultats***Mission complémentaire 2 –
Accompagnement des
professionnels**

20 000

*Moyens et résultats***Total ressources**

436 250

Pour un taux d'atteinte des résultats de 100%

5 - Planification du projet

Au regard du cadre de contractualisation avec l'Assurance Maladie, nous prévoyons la planification suivante de déploiement des missions et de mise en œuvre des actions après la signature du contrat :

| Intitulé de l'action | Réalisation prévisionnelle | | | |
|--|---|--|---|---|
| | Date de démarrage | Etapes <i>Facultatif</i> | Date de fin de déploiement | |
| | Max 6 mois après signature | | Max 18 mois après signature | |
| Accès aux soins Médecin traitant | Définition géographique pour les patients sans MT | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 12 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| | Max 6 mois après signature | | Max 18 mois après signature | |
| Accès aux soins non-programmés | Réponse aux urgences et soins non programmés | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| | Max 12 mois après signature | | Max 24 mois après signature | |
| Parcours pluriprofessionnels du patient | Recensement des Parcours de soins pluriprofessionnels | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| Parcours de soins gériatrique | Pré fragilité et fragilité | | Déploiement de l'action pendant 12 mois | |
| | Dépendance à domicile et en établissement | | Déploiement de l'action pendant 12 mois | |
| Parcours de soins psychiatrique | Psychiatrie de la personne âgée | | Déploiement de l'action pendant 12 mois | |
| | Toxicologie | Déploiement de l'action pendant 6 mois | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|
| | Psycho-oncologie | | Déploiement de l'action pendant 6 mois | |
| | Psychiatrie générale | | Déploiement de l'action pendant 12 mois | |
| Parcours de soins algologique | Patient lombalgique chronique en soin primaire | | Déploiement de l'action pendant 6 mois | |
| Parcours de soins sport santé | Sport santé et médecine du sport | | Déploiement de l'action pendant 6 mois | |

Max 12 mois après signature

Max 24 mois après signature

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| Actions coordonnées de prévention | Dépistage de la BPCO lors de la campagne de vaccination saisonnière contre la grippe | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| | Prévention et dépistage des troubles de la déglutition chez la personne âgée à domicile | | | |

Pas de délai particulier

Pas de délai particulier

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|---|
| <i>Qualité et pertinence des soins</i> | Formation interprofessionnelle pour le repérage, la déclaration et le suivi des évènements de materio et pharmacovigilance | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| | Rédaction d'une charte à l'attention des professionnels de santé membres de la CPTS | | | |
| | Intelligence artificielle en santé | | | |

Pas de délai particulier

Pas de délai particulier

| | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|---|
| <i>Accompagnement des professionnels de santé</i> | Faciliter l'accès aux formations pour les professionnels de santé | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
| | Formations et groupes d'échanges de pratiques avec l'association "Du côté des femmes" | 13 janvier 2021 | 3 mars 2021 fin de la formation | Avril-juin 2021 temps d'échanges et retours |
| | Formations et groupes d'échanges de pratiques avec l'association "Innocence en Danger" | 3 mois après la signature des ACI | Déploiement de l'action pendant 6 mois | Echéance finale 3 mois après la fin du déploiement permettant le |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | réajustement et la préparation des objectifs de l'année suivante |
|--|--|--|--|--|

Signature du (des) représentant(s) de la CPTS mandatés pour la formalisation du projet de santé :

Nom et Prénom : Homehr Nicolas

Date de la signature : 18 / 12 / 2020

Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long diagonal stroke extending upwards and to the right.

Annexes

Annexe 1 – Élément pour diagnostic territorial (ARS Occitanie)

Annexe 2 – Terri.Diag (Assurance Maladie Occitanie)

Annexe 3 – Rapport REZONE - CPTS du Sud Toulousain (REZONE CPTS)

Annexe 4 – Rapports et portraits de territoires (Observatoire des territoires)

Annexe 7 – Annuaire Reso Occitanie 2020-2021 (Reso Occitanie)

Annexe 8 – Liste des membres de la CPTS

Annexe 5 – Récépissé de déclaration de création de l'association

Annexe 6 – Statut modificatifs CPTS

Annexe 9 – Règlement intérieur

Annexe 10 – Charte

Conventions de partenariats formalisées

1 – Centre Hospitalier de Muret

2 – MAIA 31 SUD