



PROJET DE SANTE 2020 – 2025

16 Octobre 2020

CPTS SYNAPSE - COMTAT VENAISSIN



Préambule

Ce projet de santé se veut dynamique, il s'inscrit dans un mouvement continu. Il sera amené à évoluer au fur et à mesure que la CPTS se développera. Il a été conçu dans le respect des valeurs qui animent la CPTS du Comtat Venaissin notamment l'écoute des besoins des professionnels et des patients du territoire.

Il est le reflet du travail réalisé par la CPTS du Comtat Venaissin depuis presque deux années (janvier 2019). Deux années au cours desquelles l'équipe porteuse du Comité de Pilotage initial a mûri sa réflexion et dessiné les grandes lignes du projet. Deux années de rencontres avec les professionnels de terrain afin de recenser leurs attentes. Deux années où la CPTS a évalué les besoins de la population de son territoire, travaillé à fédérer les professionnels, engagé une démarche de communication et de pédagogie sur ses actions et ses missions. Deux années pendant lesquelles est survenue une crise sanitaire qui a bouleversé les agendas et conduit la CPTS à innover et à mettre en place une organisation territoriale en un temps réduit.



Café réflexion du 6 février 2020 au MyCampus à Carpentras



Soirée du 28 Novembre 2019 à la salle la boiserie à Mazan

SOMMAIRE

PROJET DE SANTE	1
Préambule	2
SOMMAIRE	3
Structure Juridique porteuse du projet de la CPTS	4
I. CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS	5
a) Description du territoire du projet	Erreur ! Signet non défini.
b) Problématiques de santé identifiées sur le territoire.....	6
c) Identification et analyse de l'offre existante du territoire qui sera en lien avec la CPTS et articulation avec la CPTS	8
d) Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués	10
II. ORGANISATION DE LA CPTS.....	11
a) Professionnels de santé membres de la CPTS	11
b) Description de l'organisation de la gouvernance du projet : bureau, conseil d'administration... ..	12
c) Système d'information	13
d) Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS.....	15
e) Liste des services / établissements partenaires de la CPTS.....	17
III. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS.....	18
a) Missions de la CPTS	18
b) Actions de télémédecine envisagées dans le projet.	20
c) Acteurs impliqués dans le projet de santé	20
IV. FICHES ACTIONS.....	21

Structure Juridique porteuse du projet de la CPTS

Nom de la structure :	CPTS Synapse – Comtat Venaissin
Type de structure :	☒ Association loi 1901 – Numéro RNA : W843007813 ☐ SISA ☐ Autres (précisez) :
N° SIRET :	879 737 849 00015
Coordonnées de la structure	Adresse postale : Pharmacie Fourcade 108 rue Saint Sébastien 84260 Sarrians Email : contact@cpts-synapse.fr Email à diffuser sur le site de l'ARS : contact@cpts-synapse.fr
Site Internet	www.cpts-synapse.fr
Réseaux sociaux	 CPTS du Comtat Venaissin - Association Synapse  cpts-du-comtat-venaissin-association-synapse
Représentant légal de la structure (nom, prénom, profession, téléphone, email)	Caroline Fourcade Pharmacienne 06 08 86 18 78 caroline.fourcade@orange.fr
Coordonnateur de la CPTS (nom, prénom, profession, téléphone, email)	Julie Alary Neveu Coordinatrice 06 46 37 53 60 Julieneveu.coordo@gmail.com

I. CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS

COMMUNES	Communautés de communes	CODE POSTAL	Particularité du territoire (QPV, ZIP, ZAC)
Aubignan	COVE	84810	ZAC
Aurel	CCVS	84390	ZIP
Le Barroux	COVE	84330	ZAC
Le Beaucet	COVE	84210	ZAC
Beaumes de Venise	COVE	84190	ZAC
Beaumont-du-ventoux	COVE	84340	ZAC
Bédoin	COVE	84410	ZAC
Blauvac	CCVS	84005	ZAC
Brantes	CCVV	84021	
Caromb	COVE	84330	ZAC
Carpentras	COVE	84200	4 QPV (voir diag) ZAC
Crillon-le-Brave	COVE	84410	ZAC
Flassan	COVE	84410	ZAC
Lafare	COVE	84190	ZAC
Loriol-du-Comtat	COVE	84870	ZAC
Mallemort-du-comtat	CCVS	84070	ZAC
Malaucène	COVE	84340	ZAC
Mazan	COVE	84380	ZAC
Méthamis	CCVS	84075	ZAC
Modène	COVE	84330	ZAC
Monieux	CCVS	84079	ZIP
Monteux	CCSC	84170	1 QPV, ZAC
Moirmoiron	CCVS	84082	ZAC
Pernes-les-Fontaines	CCSC	84088	ZAC
La Roque-Alric	COVE	84190	ZAC
La Roque-sur-Pernes	COVE	84210	ZAC
Saint-Didier	COVE	84210	ZAC
Saint Hyppolyte le Graveyron,	COVE	84330	ZAC
Saint Léger du Ventoux			
Saint Pierre-de-Vassols	COVE	84330	ZAC
Saint-Trinit	CCVS	84120	ZIP
Sarrians	COVE	84260	ZAC
Sault	CCVS	84123	ZIP
Savoillan	CCVV	84125	ZIP
Suzette	COVE	84190	ZAC
Vacqueyras	COVE	84190	ZAC
Venasque	COVE	84210	ZAC
Villes-sur-Auzon	CCVS	84570	ZAC

a) Description du territoire du projet

Evaluation de la population concernée par le projet (nombre d'habitants)

99168

Nombre de

38

communes :

Taille de la CPTS :

☐ Taille 1 : moins de 40 000 habitants☒ Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants☐ Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants☐ Taille 4 : Plus de 175 000 habitants

Carte du territoire de la CPTS DU COMTAT VENAISIN

a) Problématiques de santé identifiées sur le territoire

Un territoire riche de 38 communes

Le territoire de la CPTS du Comtat Venaissin comporte 38 communes pour 99 124 habitants. Le portrait de territoire établi sur ces 38 communes met en évidence, au sein de caractéristiques partagées, des indicateurs globalement plus défavorables sur la zone de Carpentras qui compte des quartiers prioritaires. Les indices de fragilité économique concernent 36 des 38 communes couvertes par la CPTS. On y observe notamment un revenu médian par unité de consommation inférieur à la médiane régionale et un taux de chômage plus élevé que celui de la région.

1. Des indicateurs défavorables sur Carpentras

Une part élevée de personnes âgées dans certaines communes

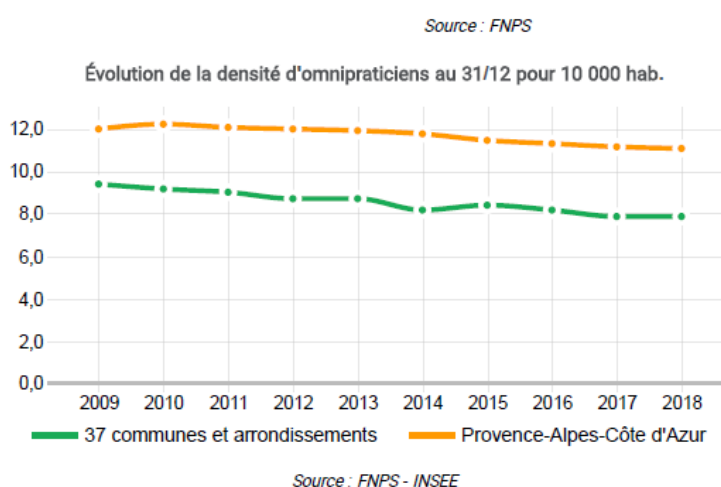
La population présente un indice de vieillissement supérieur à la région dans 15 des 38 communes. La part des personnes âgées de + de 75 ans vivant seules à domicile est supérieure à la moyenne régionale sur 17 des communes. 6,6% de la population a plus de 80 ans. Les professionnels de santé du territoire font état de la nécessité de travailler la prise en charge des patients âgés en risque de perte d'autonomie afin de favoriser le maintien à domicile. C'est sur cette thématique que sera construit le premier parcours de la CPTS, en lien avec les services hospitaliers afin de travailler une continuité de la prise en charge y compris en hospitalisation.

Des indicateurs de santé moins bons qu'au niveau de la région :

Dans ce territoire, on note un excès significatif de mortalité toutes causes (cancers, cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires, suicides...). Les principales ALD concernent les diabètes 1 et 2 (5 313 patients) avec notamment un indice comparatif de morbidité du diabète traité significativement plus défavorable qu'en PACA sur Carpentras. Ensuite viennent les cancers (4 108 patients) et les affections psychiatriques (2 608 patients). Les prescriptions de psychotropes sont majoritairement issues des médecins généralistes (81,5%). Si le secteur psychiatrique est représenté (pôle d'hospitalisation) il souffre d'un manque de praticiens.

Une démographie des médecins généralistes préoccupante :

La densité de professionnels de santé libéraux est inférieure à la densité régionale dans toutes les catégories de professionnels.



En ce qui concerne les médecins généralistes, non seulement leur densité (7,9) est inférieure à la densité régionale (11,1), mais la structure d'âge des omnipraticiens est aussi un facteur d'inquiétude : 57,7% ont plus de 55 ans, (59,2% au niveau de la région) dont 34,6% ont 60 ans ou plus et 10 ont plus de 65 ans. Les structures d'exercice coordonné sont peu nombreuses sur le territoire. 5 communes sont classées ZIP, 31 sont en ZAC. Les spécialistes sont également un facteur d'inquiétude en termes d'âge.

2. Des difficultés d'accès aux soins

11% de patients de 17 ans et + sur le territoire sont sans Médecin traitant soit 8 907 personnes. 905 sans Médecin Traitant sont en ALD, 983 sont en CSS. 746 patients de + de 70 ans sont sans Médecin traitant (données brutes Rezone). Les données issues de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie portent le nombre de patients prioritaires à 2 048. Il apparaît nécessaire d'apporter une attention particulière à ces catégories de patients afin de lutter contre les renoncements aux soins et permettre une meilleure prise en charge.

La problématique de l'accès aux soins sera travaillée notamment dans la mission socle 1 à travers l'accès au Médecin Traitant et les Soins Non Programmés.

Des actions de prévention présentes sur le territoire

De nombreuses actions de prévention existent sur le territoire de la CPTS (on en dénombre 55).

3. La CPTS les complètera avec des actions de prévention médicalisée

La population du territoire comporte 5 313 patients diabétiques, 536 patients en Hypertension Artérielle Sévère. Le dépistage de l'insuffisance rénale représente un enjeu dans ces populations. La CPTS souhaite développer une action de prévention sur ce thème, en collaboration avec l'ATIR.

L'ensemble des axes retenus pour les missions s'inscrivent dans la conclusion du diagnostic territorial qui souligne l'importance de développer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des populations précaires, des personnes âgées, des familles monoparentales.

La qualité des soins, du diagnostic à l'action

Si les indicateurs issus des bases de données de l'assurance maladie contiennent des indicateurs de qualité de soins courants, ils ne peuvent renseigner sur le bon déroulement de parcours spécifiques, qui nécessitent donc des investigations complémentaires.

La CPTS va mettre en place un patient traceur en oncologie dans le cadre de la mission pour le développement de la pertinence et la qualité des soins. Les réunions d'analyse qui seront réalisées dans le cadre de cette mission correspondent aux attendus des professionnels de terrain qui souhaitent pouvoir bénéficier de temps d'échange et d'amélioration des pratiques. Dans un second temps le patient traceur pourra être élargi à d'autres pathologies.

Une attractivité du territoire à renforcer :

Face aux constats sur la démographie des professionnels de santé, Il est important de pouvoir développer l'attractivité du territoire auprès des étudiants et jeunes professionnels afin de favoriser les installations.

b) Identification et analyse de l'offre existante du territoire qui sera en lien avec la CPTS et articulation avec la CPTS

1. Offre de Soins

Sur le territoire on dénombre :

- 75 Omnipraticiens dont 5 MEP et 2 en honoraires différents.
- 80 Médecins spécialistes
- 33 Pharmaciens
- 226 Infirmiers
- 118 Masseurs Kinésithérapeutes
- 29 Orthophonistes libéraux
- 13 Sages-femmes

La commune de Carpentras propose un centre hospitalier et des établissements privés :

- Une offre de soins en médecine, chirurgie et maternité
- Un accueil de médecine d'urgence et chirurgie
- Des soins de suite et de réadaptation non spécialisés,
- Une offre de prise en charge psychiatrique
- Des consultations addictologies via une Equipe de Liaison de Soins en Addictologie (ELSA) se tiennent au CH de Carpentras de même que des consultations externes en addictologie.

Le territoire comporte l'ATIR qui est un centre de dialyse et très prochainement ouverture d'un Pôle tête et cou (Atlas).

Également présents : SSR le Mylord, le SSR CMV (Centre du Mont Ventoux).

L'hôpital local de Sault est à la fois un SSR et un EHPAD.

Le Pôle des Aigues du Ventoux, rattaché au CHS Montfavet d'Avignon, propose une offre de soins psychiatriques adultes sur le territoire avec : une unité d'accueil urgences psychiatriques (UAUP), une unité d'accueil, 2 Hôpitaux de jour, 1 CATTP, 2 unités d'hospitalisation (41 lits) dont 1 est une unité fermée, 1 CMP (file active de 1 800 patients) ainsi qu' 1 CMPI (psychiatrie enfant).

Exercice Coordonné :

A Carpentras : 1 Maison de Santé Pluriprofessionnelle (labellisée ARS) et un centre de santé dentaire

A Beaume de Venise : 1 Maison de Santé Pluriprofessionnelle

A Bédoin, une Maison de Santé qui dépend de l'hôpital de Carpentras

A Mallemort du Comtat, une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (labellisée ARS)

Un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle à Mormoiron

Une ESP à Sault, validée ARS

Une offre d'hébergement social :

1 Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (36 places)

8 places Lits Halte Soins Santé

1 Maison Relais (22 places)

1 accueil de jour (450 usagers/an)

2 MECS (Maisons Enfants à Caractère Social) soit 107 places

Une prise en charge des personnes handicapées avec :

1 ESAT

1 Foyer Accueil Médicalisé

1 Foyer d'Hébergement

1 IME

1 Maison d'Accueil Spécialisée

1 SAMSAH

Structures Personnes âgées

11 EHPAD

2 Foyers 3^{ème} âge

2 résidences autonomie

2 Articulation avec les acteurs du territoire

La CPTS a déjà entamé des discussions avec l'hôpital de Carpentras ainsi que le SSR le Mylord (dont la CPTS intégrera prochainement le Conseil d'Administration). Ceci, afin de travailler sur des améliorations du lien CPTS-Etablissements (entrées et sorties d'hospitalisation, continuité des parcours de soins en ambulatoire). Ces structures seront impliquées dans les groupes de travail relatifs aux soins non programmés et au parcours gériatrique.

La CPTS a également rencontré l'équipe du CHS de Montfavet, Pôle Psychiatrie Aigues du Ventoux en mars 2020. L'objectif de la rencontre initiale était de dresser un état des lieux de l'offre de soins somatiques et psychiatriques du territoire. A travers les discussions est ressorti l'intérêt de travailler à une fluidification des échanges entre les pôles psychiatrie et les professionnels de santé mais également la nécessité d'aider les professionnels libéraux par des actions de formation ou de sensibilisation. La création du futur Conseil Local de Santé Mentale sur le Comtat Venaissin pourra permettre d'envisager des actions dans ce sens (contacts pris avec la CPTS).

Les EHPAD, rencontrés notamment pendant la gestion de la Crise COVID, manifestent un intérêt à l'adhésion à la CPTS, pour certains elle a été formalisée.

Les CPTS du Comtat Venaissin, du Grand Avignon et de Cavaillon ont déjà tissé des liens de coopération dans un but de mise en commun des réflexions sur les approches territoriales.

Plusieurs rencontres ont eu lieu avec la PTA (Ressources Santé 84) en inter-CPTS, avec la CPTS Grand Avignon. Elles ont débuté dans le cadre de la Crise COVID lorsque les partenaires du territoire réfléchissaient à une organisation.

Une réunion dédiée à la future articulation des CPTS et DAC s'est également tenue en juin 2020. Cette réunion a permis de montrer qu'il était nécessaire de définir en amont la notion de complexité pour en avoir une compréhension commune entre CPTS et DAC. Ceci afin que la future articulation entre les structures soit la plus adaptée possible, qu'il n'y ait pas de chevauchement de missions et que les réponses apportées soient en adéquation avec les besoins exprimés par le terrain. La CPTS fera partie du conseil d'administration du DAC de son territoire et participe à l'écriture de son projet territorial.

Des rencontres ont également lieu avec les acteurs du social et du médico-social comme les EDES. L'objectif est de permettre une meilleure fluidité dans les échanges et d'améliorer les prises en charge du volet social qui constitue parfois un frein dans l'accès aux soins pour la population.

c) Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués

A ce jour il n'existe pas de dossier médical partagé promu par l'Assurance Maladie, ni de e-prescription au sein de la CPTS pour l'instant.

Des protocoles de prises en charge communs pourront être élaborés à l'issue des synthèses réalisées dans la mission Qualité et Pertinence des Soins (mission Optionnelle 1). La mission prévention (mission socle 3) comportera un schéma d'orientation et de prise en charge qui sera diffusé à l'ensemble du territoire (site internet à l'usage des professionnels et des patients.) et constituera une première forme d'outil d'aide à la décision et à l'orientation à l'échelle du territoire.

La mission d'accès aux soins (mission socle 1), dans sa partie Soins Non Programmés, tout comme le Parcours Gériatrique (mission socle 2) comporteront la création et le déploiement d'outils de types fiches de liaison (ville-hôpital), support de centralisation d'informations.

Le système d'information commun s'envisagera via les futurs outils e-parcours.

II. ORGANISATION DE LA CPTS

a) Professionnels de santé membres de la CPTS

Profession	Nombre de professionnels ayant adhéré à la CPTS Juin 2021	Nombre de professionnels participant à la gouvernance 2020	Total participation par profession (diagnostics + cafés réflexions)	Nombre de professionnels ayant participé à l'élaboration du projet de santé
Médecins généralistes	20	2	45	19
Médecins spécialistes	14			18
Infirmiers	65	4	59	48
Pharmaciens	11	3	19	13
Masseurs-kinésithérapeutes	14	4	28	22
Biologistes	2			
Sages-femmes	2			
Orthophonistes	8	1	11	9
Orthoptistes	2			
Dentistes	1			
Pédicures-Podologues	0		3	3
Autres (précisez)	Psychologues : 2 Représentant des usagers : 1 Diététicien : 1 Structures : 5	1 diététicienne 1 représentante des usagers	Diététiciens : 2 Educatrice sportive : 1 EHPAD : 1 Psychologues : 5 Coordinatrice PSCOV Coordinatrice RESAD France ASSOS Chargée mission URPS Ligue contre le cancer : 9	Diététiciens : 2 Educatrice sportive : 1 EHPAD : 1 Psychologues : 5 Coordinatrice PSCOV Coordinatrice RESAD France ASSOS Chargée mission URPS Ligue contre le cancer : 5
TOTAUX	147	16	183*	146 **

* Dans ce nombre, un professionnel a pu participer à plusieurs rencontres

** File active

b) Description de l'organisation de la gouvernance du projet : bureau, conseil d'administration...

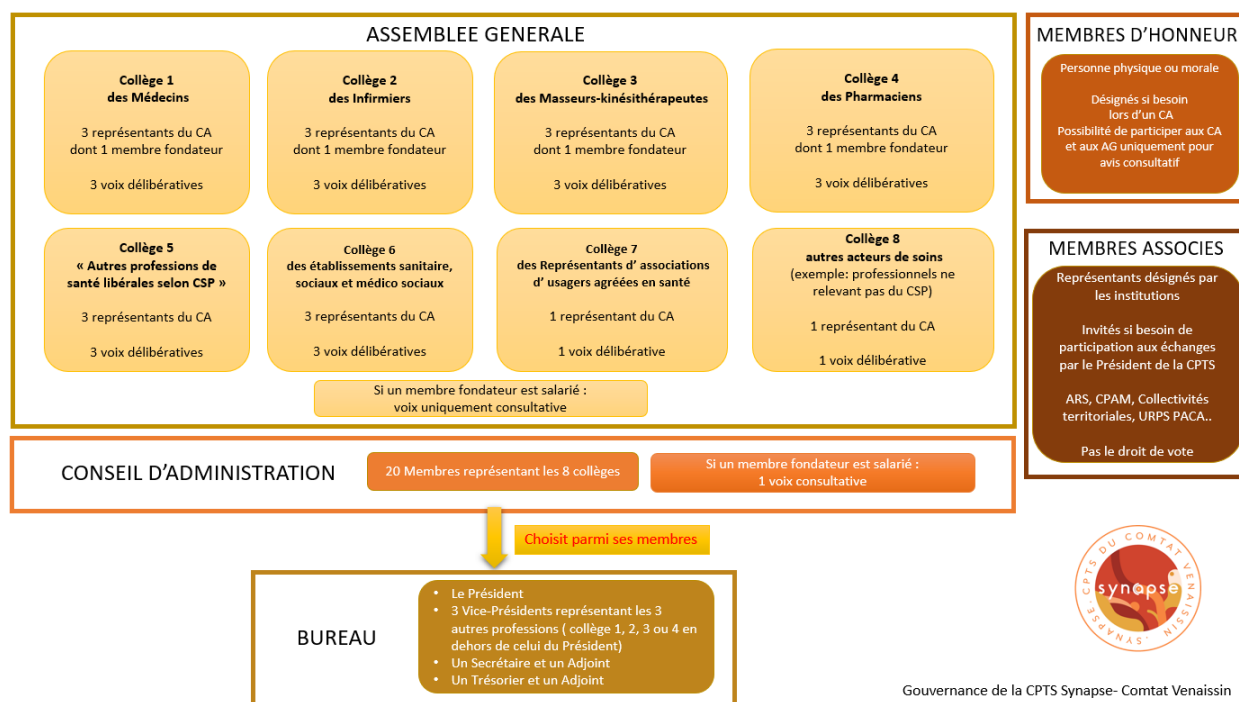
En 2019, les membres fondateurs du Comité de Pilotage (COFIL) ont créé une association Loi 1901 porteuse du COFIL. Cette structure était composée de médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, orthophoniste diététicienne, représentant des usagers. Elle a lancé la dynamique de construction de la CPTS notamment sa représentation sur le territoire, et le dialogue avec les institutions.

En avril 2020, le Conseil d'Administration de l'association du COFIL, composé à ce jour de 2 médecins, 3 Pharmaciens, 4 Infirmières, 4 Masseurs Kinésithérapeutes, 1 Orthophoniste, 1 Représentante des Usagers, 1 diététicienne, a élaboré avec un conseil juridique la nouvelle association Loi 1901, porteuse de la structure juridique définitive de la CPTS du Comtat Venaissin. Celle-ci a été validée par AGE du 28 avril 2020.

Afin de continuer la dynamique initiée, le bureau initial de l'association a été maintenu. Il comporte, depuis sa création, une équipe pluriprofessionnelle :

- Présidente : Caroline Fourcade, Pharmacien d'Officine
- Vice-Président : Jérémy Cloitre Chabert, Masseur Kinésithérapeute
- Secrétaire Général : Sébastien Adnot, Médecin Généraliste
- Trésorière : Laurence Azais, Infirmière Libérale
- Trésorière Adjointe : Pascale Paur, Orthophoniste

La gouvernance et les statuts de la CPTS du Comtat Venaissin adoptés en 2020 ont été construits dans une démarche d'inclusion et d'ouverture avec la création de plusieurs collèges au sein du Conseil d'Administration. Ceux-ci permettent une représentation des différents acteurs du territoire : professionnels de santé libéraux, établissement sanitaires, médico sociaux et sociaux, associations.



La CPTS a également souhaité inscrire ses valeurs dans deux documents : une charte d'engagement et une charte éthique.

c) Système d'information

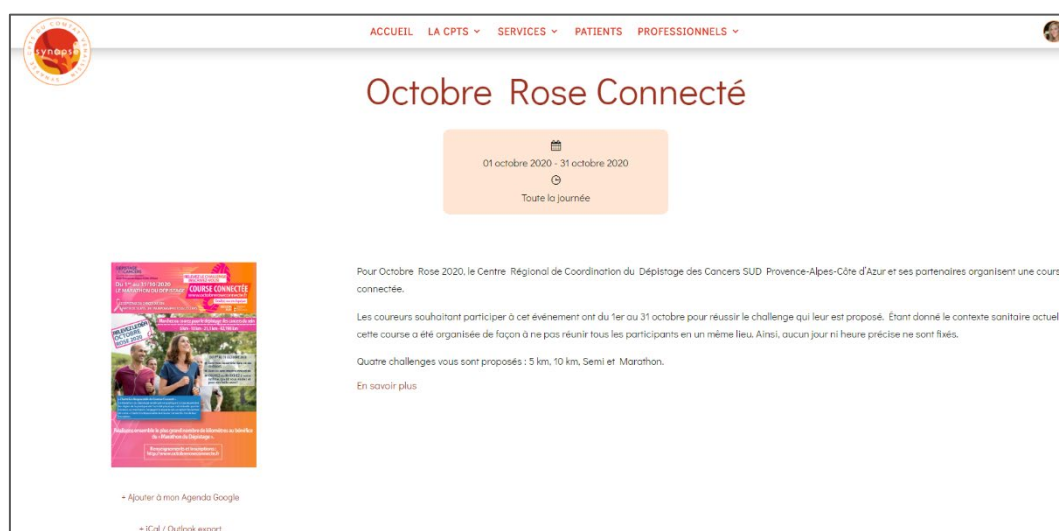
La CPTS utilise plusieurs moyens de communication. Ils sont fonction des objectifs à atteindre (relais d'informations, communication, mises en place d'actions), des cibles (grand public, professionnels, institutionnels) et de la rapidité de transmission nécessaire.

Pendant la crise COVID, la CPTS s'est appuyée sur le réseau WhatsApp, qui a été configuré par groupes (un groupe CPTS, des sous-groupes territoires, des sous-groupes professions). Cet outil a permis une instantanéité du passage de l'information et une rapidité de réponse. Il continue à être utilisé notamment pour les points rapides entre les membres de la CPTS.

A cela s'ajoutent des outils « grand public » ou « professionnels » comme les réseaux sociaux spécialisés avec une présence sur Facebook et LinkedIn pour relayer les actions de la CPTS, développer sa visibilité et susciter l'adhésion.



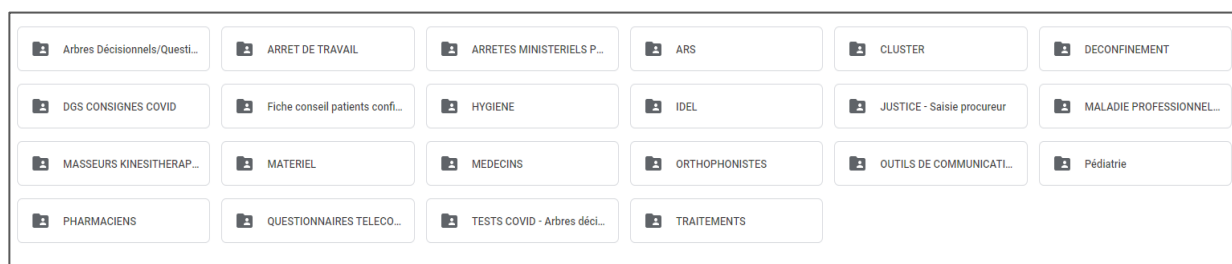
Exemples d'affiches relayées sur les réseaux sociaux



Exemple d'évènement relayé sur le site internet

Le mail est utilisé comme outil de transmission d'informations en relais via des newsletters à destination des professionnels du territoire. Ainsi pendant la crise COVID il a permis de retransmettre des informations issues des institutionnels. Ce média a cependant une limite, bon nombre de professionnels étant submergés de mails et ne les ouvrant pas systématiquement. Son utilisation a été adaptée en termes de fréquence et de contenu. A ce jour la CPTS dispose **d'une mailing liste de 476 professionnels**.

Afin d'aider les adhérents, un espace drive (Google Drive) a été créé, centralisant les recommandations par professions, les outils pour la gestion COVID, les supports de communication à destination du grand public.



Documents partagés sur le Drive

A l'issue des consultations menées avec le territoire, il a été identifié le besoin d'un outil permettant aux acteurs de bénéficier d'une information claire tant sur les actions de la CPTS que sur les actualités de chaque profession. De nombreux retours ont également été faits sur l'importance de disposer d'un annuaire des professionnels afin de mieux se connaître.

La CPTS a donc conçu un **site internet**, après élaboration d'un cahier des charges, écrit en interprofessionnalité.

Les fonctions principales du site sont :

- Inscriptions et gestion des adhésions
- Annuaire des professionnels avec géolocalisation : coordonnées, horaires d'ouverture, domicile/cabinet
- Accès adhérents professionnels à des ressources documentaires
- Accès aux informations du territoire pour les patients les professionnels
- Newsletter
- Agendas des évènements du territoire
- Articles
- Emplois

Il s'agit d'un site vitrine, qui n'a aucunement vocation d'échanges de données médicales. Il est également un moyen de relayer les campagnes d'informations, de prévention auprès du grand public.

www.cpts-synapse.fr



Page d'accueil du site internet

Le projet de santé de la CPTS nécessitera des outils de partage de données et les fonctionnalités notamment dans les missions des socles 1 et 2. En attendant l'arrivée des outils e-parcours, la CPTS étudie des possibilités d'outils tiers afin de commencer son travail de coordination.

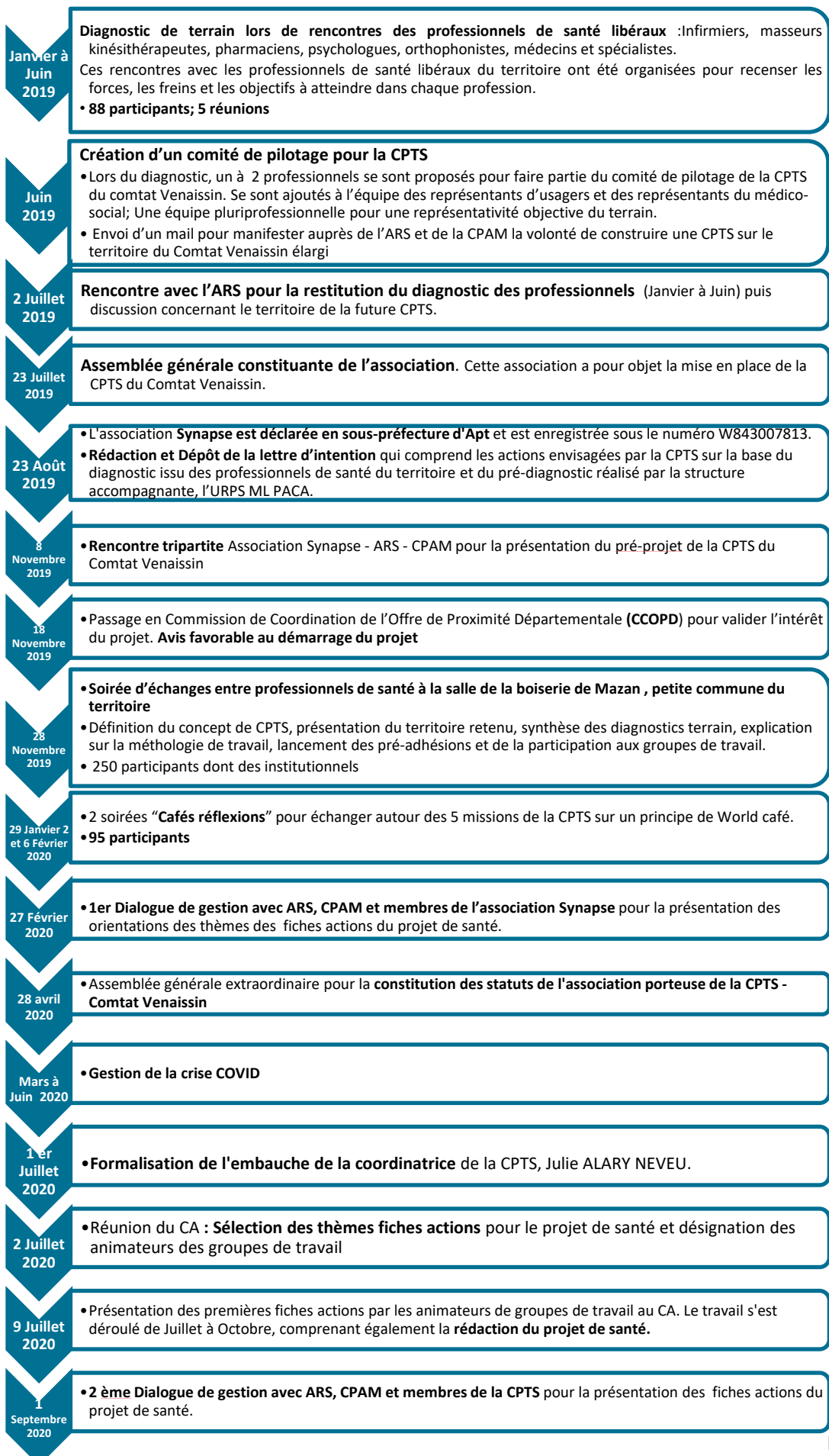
Ces outils seront choisis sur la base des attentes exprimées par les professionnels de terrain et des besoins identifiés pour la bonne mise en œuvre des fiches actions.

d) Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS

La CPTS du Comtat Venaissin a construit son projet sur une idée forte : **travailler AVEC le collectif et le terrain, sur la base de l'intelligence collective.**

Le **participatif, le collaboratif, l'inclusif sont l'ADN de la CPTS**. Ils transparaissent à travers ses méthodes d'animation (exemple les cafés réflexion), ses outils de communication (visio conférences avec les territoires afin de maintenir un lien), son identité visuelle (y compris les couleurs retenues pour son logo, l'ergonomie de son site internet, ses mini campagnes « capsule »), ses lieux de rencontre (choix d'une salle comme la Boiserie, utilisation d'espaces de co working pour les cafés réflexion), son utilisation d'outils numériques pour ses diagnostics terrains (Klaxoon®).

Pendant la crise COVID, la CPTS a déployé de nombreuses actions en lien avec les professionnels du territoire, créant ainsi une dynamique et permettant de rendre plus concret le concept de CPTS (cf. dossier COVID). Elle a organisé des rencontres en visio avec les professionnels en retenant une approche par secteur afin d'être au plus près des besoins du terrain. Ce travail de mobilisation et pédagogie auprès du terrain se poursuit à l'heure actuelle.



e) Liste des services / établissements partenaires de la CPTS

Service / Etablissement	Nom du représentant	Localisation	Partenariat formalisé (oui/non)	Participation à la gouvernance (oui/non)
France Assos	M. Tchiboudjian	Vaucluse	Oui, fondateur	Oui
SSR Le Mylord	Mme Bertin	Carpentras	Oui, adhérent	Oui
CH Carpentras	M. De Haro	Carpentras	Oui, adhérent	Oui
Clinique Synergia	M. Sorne	Carpentras	Non	Non
CHS Montfavet	M. Staempler	Carpentras	Non	Non
EHPAD Mazan	Mme Dumont	Mazan	Oui, adhérent	Oui
EHPAD Bedarrides	Mme Godet	Bedarrides	Oui, adhérent	Oui
EHPAD Malaucène			Oui, adhérent	Oui
ATIR	Dr Taddei Mr De Naurois	Carpentras	Non	Non
Conseil Départemental de Vaucluse	Mme Marboeuf	Vaucluse	Non	Non
Les communautés de communes			Non	Non
ASV	Mme Petricencko		Non	Non
PTA Vaucluse	Mme Coulon	Vaucluse	Non	Impossible
URPS ML PACA	Dr Saccomano	Marseille	Oui	Non

Certains partenariats ne sont pas encore formalisés à ce jour, mais une articulation existe avec les acteurs exemple CHS de Montfavet voir page 9 du projet de santé et certains sont impliqués dans les groupes de travail et dans la construction des fiches actions (ATIR fiche action prévention)

III. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS

a) Missions de la CPTS

Missions	Description synthétique des objectifs attendus à court et moyen terme (Préciser à chaque fois les objectifs en faveur des patients, et s'il y a un type de patient ciblé/prioritaire, et les objectifs pour les acteurs impliqués)
MISSIONS SOCLES (OBLIGATOIRES) – si ces missions ne sont pas remplies, le projet ne pourra pas être reconnu comme CPTS et ne pourra pas être financé au titre de l'ACI	
Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès au médecin traitant	Objectif : faciliter l'accès à un médecin traitant avec réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, âgés de plus de 75 ans, ou en C2S (patientèle cible) ;
Améliorer l'accès aux soins : améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	Objectif : Formalisation d'une procédure organisationnelle territoriale de prise en charge des patients en situation de non urgence vitale le jour même ou dans les 24H. Une attention particulière sera portée à la patientèle cible : patients en ALD, âgés de plus de 75 ans, ou en C2S. Pour les patients : avoir une visibilité de l'offre de Soins Non Programmés et bénéficier d'une prise en charge Pour les professionnels : éviter les surcharges de demandes de Soins Non Programmés (la petite disponibilité de chacun fait la grande disponibilité de tous) et diminuer le recours non justifié aux urgences hospitalières
Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	Parcours de la Personne âgée à risque de perte d'autonomie à domicile Objectif : développer une approche pluriprofessionnelle dans la prise en charge. Les parcours seront développés dans un premier temps sur une patientèle âgée de plus de 85 ans. Pour les patients : bénéficier d'une coordination pluriprofessionnelle dans la prise en charge et d'une continuité de suivi y compris en cas d'hospitalisation. Objectif : maintien à domicile Pour les professionnels : travailler en approche pluriprofessionnelle concertée et éviter les situations de rupture ainsi que l'isolement dans sa pratique professionnelle. Ce premier parcours pourra être suivi d'autres parcours dans les années

	à venir. Il constitue une première étape dans la formalisation d'une coopération pluriprofessionnelle libérale à l'échelle d'un territoire.
Développer la qualité et la pertinence des soins	Patients traceurs en ambulatoire Objectif : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'organisation des parcours patients et les interfaces professionnelles par l'intégration de patients traceurs. Dans un premier temps la CPTS travaillera sur le patient traceur en oncologie qui correspond à une des ALD principales du territoire. D'autres pathologies pourront être développées par la suite: diabète et santé mentale. Objectif pour les patients : participer à l'amélioration des pratiques, apporter leur retour d'expérience. Objectif pour les professionnels : bénéficier d'analyses de pratiques, améliorer le travail en équipe, dépister les points de fragilité des parcours en ville, développer une meilleure coopération pluriprofessionnelle ce qui correspond à un besoin exprimé lors des diagnostics terrain.
Développer des actions territoriales de prévention	Prévention et diagnostic précoce de l'insuffisance rénale Objectif : Dépister la maladie chronique précocement et ralentir la progression de l'insuffisance rénale. Pour les patients : bénéficier d'un repérage et d'une orientation le plus rapidement possible Pour les professionnels : bénéficier d'un schéma organisationnel permettant d'harmoniser les pratiques sur le territoire et faciliter les prises en charge Par ailleurs, la CPTS sera relai des campagnes de prévention nationales : dépistage cancers, vaccinations, soit à travers ses supports de communication soit par l'organisation d'événements ou de facilitation organisationnelle.
MISSIONS COMPLEMENTAIRES ET OPTIONNELLES	
Formation pluriprofessionnelle	Objectif : Harmoniser les pratiques interprofessionnelles des acteurs du territoire autour de la prise en charge des patients afin de les rendre plus efficaces. Pour les professionnels : Créer du lien entre les acteurs du territoire Favoriser l'interconnaissance du champ de compétences des différentes professions Lister les écueils des prises en charge patients autour de thématiques pour "dessiner" de futurs parcours

Accompagner les professionnels de santé sur le territoire	Favoriser l'épanouissement des professionnels de santé dans leur exercice afin d'optimiser la prise en charge des patients <u>Objectif pour les professionnels :</u> permettre de développer l'installation de futurs professionnels, prévenir les risques psycho sociaux, aider au développement de l'exercice coordonné
Autres (précisez)	Mission crise sanitaire : Mise en place d'une organisation territoriale destinée à faire face à une crise sanitaire sur le territoire de la CPTS, aux côtés des autres acteurs sanitaires (virus, agent pathogène, bactérie, intempéries, accidents industriels) A travers le retour d'expérience lié au COVID, la CPTS a développé une feuille de route reprenant les actions nécessaires, les organisations requises, les étapes à suivre lors de la gestion d'une crise.

Le détail des fiches actions est à la fin du projet de santé (page 21)

b) Actions de télémédecine envisagées dans le projet.

Consciente que la télémédecine et le télé-soins représentent des enjeux majeurs pour l'offre de soins du territoire, notamment pour les zones très éloignées des centres hospitaliers ou de l'accès au premier ou second recours, la CPTS souhaite mettre en place des actions dans ce domaine.

A titre d'exemple, pendant la crise COVID, elle a réalisé un sondage auprès de l'ensemble des MG afin de quantifier la couverture en téléconsultation existante et évaluer les besoins.

Des solutions de téléexpertises (dermatologie et cardiologie) ont déjà été identifiées, elles sont susceptibles d'être déployées sur le territoire afin de renforcer l'offre de soins dans ces spécialités. D'autres solutions seront étudiées, notamment pour faciliter les accès aux soins dans les zones éloignées.

c) Acteurs impliqués dans le projet de santé

Les actions développées nécessitent une adhésion des professionnels, c'est en ce sens qu'a été construit le projet et son calendrier de déploiement.

Dans la continuité de sa méthodologie, la CPTS va s'appuyer sur la consultation et l'implication des professionnels de terrain. En fonction des missions (voir fiches annexes), des groupes de travail seront constitués, sur la base d'une pluriprofessionnalité.

Par ailleurs, les mesures sanitaires conduisent à faire preuve de créativité, tant sur l'animation et gestion de groupes, que sur la recherche de nouveaux adhérents. Des réflexions sont menées sur l'utilisation de cafés réflexion en ligne, autour de thématiques variées en lien avec les besoins déjà exprimés par les professionnels.

IV. FICHES ACTIONS

Fiche Action 1 : Accès au Médecin traitant

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 1 (socle) en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins Accès au Médecin Traitant
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	Indice de vieillissement de la population important > à la région sur 15 des 37 communes du territoire CPTS Présence de QPV avec des indices de précarité (taux de pauvreté allant jusqu'à 76%) Mortalité toutes causes > à la région Traitements psychotropes majoritairement prescrits par MG par manque de psychiatres Densité de MG (7,9) inférieure à la densité régionale (11,1). Démographie médicale inquiétante : 26 des 77 MG ont + de 60 ans (dont 10 ont plus de 65 ans). Selon Rezone CPTS : 11% de patients de 17 ans et + sur le territoire sont sans Médecin traitant soit 8 907 personnes. 905 sans Médecin Traitant sont en ALD, 983 sont en CSS. 746 patients de + de 70 ans sont sans Médecin traitant. Soit 2 634 personnes en cibles prioritaires (<i>avec des doublons, Rezone étant en bétadonnées, chiffres à affiner</i>) Selon les données issues des tableaux du service statistique de l'Assurance Maladie fournis par Mr Létocart portant sur une patientèle de 75 ans et + avec et sans ALD, des CSS, et des patients en ALD : 967 personnes (doublons enlevés). <i>Ces chiffres (janvier 2020) n'incluent pas les données RSI.</i> Au 31/08/2020, Selon les données issues des tableaux du service statistique de l'Assurance Maladie fournis par Mr Létocart portant sur une patientèle de 75 ans et + avec et sans ALD, des CSS, et des patients en ALD. Ces chiffres incluent le RSI. 2 048 personnes (cibles prioritaires) 654 patients ALD sans MT (hors PA et hors dialysés) + 4 dialysés sans MT

	+ 247 PA de 75 ans sans MT avec ALD + 193 PA de 75 ans sans MT sans ALD + 950 CSS
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général : Faciliter l'accès à un médecin traitant Objectifs spécifiques : Réduire le nombre des patients cibles prioritaires sans MT Eviter les renoncements aux soins
Public bénéficiaire	Population du territoire de la CPTS avec approche en priorité pour les patients en ALD, les patients de plus de 75 ans et ceux identifiés en situation de précarité (C2S)
Actions envisagées	- Recenser avec l'Assurance Maladie le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS - Définir des priorités dans les accès nécessaires - Recenser le nombre de médecins susceptibles de prendre en charge ces nouveaux patients - Démarcher les médecins susceptibles de prendre en charge ces nouveaux patients - Impliquer les autres professionnels de santé dans le repérage de la population cible - Proposer un outil permettant l'orientation des patients par Assurance Maladie, prescripteur (CCAS, EDES, PTA autres professionnels de santé etc) vers la CPTS
Moyens nécessaires (outils)	- Utilisation des tableaux du service statistiques de l'Assurance Maladie et utilisation de méthodologie d'analyse des patients (dont cibles prioritaires) - Groupe de travail pour définir les modalités de recensement des MG disponibles, les outils nécessaires pour l'orientation des patients vers ces MG - Interface psychiatrie médecine de ville sur thématique accès au Médecin Traitant (Groupe travail avec Pôle Psy Aygues Ventoux) - Interface avec le médico-social - Interface Pfidass CPAM
Acteurs impliqués et Partenaires	MG / Pharmaciens / Infirmiers Libéraux / Assurance

	Maladie / Service Pfidass Assurance maladie / AS des CH et des CCAS ou EDES, Tous les professionnels de santé
Coordonnateur de l'action	Dr Sébastien Adnot avec la coordinatrice de la CPTS
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Dans les six mois suivant la signature du contrat tripartite

Fiche Action 2 : Demandes de soins non programmés

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 1 (socle) Prise en charge des soins non programmés en ville
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	CPTS Taille 3, 99124 habitants. Selon Rezone: passage aux urgences non suivis d'une hospitalisation: 23.3% (vs 25% pour le département) soit 18 761 patients par an admissions directes en médecine 45.2% soit 1 994 patients par an (vs 42.7% pour le département) Constat aux urgences de Carpentras: 10 patients/jr avec un médecin traitant désigné mais qui n'ont pas réussi à le joindre et 10 à 15 patients par jour sans MT qui se présentent aux urgences (données issues du service des urgences du CH de Carpentras) Densité de MG (7,9) inférieure à la densité régionale (11.1). 1 seul CH pour le territoire Certaines parties du territoire sont à + de 30 minutes des services hospitaliers Les professionnels du territoire expriment une surcharge d'appels téléphoniques pour les SNP. Les SNP du samedi matin sont potentiellement prises en charge par la MMG du Comtat Venaissin qui est ouverte de 8H à 12H.
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général: Formalisation d'une procédure organisationnelle territoriale de PEC des patients en situation de non urgence vitale le jour même ou dans les 24H Objectifs spécifiques : Orienter au mieux (délai et distance) les patients en demande de Soins Non Programmés sur le territoire de la CPTS
Public bénéficiaire	Population de la CPTS , avec en priorité la population "cible" s'adressant aux urgences, par impossibilité de consulter un Médecin de ville.
Actions envisagées	● Recenser la demande et l'offre en SNP: ✓ Combien de demandes par jour ? ✓ Combien de disponibilités sur le territoire ? ● Mettre en lien entre l'offre et la demande

	2 Circonstances distinctes de la demande SNP : Ville/Ville et Ville/Hôpital • Identifier les PS et les mobiliser sur les disponibilités individuelles pour les SNP, sensibiliser les autres PS • Budgétiser et déployer l'outil numérique (volet supplémentaire traitement et orientation des demandes de soins non programmés) • Initier la création d'une interface Ville/hôpital Mise en place d'une interface Hôpital/(somatique et Psychiatrique CPTS pour les SNP • Création d'une fiche de liaison ville/hôpital • Promouvoir les dispositifs existants (par ex: la permanence respiratoire ARBAM) • Établir une articulation avec le centre 15
Moyens nécessaires (outils)	Moyens logistiques : • Communication à l'ensemble des professionnels de santé du territoire • Agendas partagés des disponibilités • Mise en place d'un outil de traitement et d'orientation des SNP Outils (enveloppe financement spécifique) • ARBAM pour les permanences Kiné, • Fiche de liaison ville/hôpital Moyens humains : • un référent SNP de la CPTS • un temps partiel de personnel administratif dédié • interface ville hôpital (comité)
Acteurs impliqués et Partenaires	Médecins, Masseurs- kinésithérapeutes, Infirmiers, Pharmaciens, Orthophonistes, Chirurgiens-dentistes Centre hospitalier de Carpentras, service des urgences, centre 15
Coordonnateur de l'action	Coordinatrice de la CPTS Julie Alary Sébastien Adnot, Caroline Fourcade, Stéphanie Palayer, Sandrine Hyzard
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Novembre 2020 : Signature ACI envisagée Avril 2021 : Démarrage de l'action envisagé Octobre 2021 : Déploiement de l'action avant Pendant l'année : Réunions intermédiaires avec l'Assurance Maladie

Fiche Action 3 : Parcours gériatrique

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 2 (socle) Parcours de la personne âgée à risque de perte d'autonomie à domicile
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	Le diagnostic territorial mentionne des indices de vieillissement supérieurs à la moyenne régionale (jusqu'à 313,6) pour 15 des 37 communes composant le territoire, dont certaines sont en milieu rural, très isolées. La part des personnes âgées de + de 75 ans vivant à domicile est supérieure à la moyenne régionale pour 17 des 37 communes du territoire. Selon Rezone CPTS : • 6,6% de la population (soit 6 542 personnes) a plus de 80 ans. • 15,5% (soit 15 364 personnes) a entre 65 et 79 ans. • Les + de 70 ans représentent 16 806 personnes consommandes de soins. 746 personnes (5,4%) de 70 ans est + n'ont pas de médecin traitant. • 14,1% de la population consommante de 65 ans et plus (soit 3214 personnes) ont eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année • 5,7% des patients de plus de 75 ans (soit 270 patients) hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ont eu au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes, remboursés à une date identique de prescription. Selon la COVE : • Les nouveaux arrivants notamment sur Carpentras sont des personnes de plus de 60 ans, sans enfants, ce qui va majorer la part de la population âgée dans les années à venir (rapport Cove) => Projections démographiques : 1/3 de la population de la COVE aura plus de 60 ans en 2030. • A ce jour 2 personnes âgées sur 3 ayant entre 90 et 95 ans vivent à domicile

	● Selon les données issues du service statistique de l'Assurance Maladie : Nombre de patients âgés de + de 75 ans (sans limite d'âge) sur le territoire : 6 711 personnes dont sans MT: 440 personnes dont 247 en ALD (1, 2 ou 3 ALD, pas de détail donné) et 193 sans ALD Tableaux complémentaires: Nombre de patients en ALD âgés de 75 ans à 80 ans (non inclus) : 1 557 ○ Dont sans MT avec 1 ALD : 93 ○ Dont sans MT avec 2 ALD : 5 ○ Dont sans MT avec 3 ALD : 0 Nombre de patients en ALD âgés de 80 à 85 ans (non inclus) : 1 248 ○ Dont sans MT avec 1 ALD : 74 ○ Dont sans MT avec 2 ALD : 4 ○ Dont sans MT avec 3 ALD : 0 Nombre de patients en ALD âgés de plus de 85 ans : 1 468 ○ Dont sans MT avec 1 ALD: 87 ○ Dont sans MT avec 2 ALD : 8 ○ Dont sans MT avec 3 ALD : 0 Ces chiffres incluent également les patients qui sont en EHPAD ou autres structures d'hébergement comme Foyer d' Accueil Médicalisé ou Maison Accueil Spécialisée. Ces patients ne seront pas concernés par le parcours qui concerne uniquement les patients à domicile.
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général: Encourager la coordination interprofessionnelle autour du patient âgé de + de 85 années, présentant au moins une ALD, en risque de perte d'autonomie pour favoriser le maintien à domicile en incitant les professionnels de santé à l'exercice coordonné. Objectifs spécifiques : ● Réduire le nombre d'hospitalisations via les urgences

	• Permettre aux professionnels de santé de détecter et de justifier les alertes de iatrogénie, risque de chute, etc... • Eviter la redondance d'actes issue d'un manque de communication entre les différents acteurs • Permettre au patient de toujours disposer de l'ensemble de l'ensemble de son dossier médical à son domicile (ex ses bilans) • Mettre en place une culture de communication entre la ville et l'hôpital pour les entrées et les sorties d'hospitalisation
Public bénéficiaire	Patients âgés de plus de 85 ans présentant au moins une ALD vivant hors institutions.
Actions envisagées	• Réaliser un état des lieux des projets existants ou en cours sur les parcours gériatriques et travailler leur articulation avec celui de la CPTS. • Identifier les patients qui seront bénéficiaires du parcours • Identifier les professionnels de santé volontaires pour la distribution des dossiers • Réfléchir à une traçabilité des dossiers (numéro, outils ..) • Création d'un outil commun sous forme de dossier de soin/fiche de liaison le plus pertinent et efficace pour les libéraux et l'hôpital rassemblant, entre autres, tous les bilans des différents intervenants. Le support sera évolutif dans le temps selon les possibilités techniques. • Centraliser les bilans et suivis des différents intervenants autour du patient sur un seul support (analogique ou numérique) avec BSI, BDK, BPM, Bilan ortho, synthèse MG, etc... Cet outil comprendra des flags (signaux d'alertes, type drapeaux), qui permettront de déclencher une évaluation gériatrique en collaboration avec les gériatres du territoire • Informer et former les différents intervenants (y compris les structures sanitaires) à l'usage de cet outil commun. • Déployer l'outil sur le territoire de la CPTS • Structurer la mise en place d'une démarche qualité

Moyens nécessaires (outils)	• Trouver des référents pour la supervision, la tenue, la diffusion de l'outil commun. • Groupes de travail ville/hôpital : développer une culture commune et formation à l'utilisation de cet outil
Acteurs impliqués et Partenaires	• Les médecins traitants, les infirmières, les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, aides-soignantes et podologues • Le service de gériatrie de l'hôpital de Carpentras pour les bilans à orientation cognitive et SSR pour les bilans à orientation rééducative. • CCAS pour les démarches de droits sociaux • Caisses de retraites pour les aménagements des domiciles • PTA pour les situations complexes si besoin
Coordonnateur de l'action	Membre de la CPTS qui coordonne l'action. Il est le référent et s'assure de la mise en œuvre de l'action et de son suivi. Il assure le lien avec les instances de gouvernance et la coordination générale de la CPTS.
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Novembre 2020 : Signature contrat ACI Novembre 2020 à Juin 2021 : Création du dossier commun et interface avec la ville Juin 2021 à Novembre 2021 : Formation des professionnels (Ville/hôpital) sur l'utilisation de l'outil commun Novembre 2021 : Début de la mise en place de l'outil commun

Fiche Action 4 – Parcours du patient atteint d'un cancer

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 2 Parcours d'un patient atteint d'un cancer
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• Diagnostic Rezone 28.07.2020 TOP 3 des ALD sur le territoire du comtat 1/ Diabète 1 et 2 : 5.3% soit 5 313 patients 2/ Cancers : 4,1 % soit 4108 patients 3/ Affections psychiatriques 2,6% soit 2608 patients • Diagnostic profession/professions 1^{er} semestre 2019 Réalisé par Synapse. => propositions des professionnels de santé du territoire pour améliorer les pratiques professionnelles : <u>Infirmier :</u> • Travailler de façon pluridisciplinaire et en réseau pour une meilleure coordination <u>Masseurs kinésithérapeutes :</u> • Des réunions trimestrielles d'échanges, forums de discussions, travail en équipe ou groupe, qui permettraient • de se rencontrer, dialoguer et aboutir à une meilleure communication interprofessionnelle, • une gestion du temps améliorée (des horaires plus convenables) • et donc un épanouissement dans son travail, avec des soins de qualité (et donc une plus grande satisfaction des patients). <u>Pharmaciens :</u> • des réunions d'échanges pourraient être envisagées afin d'aboutir à une meilleure coordination dans la profession ainsi qu'avec les autres professionnels de santé <u>Médecins et spécialistes :</u> • Une meilleure communication avec un travail en équipe
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'organisation des parcours patients et les interfaces professionnelles par

	l'intégration d'un patient traceur. Objectifs spécifiques : • Développer, améliorer, le travail en équipe pluriprofessionnelle autour de la prise en charge d'un patient • Permettre une meilleure connaissance des rôles de chacun
Public bénéficiaire	1 pathologie retenue : Les patients atteints de cancers • L'entourage de ces patients (aidants, famille) • Les professionnels du sanitaire, du médicosocial et du social impliqués dans le parcours de ces patients • Les associations d'usagers
Actions envisagées	Pour chaque parcours patient : 1/ Collecter les problématiques parcours identifiées par les professionnels de santé du territoire. 4 patients traceurs seront sélectionnés. 2/ Analyser et sélectionner les problématiques qui seront travaillées parmi celles collectées. 3/ Choisir les patients (représentativité du territoire : Urbain/Rural) 4/ Appliquer le guide méthodologique HAS du patient traceur 4-1/ Mobiliser les professionnels autour d'une problématique « parcours » 4-2/ Choisir le patient et les référentiels pour l'analyse du parcours 4-3/ Reconstituer le parcours et préparer la réunion avec les professionnels impliqués dans le parcours 4-4/ S'entretenir individuellement avec le patient 4-5/ Réunir les professionnels participant à la prise en charge du patient pour l'analyse du parcours 4-6/ Identifier les améliorations nécessaires et proposer des actions correctives (parcours, protocoles, outils)
Moyens nécessaires (outils)	Création des groupes de travail Utilisation de la visioconférence pour travailler avec les professionnels de santé des différents territoires de la CPTS Documents de l'HAS : PATIENT TRACEUR 1/ Fiche synthétique d'analyse du parcours du patient

	2/Document d'information à remettre au patient/proche 3/ Guide d'entretien patient/proche 4/ Conduite de la réunion entre professionnels avec exemple de guide d'entretien
Acteurs impliqués et Partenaires	• Tous les professionnels du sanitaires, médico-sociaux et sociaux de santé et patients traceurs • Associations de patients
Coordonnateur de l'action	Un professionnel de santé de « référence » du patient faisant parti du parcours du patient. Un membre du groupe du travail de la CPTS. <u>Chargé(e) de projet</u> Compétences recherchées pour mener cette fiche action : • Capacité d'analyse et de synthèse • Rigueur et méthode de travail • Maitrise des outils d'analyses statistiques • Animation de réunion ; • Bonnes aptitudes rédactionnelles • Compétences en Analyses de la Pratique
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Novembre 2020 : Signature contrat ACI Novembre 2020 à Juin 2021 : Communication de cette action auprès des professionnels de santé. Définir les critères de sélection du patient traceur. Recenser et sélectionner les patients traceurs. Juin 2020 Septembre 2021 : Recherche d'un (e) chargé(e) de mission et programmation des entretiens individuels et collectifs Septembre 2021 : Mise en place des entretiens individuels et collectifs. Septembre 2022 Synthèse et conclusions

Fiche Action 5 – Prévention de l'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est en constante augmentation, en raison du vieillissement de la population et de la recrudescence des maladies chroniques notamment diabète de type 2 et HTA essentielle. Ces pathologies sont très souvent responsables d'altérations de la fonction rénale.

Cette fiche action a pour objectif de faciliter le dépistage systématique de la maladie rénale chronique (MRC) chez les patients à risques, de permettre un diagnostic et une prise en charge précoces

Mission socle	Mission 3 (socle) La prévention de l'insuffisance rénale et de son diagnostic précoce.
Diagnostic territorial	Diagnostic précoce de l'insuffisance rénale réalisé de façon insuffisante Selon les données (2019) issues du service statistique de l'Assurance Maladie: Dialysés sur le territoire de la CPTS : 51 personnes dont 4 sans MT (chiffres 2019) Le dépistage de l'insuffisance rénale chez les diabétiques n'est que de 35,7% et de 18,93% chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle. Le nombre d'insuffisants rénaux augmente de 5 % /an Population à risques du territoire (données rezone cpts) : -diabétiques de type 1 et 2 : 5313 patients - Hypertension Artérielle sévère: 536 patients (ALD)
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général : Dépister la maladie rénale chronique quel que soit le stade évolutif, précocement chez le patient ayant une HTA essentielle et/ou un diabète pour ralentir la progression de l'Insuffisance Rénale Chronique et proposer la meilleure prise en charge. Objectifs spécifiques :

	Obtenir un avis spécialiste dès le stade 3B (DFG < 44) Si progression rapide Lutte contre la iatrogénie par le pharmacien qui aura connaissance du DFG.
Public bénéficiaire	• Patient atteint d'HTA et/ou de diabète • Professionnels de santé du territoire (MG, médecins spécialistes, IDEL, pharmaciens, biologistes, radiologues) et plus généralement tous les professionnels de santé du territoire
Actions envisagées	• Sensibiliser tous les professionnels de santé à l'insuffisance de la prévention de la maladie rénale chronique sur le territoire et à l'intérêt de son diagnostic précoce • Informer l'ensemble des professionnels de santé de la mise en place de cette action de prévention. • Elaborer un arbre décisionnel précisant les modalités de dépistage et de prise en charge Médecins généralistes : • Promouvoir le dépistage précoce et régulier de la maladie rénale chronique par la prescription d'analyses biologiques une fois par an • Mener une réflexion avec les médecins généralistes et les éditeurs de logiciel métier sur la possibilité d'automatiser la mention de la dernière date de réalisation du dépistage biologique avec la valeur du DFG en complément des mentions obligatoires (âge ou date de naissance, sexe, poids, surface corporelle) sur leurs prescriptions, afin de favoriser le diagnostic précoce Autres professionnels : IDE, pharmaciens, biologistes • Promouvoir la nécessité de s'assurer de la réalisation du dépistage annuel

	Patients : • Sensibiliser à l'importance d'un dépistage précoce pour les personnes à risque (Hypertendus, Diabétiques) et en partenariat avec les associations de patients • Faciliter la réalisation effective du dosage de la créatininémie en permettant à un professionnel de santé autre que le médecin prescripteur (IDEL, pharmaciens, biologistes), grâce à un protocole élaboré par la CPTS, de rajouter un examen biologique (créatininémie et calcul de la DFG) sur la prescription initiale (Via éventuellement un Article 51)
Moyens nécessaires (outils)	• Elaboration, par la CPTS et les néphrologues du territoire, d'un arbre décisionnel de dépistage précoce de l'IRC tenant compte des recommandations de la HAS • Présentation de l'arbre décisionnel lors de soirées de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de santé • Organisation d'informations dans les territoires (visio), si nécessaire • Mise à disposition en ligne des outils créés (site CPTS) • Désignation de référents pour la promotion et le déploiement sur le territoire pour suivi de l'action • Elaboration de didacticiels et formation / aux logiciels métiers • Création de supports de communication à destination des patients (affiches) et mise à disposition aux professionnels • Présentation des actions et supports déployés aux associations d'utilisateurs concernées, pour relai patients => outils disponibles sur le site de la CPTS • DMP pour les résultats et la traçabilité des dates d'examen • Groupes d'échanges de pratiques sur l'action mise en place, retour d'expériences. (forum ? questionnaire ?)
Acteurs impliqués et Partenaires	• Médecins généralistes • Médecins cardiologues et endocrinologues • IDEL

	• Pharmaciens • Néphrologues • Biologistes • Radiologues • Associations de patients L'ensemble des professionnels de santé de la CPTS qui pourront avoir un rôle d'orientation vers le protocole.
Coordonnateur de l'action	Trois référents : Valérie Lapierre (IDEL), Stéphanie Satger (pharmacien), Sébastien Adnot (Médecin Généraliste) en complément de la coordinatrice de la CPTS
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Novembre 2020 : Signature contrat ACI Novembre 2020 à Avril 2021 : Sensibilisation des professionnels de santé sur l'action et élaboration du protocole IR Avril 2021 Communication du protocole aux professionnels de santé et Patients

Sources :

HAS, guide parcours de soins. Maladie rénale chronique de l'adulte. Février 2012 ;

D. Vasmant. Académie nationale de pharmacie. Recommandation Maladie rénale chronique : prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse et dépistage de la maladie. EM/consulte.

Fiche Action 6 Qualité et Pertinence des soins

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 4 (optionnelle) Formations Pluriprofessionnelles
Objectif général et objectifs spécifiques	Harmoniser les pratiques professionnelles
Public bénéficiaire	Tous les professionnels de santé libéraux du territoire
Actions envisagées	Objectif général : Harmoniser les pratiques interprofessionnelles des acteurs du territoire autour de la prise en charge des patients afin de les rendre plus efficaces. Objectifs spécifiques : - Créer du lien entre les acteurs du territoire - Favoriser l'interconnaissance du champ de compétences des différentes professions - Lister les écueils des prises en charge patients autour de thématiques pour "dessiner" de futurs parcours
Moyens nécessaires (outils)	Formulaire pour recenser les besoins en formation
Acteurs impliqués et Partenaires de la CPTS	Tous les professionnels de santé du territoire
Coordonnateurs de l'action	Stéphanie Satger (pharmacien) , Julie ALARY
Calendrier indicatif : - Début de la mise en place - Étapes clé	<u>Mai 2021</u> : Création du formulaire <u>Juillet/Aout 2021</u> : Diffusion du formulaire <u>Septembre 2021</u> : Synthèse des besoins en formation <u>Octobre 2021</u> : Définition du plan de formation 2022

Fiche Action 7 – Attractivité du territoire

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission 5 (optionnelle) Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé du territoire
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	▪ Etat de santé des professionnels de santé (seulement 30% des médecins ont 1 médecin traitant - doc Med'Aide) ▪ Constat des professionnels de santé du territoire interrogés : Très peu de rencontres entre professionnels de santé (1 rencontre par an au CH de Carpentras) ▪ Manque de Professionnels de santé sur le territoire. Démographie des professionnels du territoire : ▪ Sur les 76 médecins généralistes : 26 ont plus de 60 ans et dans ces 26 MG, 10 ont plus de 65 ans. ▪ Sur les 89 médecins hors MG: 34 ont plus de 60 ans et dans ces 34 Médecins 15 ont plus de 65 ans ▪ Sur les 241 IDE, 25 ont plus de 60 ans parmi lesquels 4 ont plus de 65 ans ▪ Sur les 121 MK, 18 ont plus de 60 ans parmi lesquels 5 ont plus de 65 ans ▪ 1 seul allergologue et il a plus de 65 ans ▪ 2 pneumos et 1 a plus de 65 ans ▪ 3 pédiatres et 2 ont plus de 65 ans ▪ 4 gynécos et 2 ont plus de 60 ans ▪ 15 sages-femmes et toutes ont moins de 60 ans ▪ 30 orthophonistes dont 3 ont plus de 60 ans parmi lesquels 1 a plus de 65 ans ▪ 31 pharmaciens sur le territoire avec un maillage homogène dont 5 environ ont plus de 60 ans ▪ Selon certaines professions il y a une difficulté à attirer des étudiants sur le territoire.

Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général : Favoriser l'épanouissement des professionnels de santé dans leur exercice afin d'optimiser la prise en charge des patients Objectifs spécifiques : ▪ Développer les liens à la fois conviviaux et professionnels entre les acteurs de santé pour améliorer leur bien-être en leur donnant la possibilité de s'exprimer et de trouver un soutien. ▪ Promouvoir le territoire de la CPTS, accueillir et faire participer aux actions de la CPTS les nouveaux arrivants et faciliter leur installation qu'elle soit temporaire ou définitive en lien avec les collectivités territoriales et les partenaires locaux (logement, écoles, travail du conjoint, loisirs, art de vivre). ▪ Favoriser un accueil de qualité des professionnels de santé exerçant temporairement sur le territoire (étudiants, stagiaires, remplaçants) pour les inciter à s'installer. ▪ Contribuer à la prévention de la souffrance psychologique des professionnels de santé.
Public bénéficiaire	▪ Les professionnels de santé déjà installés sur le territoire ▪ Les professionnels de santé souhaitant s'installer sur le territoire ou effectuer des remplacements et leur famille ▪ Les étudiants et les stagiaires ▪ Par extension, la population qui bénéficiera du service de professionnels épanouis.
Actions envisagées	▪ Renforcer les échanges avec la CPAM pour connaître les nouveaux arrivants et diffuser l'information de toutes les actions liées à la CPTS ▪ Accueillir les nouveaux arrivants, les remplaçants, les étudiants et les stagiaires : leur présenter le territoire, la CPTS, les ressources du territoire, leur expliquer le Projet de Santé, leur faire connaître le site internet, leur présenter les modalités d'inscription à la CPTS, les structures du territoire. ▪ Organiser 1 soirée de gala par an pour inviter les Professionnels de santé du territoire à participer à une

	action à but caritatif. ▪ Organiser des réunions de construction d'équipes, et des temps de partage entre les professionnels ▪ Favoriser la lisibilité des offres et demandes de remplacements ▪ Création d'un pool d'entraide pour les professionnels ▪ Identifier les lieux de stage déjà en place sur le territoire ▪ Inciter les Professionnels de Santé à devenir tuteurs de stage pour accueillir des étudiants. ▪ Promouvoir la CPTS auprès des écoles, universités, facultés de médecine ▪ Développer le repérage des professionnels en souffrance et les inciter à solliciter du soutien
Moyens nécessaires (outils)	▪ Site internet de la CPTS - Module d'annonces (offres et demandes sur les remplacements, reprise d'activités, stages...) - Page "s'installer" - Page exercice coordonné (Inter Urps) - Page relative aux formations diffusées par la CPTS - Page présentant les actions conviviales, sportives ▪ Livret d'accueil aux nouveaux installés. ▪ Remise par la CPAM du flyer de présentation de la CPTS dans le dossier donné aux nouveaux installés. ▪ Information par mail de l'arrivée de nouveaux professionnels sur le territoire par la CPAM auprès de la CPTS ▪ Proposer un logement coopératif pour accueillir les étudiants/stagiaires et les remplaçants de chaque profession. ▪ Organisation de soirées pour formation de guetteurs veilleurs (Med'Aide) afin de repérer les professionnels de santé en souffrance. ▪ Trouver un lieu de rencontre convivial incitant les Professionnels de santé à se retrouver. ▪ Trouver un lieu pour accueillir une soirée de gala qui sera

	financée par chaque participant.
Acteurs impliqués et Partenaires de la CPTS	Tous les professionnels de santé du territoire. Med'Aide Les URPS PACA Toutes les écoles et Facultés toutes professions confondues Les 4 Communautés de Communes et les communes du territoire, le Conseil Départemental, le Conseil Régional de la Région SUD PROVENCE ALPES COTE D AZUR La CPAM, l'ARS,
Coordonneurs de l'action	Stéphanie PALAYER MICHEL, Jean Claude GENIN, Jeremy CLOITRE CHABERT, Stéphane MICHEL, Pascale PAUR, Stéphanie SATGER, Sandrine HYZARD, Julie ALARY
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	Début de mise en place de la fiche Action : 4eme trimestre 2020 Etapes clés Finalisation du site internet septembre 2020. Formation des 1ers veilleurs guetteurs en Novembre 2020. Fixer une date et trouver un lieu pour une soirée de gala Chercher le logement coopératif pour 2021 Événements conviviaux, culturels et sportifs pour 2021.

Fiche Action supplémentaire : Gestion d'une crise sanitaire

La présente fiche n'est pas une fiche action au sens de l'ACI. Elle a pour objectif de présenter aux partenaires institutionnels comment les outils et organisations mis en place par la CPTS en réponse à la Crise COVID 19 peuvent être transposés à d'autres crises sanitaires (virus ou autres). La trame de cette fiche action ne constitue pas un compte rendu des actions menées mais une démonstration de l'adaptation des acquis constitués en vue de leur possible réactivation si besoin.

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission de santé publique : réponse à une crise sanitaire
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	La présente fiche donnera pour exemple des éléments issus des retours terrains des professionnels de santé libéraux de la CPTS dans le cadre de la crise COVID 19.
Objectif général et objectifs spécifiques	Objectif général : Mise en place d'une organisation territoriale destinée à freiner l'épidémie sur le territoire de la CPTS (virus, agent pathogène, bactérie) Objectifs spécifiques : Appuyer les professionnels de santé dans leurs actions de lutte contre l'épidémie Protéger les populations fragiles Limiter l'apparition de foyers collectifs (clusters)
Public bénéficiaire	Population du territoire de la CPTS (individus, collectifs) Professionnels de santé du territoire de la CPTS Autres structures d'exercice coordonné (ESP, MSP, inter CPTS)
Actions envisagées	• Evaluer les besoins en matériel, logistique et organisation des professionnels. Identifier les besoins non pourvus nécessitant des actions correctives. • Alerter les institutions sur les dysfonctionnements repérés (manque de matériel, confusion information, absence d'outil de suivi etc) • Référencer les ressources du territoire (structures d'exercice coordonnée, partenaires, professionnels avec compétences spécifiques, etc.) mobilisables en réponse à l'épidémie Identifier les publics à risque nécessitant des actions ciblées

	1. Organiser et piloter une coordination à l'échelle du territoire de la CPTS 2. Mettre en place des organisations spécifiques pour les prises en charge 3. Créer une interface CPTS- établissements sanitaires 4. Créer une interface CPTS- instances sanitaires (ARS/CPAM) 5. Organiser le suivi de l'évolution de l'épidémie en concertation avec les institutions
Moyens nécessaires (outils)	• Mise en place de référents métiers au sein de la CPTS et de référents secteurs (découpage territoire). Coordination médicale. Coordination paramédicale. • Organisation des liens avec les institutions et partenaires (relais informations, suivi des actions, aide à la mise en place) • Organisation du lien inter CPTS pour partage d'informations, coordination territoriale élargie, retour d'expérience • Mise en place de visioconférence avec services hospitaliers, urgences • Création de "pools" de gestion matériel (collecte, stockage, approvisionnement) • Mise en place de protocoles de soins, protocoles d'adressage, outils supports aide prescription (ordonnance type) • Organisations spécifiques dédiées (exemple: Centre de Consultation COVID Virtuel (téléconsultations), "brigades IDE COVID", brigades clusters) • Diffusion des informations auprès des professionnels (avec éventuelle adaptation et clarification des messages issus des institutions) • Mise en place de formations auprès des professionnels (protocoles, outils, logiciels) en cas de besoin. • Systèmes d'informations: visioconférences, whats app, outils dédiés (ex: contact COVID), fiche liaison ville hôpital, newsletter, site web, réseaux sociaux

	• Soutien psychologique aux professionnels de santé (diffusion numéros dédiés, partenariat avec CHS pour ouverture CUMP aux libéraux) • Aide à la diffusion des gestes de prévention auprès du grand public avec actions d'éducation à la santé (exemple: intervention en milieu scolaire) • Adaptation des supports d'informations aux publics de langue étrangère si besoin • Organisation de la sortie de crise • Synthèse et analyse post crise
Acteurs impliqués et Partenaires	CPTS / CPTS du territoire / ARS / Assurance Maladie/ Centres Hospitaliers : Services Urgences / Services spécifiques des CH (exemple: infectiologie, réanimation...) / Collectivités territoriales / Mairies / URPS / Ordres
Coordonnateur de l'action	Coordonnateur CPTS + les référents métiers désignés dans la CPTS + Coordonnateur médical CPTS
Calendrier indicatif : • Début de la mise en place • Etapes clé	La mise en place débute à l'annonce de l'épidémie et se finit à la levée des mesures nécessaires (épidémie considérée comme endiguée). Etapes clés : fonction des stades d'évolution (stade 1, 2 et 3.)



Association CPTS SYNAPSE-COMTAT VENAISSIN

108 Rue Saint Sébastien, 84260 SARRIANS – Tel. 06 46 37 53 60 –

contact@cpts-synapse.fr