

Projet de santé de la CPTS du sud est gersois



6 OCTOBRE 2021

**Association Loi 1901
CPTS du sud est gersois
9 rue Tourneuve
32120 Mauvezin**

Table des matières

Introduction / p04

1. Diagnostic territorial /p06

1.1 Méthodologie de réalisation du diagnostic /p06

1.2 Le territoire de la CPTS /p06

1.3 L'analyse des statistiques du territoire /p08

1.4 L'analyse qualitative : les besoins et les problématiques identifiées par les professionnels du territoire /p34

1.5 L'analyse des données /p38

1.6 Orientations stratégiques du projet de santé /p41

2. Les missions de la CPTS /p42

2.1 L'amélioration de l'accès aux soins /p43

A. Faciliter l'accès à un médecin traitant /p44

B. La prise en charge des soins non programmés /p46

C. Le déploiement de la télémédecine /p49

2.2 L'organisation de parcours pluriprofessionnel autour du patient /p51

A. Communication et coordination interprofessionnelle /p52

B. Le parcours pluriprofessionnel autour de la personne âgée /p55

C. Le parcours pluriprofessionnel du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes /p58

D. Le parcours pluriprofessionnel autour des enfants et des adolescents /p61

E. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes /p64

F. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients ayant une problématiques addictive /p67

2.3 Le développement d'actions coordonnées de prévention /p70

A. Le dépistage de la fragilité /p71

B. La prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles /p74

C. Les mois de la prévention /p77

D. La prévention des troubles rachidiens et de l'obésité en milieu scolaire /p80

2.4 L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire /p84

3. Organisation et fonctionnement de la CPTS /p85

A. Structuration juridique /p85

B. Les membres de l'association /p85

C. La gouvernance /p87

D. La coordination des acteurs /p89

Conclusion /p92

INTRODUCTION

Le projet de la CPTS du Sud Est Gersois a vu le jour suite à des réflexions menées au sein de la MSP de Mauvezin. Depuis 8 ans, le travail en exercice coordonné entre les professionnels médicaux et paramédicaux mais aussi les structures sanitaires, sociales et médico-sociale avec l'hôpital de proximité et l' Ehpad la Résidence d'Albret, les services sociaux de la MDS, les réseaux de santé... s'est développé.

Des relations territoriales existaient déjà ; prémices de ce projet :

Les jeunes médecins faisaient des remplacements sur l'Isle-Jourdain mais aussi sur Lombez/Samatan.

L'association INFIMOUV 32 réunissaient des infirmières qui intervenaient de Mauvezin à Lombez.

Une après-midi de sensibilisation sur les addictions avait réuni les différents acteurs, professionnels de santé, structures sanitaires, sociales et médico-sociales du sud est gersois.

La direction des hôpitaux de Lombez/Samatan et de Gimont est commune et travaille en collaboration avec Mauvezin.

La PDSA a également favorisée l'exercice coordonné.

La crise sanitaire du COVID a confirmé la nécessité de travailler ensemble pour les professionnels de santé.

Après avoir rencontrés et réunis les professionnels et leur avoir exposé le projet de la CPTS accompagnés par la FORMS et la MSA, le territoire s'est défini de fait incluant l'Isle-en-Dodon en raison de la patientèle qui vient se faire soigner à la MSP de Samatan.

Une association Loi 1901 a été créé le 23 novembre 2020 afin de porter la CPTS et ses missions.

La lettre d'intention a été validée en janvier 2021 ce qui a permis de recevoir un financement pour la construction et la rédaction du projet de santé.

Le projet a par la suite été présenté aux acteurs sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux ainsi qu'aux collectivités et aux réseaux de santé et de coordination. Cette présentation a été accueillie favorablement par l'ensemble de ces partenaires.

Grâce au travail du Conseil d'administration appuyé par la coordinatrice le projet a pu être mené à bien malgré le contexte sanitaire.

La Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé et la MSA ont été et sont des appuis indispensables dans la construction et le développement de ce projet.

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.



1. Le diagnostic territorial

« Le diagnostic est un processus de travail participatif qui met en évidence les points forts, les points faibles, les potentialités et les menaces du territoire. Il recherche des écarts entre les représentations des différents acteurs, met en évidence des atouts et des attentes, il recherche les causes des dysfonctionnements et surtout recherche des axes de progrès. » (Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse, guide pratiques, D'Qual). Aussi, afin de construire ce diagnostic territorial, nous déclinons la méthodologie employée pour le réaliser, la délimitation du territoire, l'approche statistique du territoire. Nous concluons par une analyse des données recueillies & une identification des problématiques qui ont permis de définir les axes de travail du projet de santé.

1.1 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 le biais des questionnaires.

1.2 Le territoire de la CPTS

Le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du sud est gersois s'étend sur deux départements : le Gers et la Haute-Garonne. Elle est également limitrophe du Tarn et Garonne.

Elle couvre quatre communautés de communes : la Gascogne Toulousaine, les Bastides de Lomagne, le Saves, les Coteaux Arats Gimone.

Elle est constituée de **93 communes**. Elle se situe au sud est du département du Gers à 14km d'Auch au plus près (Marsan) et à 46 km au plus loin (l'Isle En Dodon).

Elle compte **43203 habitants**.

La CPTS du Sud Est Gersois fait ainsi partie des CPTS de taille 2 > à 40000 habitants.



1.3 L'analyse des statistiques du territoire :

La situation démographique

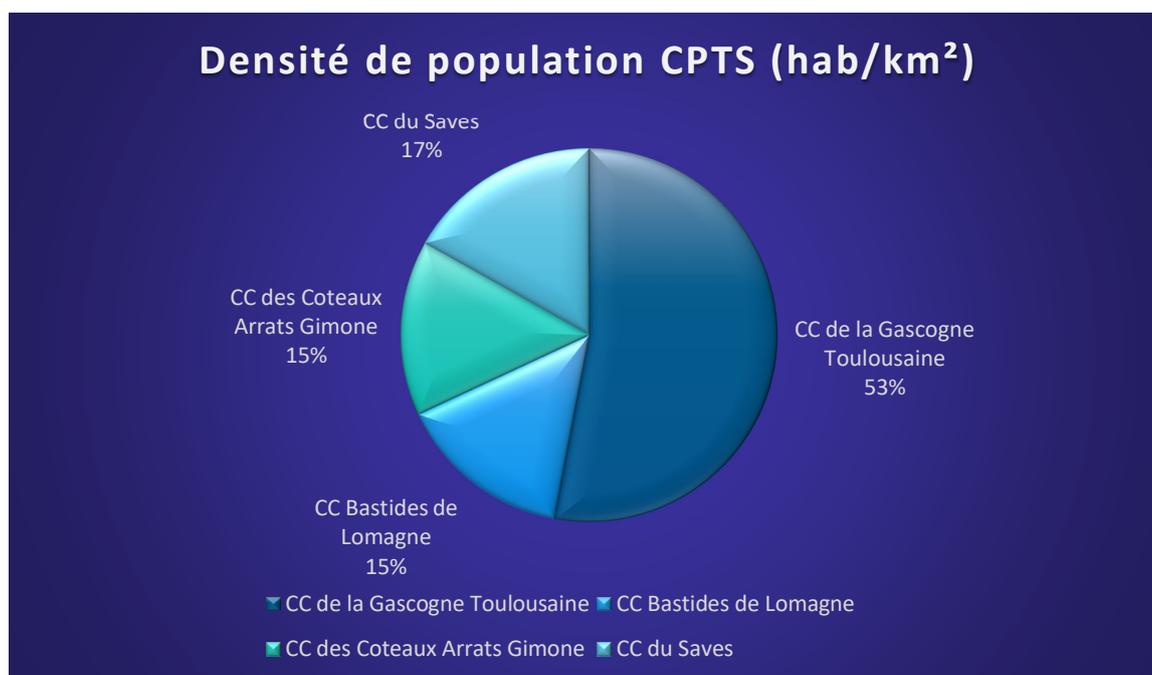
➤ Densité de la population

La population s'étend sur un territoire de **1170 km²** avec une densité moyenne de **37.7 hab./km²** (INSEE 2016). Le territoire est peu dense en comparaison avec la région Occitanie qui est 2 fois plus peuplée (79.9 hab./km²). Le département du Gers a un taux encore plus bas avec seulement 30.5 hab./km².

L'Isle-Jourdain est la ville la plus importante avec 8851 habitants (INSEE RP2012 et RP2017).

La Gascogne Toulousaine concentre plus de la moitié de la population du territoire de la CPTS.

Huit communes ont plus de 1000 habitants.

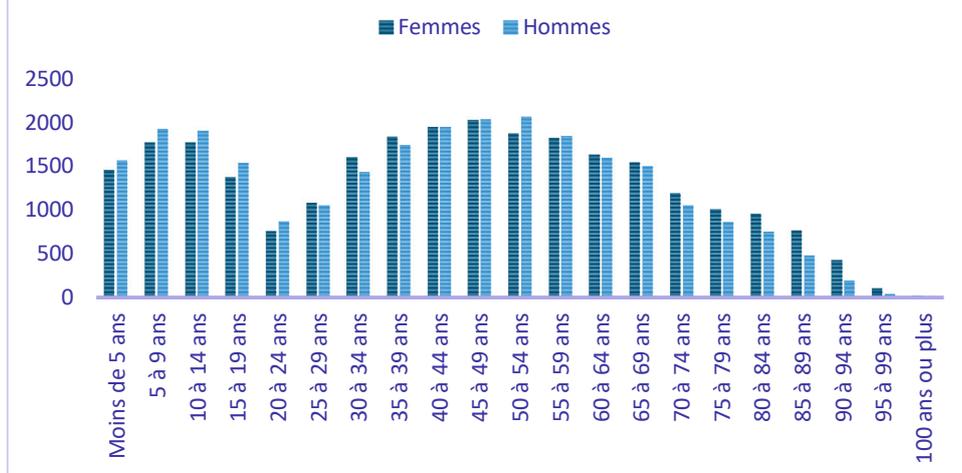


Source INSEE RP 2017

➤ Structure de la population

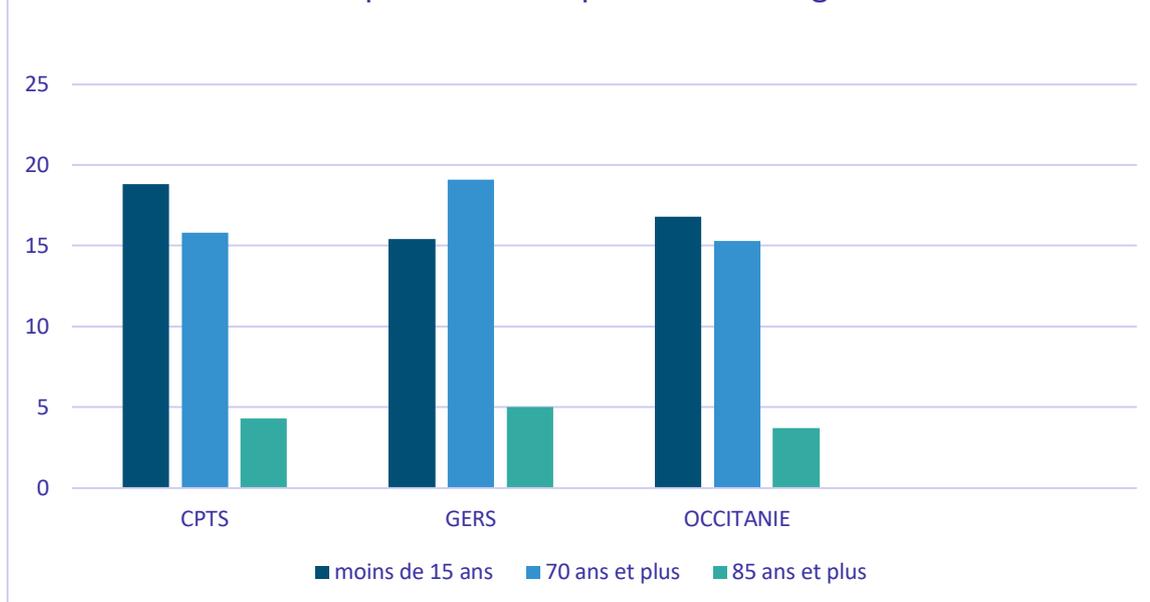
Sur le territoire de la CPTS, 18.8 % de la population sont des enfants de moins de 15 ans (+3.4 que le département et +2 que la région) & 39% des personnes ont entre 26 et 55 ans. Donc un territoire avec une population active **constitué de familles avec enfants** d'un côté. Et d'un autre, **composé de personnes âgées** avec 20.1% des habitants qui ont plus de 70 ans. Comparativement moins élevé que dans le Gers avec 24.1% mais plus qu'en Occitanie avec 19%.

PYRAMIDE DES ÂGES



Source INSEE RP 2017

Population en % par tranche d'âge



Source INSEE RP 2017

➤ Evolution de la population

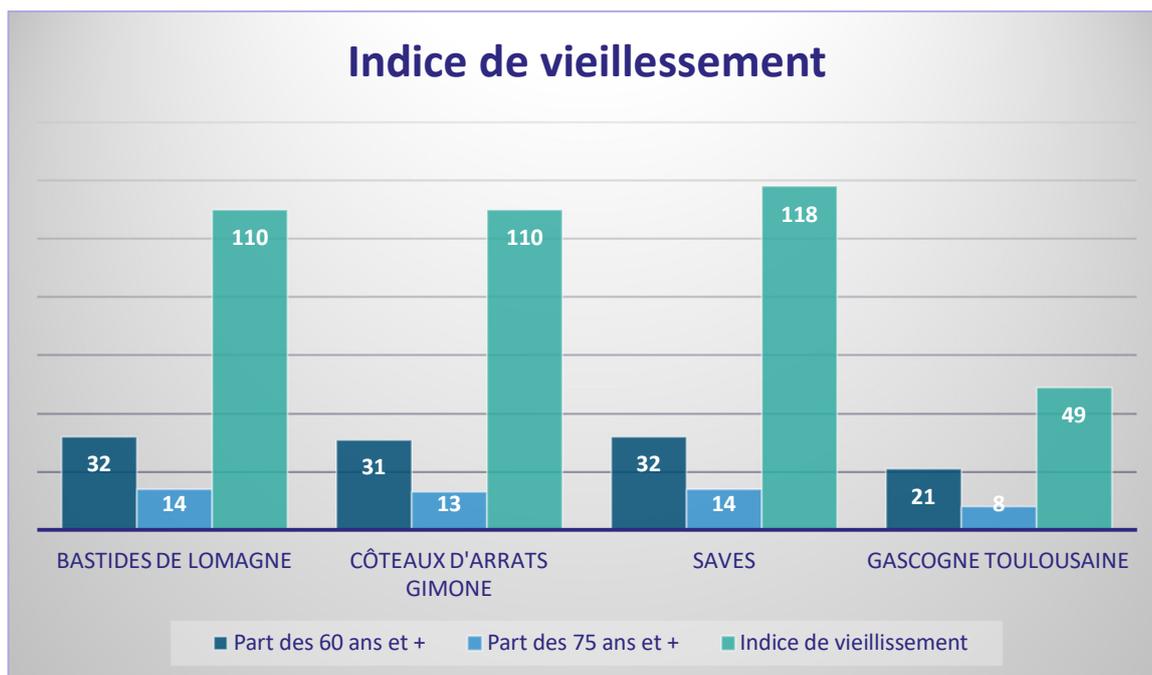
La population a augmenté de 5.9% entre le 1 janvier 2011 et le premier janvier 2016 soit 6.5 fois plus que le Gers avec 0.9%. Cette forte hausse pourrait s'expliquer par l'attractivité du territoire qui est en proximité de Toulouse avec des axes routiers facilitant l'accès.

INDICATEUR	CPTS	GERS	OCCITANIE
Evolution de la population entre le 1 ^{er} janvier 2011 et le 1 ^{er} janvier 2016 en %	5.9%	0.9%	4.2%

Source INSEE RP 2011. RP 2016

➤ Indice de vieillissement

L'indice de vieillissement sur le territoire est à **seulement 96.75**, bien en dessous de l'indice départemental qui est à 132. Il y a également **une forte disparité entre les 4 communautés de communes** notamment avec la Gascogne Toulousaine dont l'indice est à peine à 49.



Source INSEE 2020-RP 2017

En résumé, le territoire de la CPTS est peu dense.

Il est constitué majoritairement d'une population active constituée de familles avec enfants mais aussi de personnes âgées.

L'évolution de la population est en forte hausse.

Le vieillissement de la population est plus faible que dans le Gers et on constate une disparité avec le secteur de la communauté des communes de la Gascogne Toulousaine qui a une population jeune.

La situation socio-économique

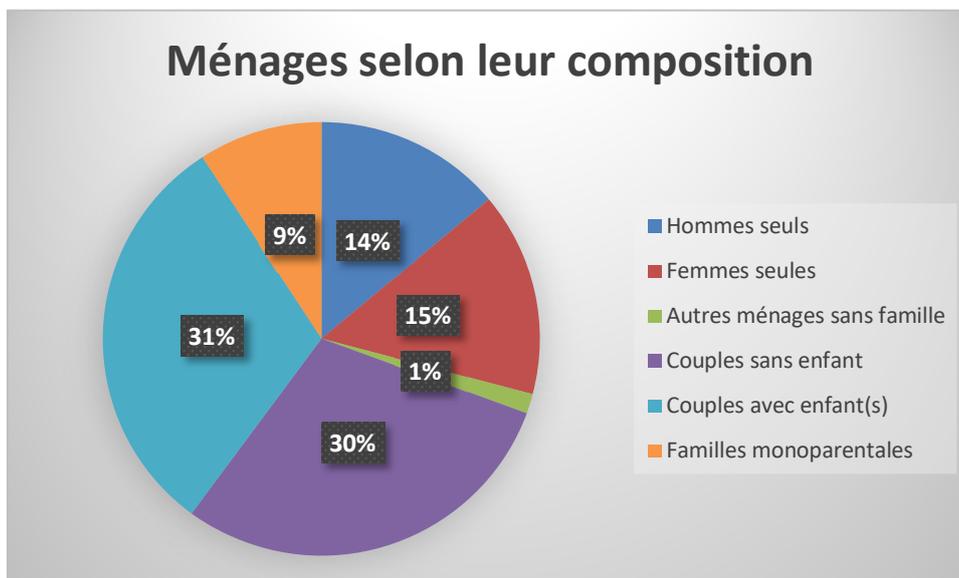
❖ Structure familiale des ménages

Les familles représentent la proportion la plus importante avec 40% des ménages dont 9% de familles monoparentales.

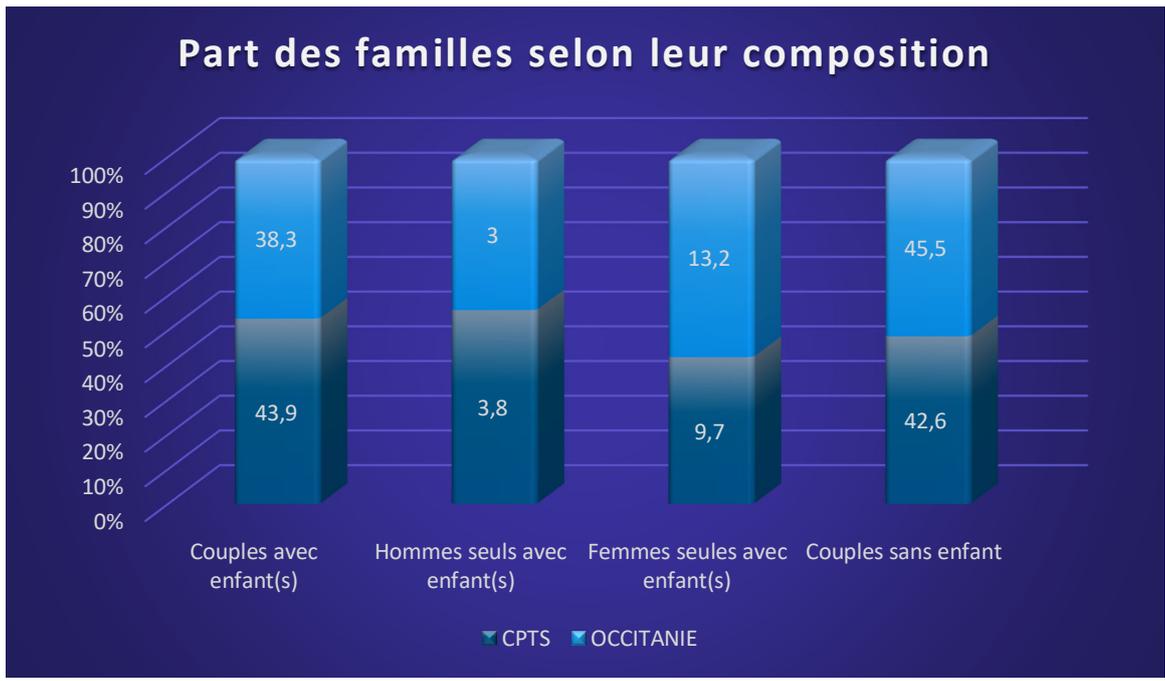
Le nombre de couples avec enfants parmi les familles est de 43.9%, plus élevé qu'en Occitanie 38,3%.

Les familles monoparentales composées d'un homme avec enfant est de 3.8% soit 0.8% de plus qu'au niveau régional.

L'évolution entre 2007 et 2017 du nombre de familles monoparentales est **important 47.2%** et plus précisément en **augmentation de 81.8% pour les hommes avec enfants**.



Source INSEE RP 2017 seuil d'utilisation à 2000 habitants

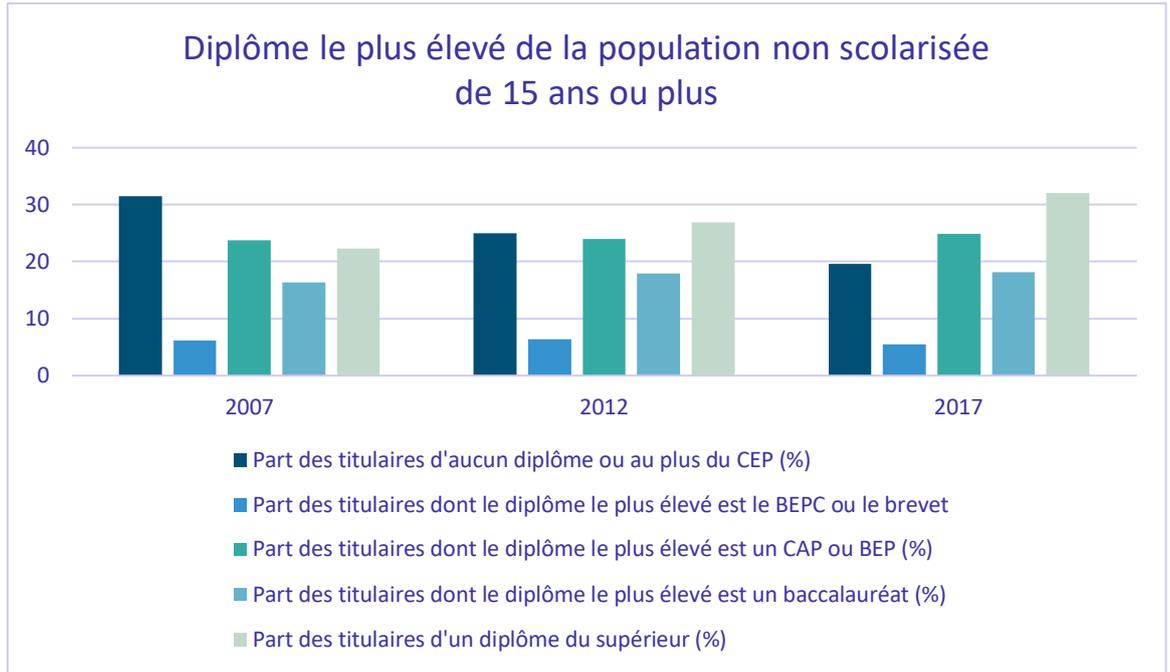


Source INSEE RP 2017 seuil d'utilisation à 2000 habitants

❖ **Niveau de formation**

Les jeunes de plus de 15 ans sans diplôme constituent **19.6% de la population (-1.7% qu'en Occitanie)**. Cette proportion a fortement diminué en 10 ans – **11.8%**.

A l'inverse, on peut constater une forte augmentation des personnes ayant **un diplôme du supérieur 32% avec +9.7% de 2007 à 2017**.



Source INSEE RP 2017

❖ Précarité

La part de la population ayant bénéficié de la CMUc est bien plus faible qu'au niveau départemental ou régional. Il en est de même pour l'ACS, deux fois moins de personnes qu'en Occitanie en ont eu besoin et pour l'AME seulement 0.1% de la population l'a obtenue.

Indicateur	CPTS	Gers	Occitanie
Part de la population ayant bénéficié de la CMUc (%)	4.4	7.2	11.3
Part de la population ayant bénéficié de l'ACS (%)	1.6	2.7	3.2
Part de la population ayant bénéficié de l'AME (%)	0.1	0.1	0.4

Source ARS Occitanie 2020

❖ Emploi et catégories socioprofessionnelles

Parmi la population active des 15-64 ans, le territoire compte **72.3% d'actifs en emploi** soit 10.6% de plus qu'en Occitanie. Le taux de chômage est à **8.6%** contre 15.2% au niveau régional. La part des **Femmes parmi les chômeurs est élevée 55.1%** (+3.4 qu'en région et +3.7 que dans le département).

Entre 2007 et 2017, on peut constater une **évolution du nombre de salariés +16.6%** et seulement 0.9% dans le Gers. Parmi cette population de salariés, le nombre de femmes a augmenté de 22% (+4.9 dans le département) & le nombre de temps partiel +17.8%.

La part des non-salariés a elle aussi évolué +5% alors que le Gers a perdu 4%.

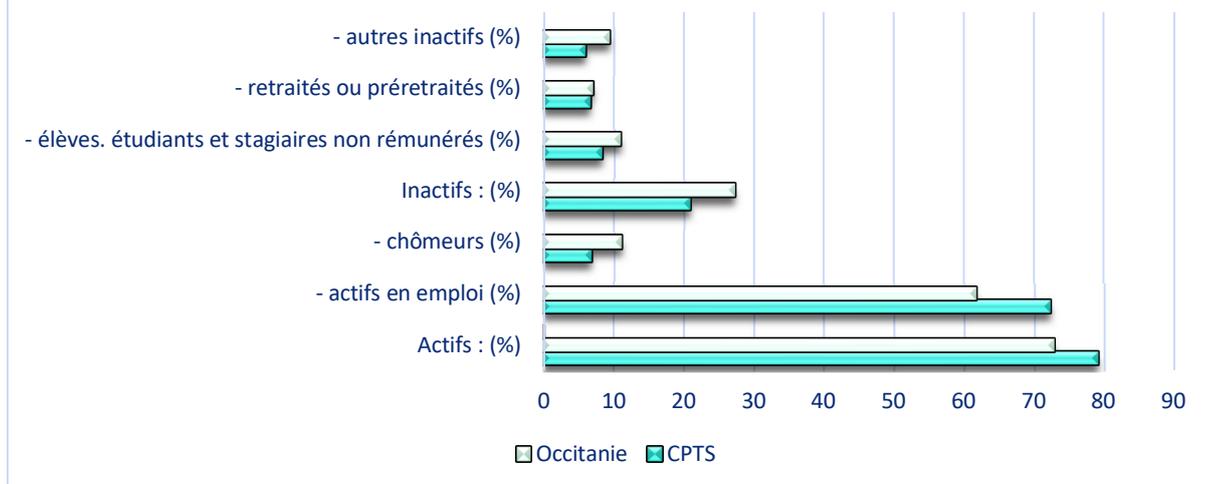
Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont **les professions intermédiaires 29%**, **les employés 24.9%** et **les ouvriers 18%**. Les cadres avec 15.1% sont plus nombreux qu'au niveau du département (+4.1%).

Le moyen de transport majoritairement utilisé pour se rendre au travail est **la voiture** (camion ou fourgonnette) 85.7% (+7.1% qu'en Occitanie).

Les transports en commun sont peu utilisés 2.4%.

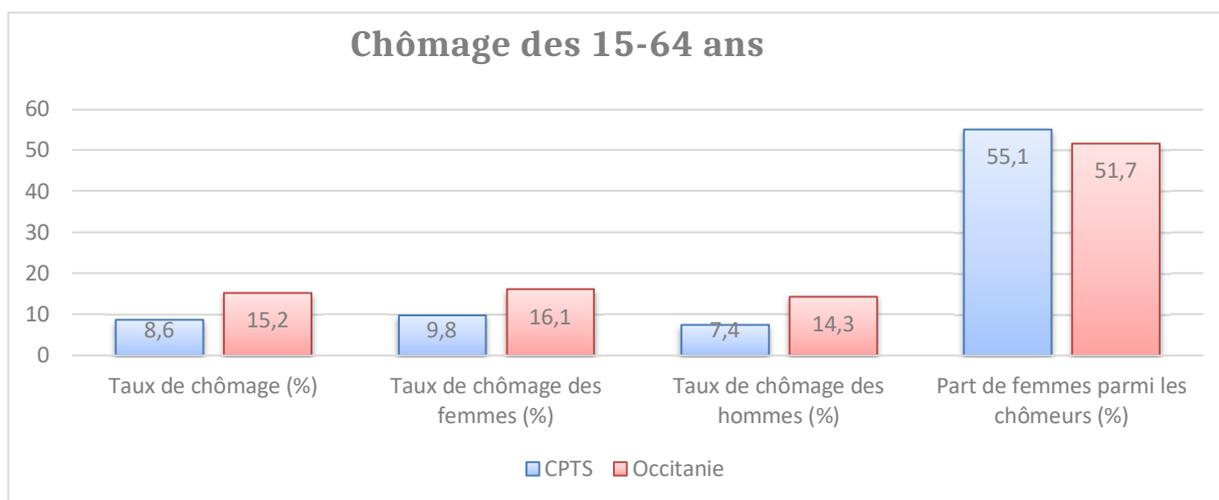
6.7% des actifs ne se déplacent pas.

Population des 15-64 ans par type d'activité

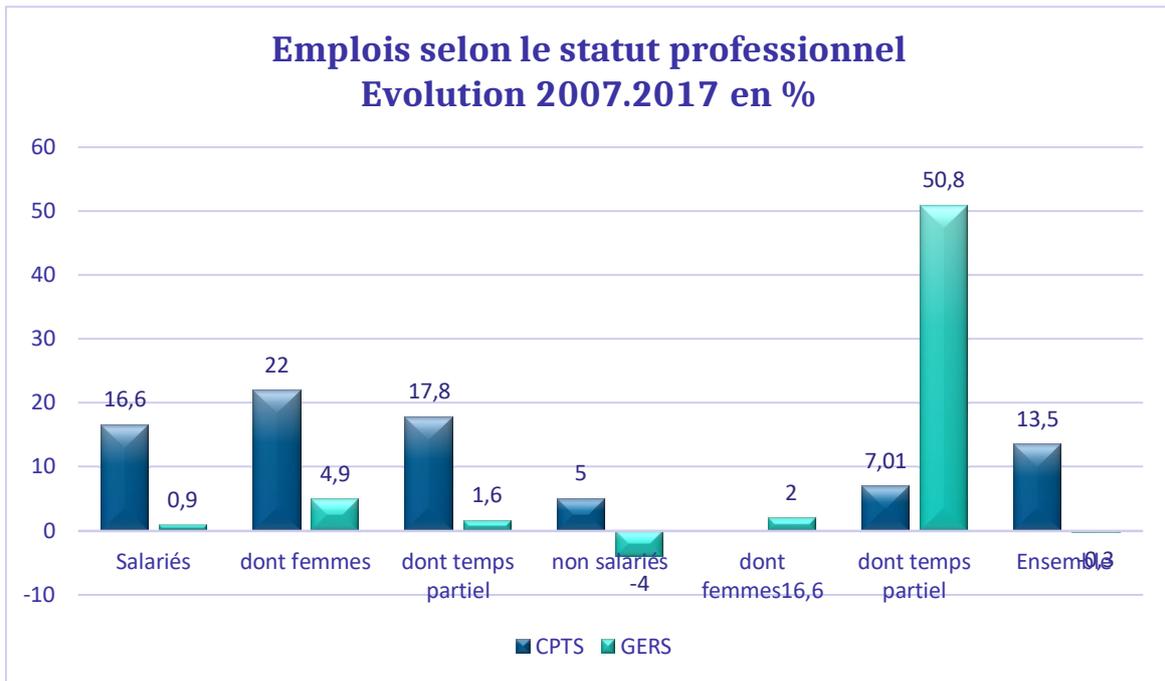


Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail - 2017

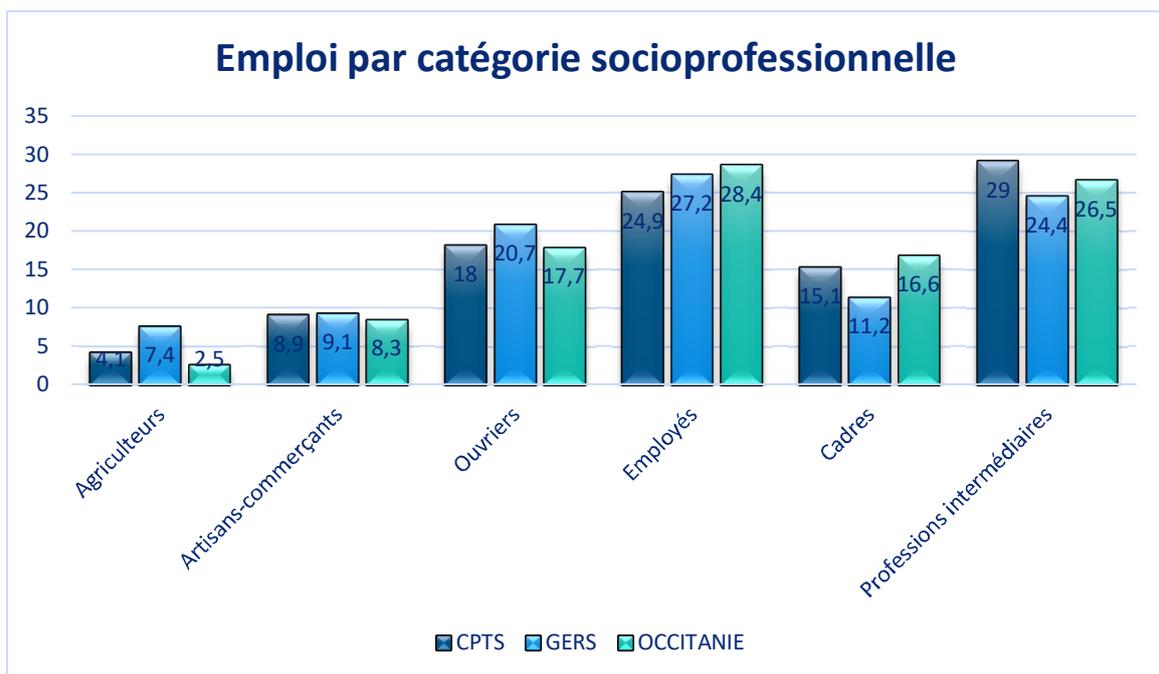
Chômage des 15-64 ans



Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail - 2017



Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail – 2017



Source : Insee RP 2017

Part des moyens de transport utilisés pour se rendre au travail			
Champ : actif de 15 ans ou plus ayant un emploi			
Indicateurs	CPTS	Occitanie	
Pas de déplacement		6,7	4,8
Marche à pied (ou rollers, patinette)		3,6	5,8
Vélo (y compris à assistance électrique)		0,5	2,4
Deux-roues motorisé		1,1	1,7
Voiture, camion ou fourgonnette		85,7	78,6
Transports en commun		2,4	6,7

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2017

En résumé, les familles représentent la proportion la plus importante des ménages.

Il y a eu une très forte évolution du nombre de familles monoparentales ces dernières années.

20% des jeunes n'ont pas de diplôme mais c'est en baisse.

La population du territoire est peu précarisée.

Le taux d'emploi est de 72%.

Les femmes sont fortement touchées par le chômage.

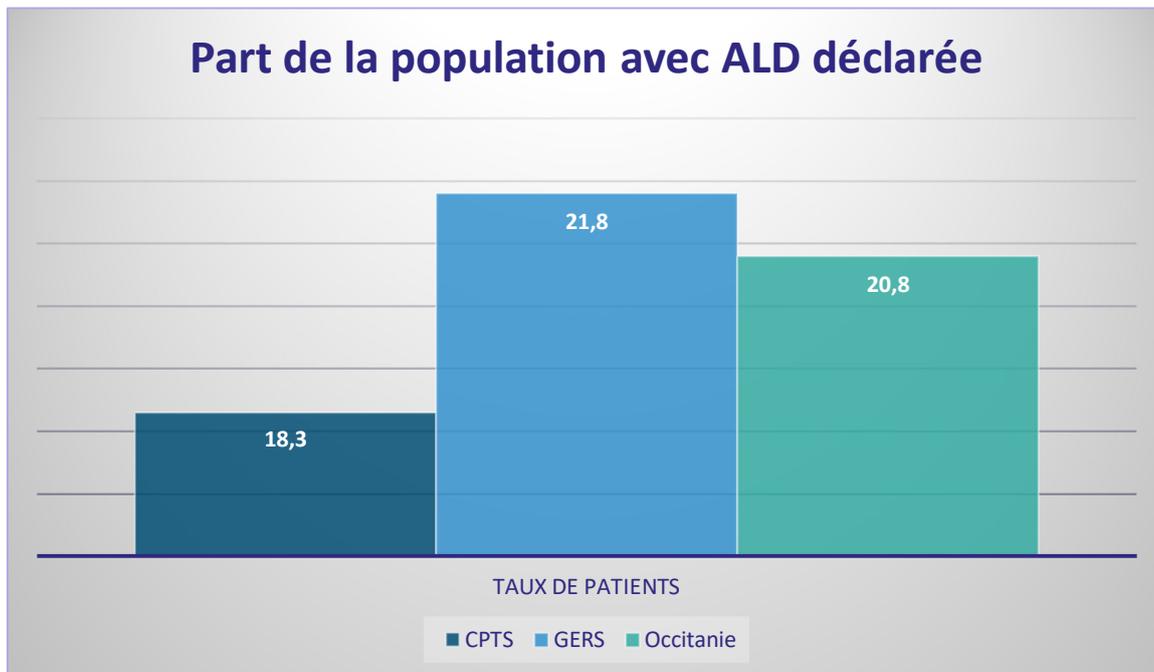
Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers.

La voiture est le moyen de transport le plus utilisé.

Etat de santé

❖ Affection longue durée (ALD)

Sur le territoire, **18.3% des personnes (soit 5823) sont déclarées avec une ALD**. Ce taux est moins important qu'au niveau départemental (-3.5%) et régional (-2.5%).



Source CPAM 2018

Prévalence des ALD dans la population consommatrice (source REZONE 2020) :

- **Diabète de type 1 et de type 2 avec 3.8% (1490 personnes)**
- **Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique avec 2.9% (1129 personnes)**
- **Infarctus coronaire avec 2.2% (861 personnes)**
- **Insuffisance cardiaque grave, cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme graves, cardiopathie congénitales graves avec 1.7% (657 personnes)**
- **Affections psychiatriques de longue durée avec 1.5% (603 personnes)**

L'accès aux soins

- **Couverture de la population consommatrice par un médecin traitant**

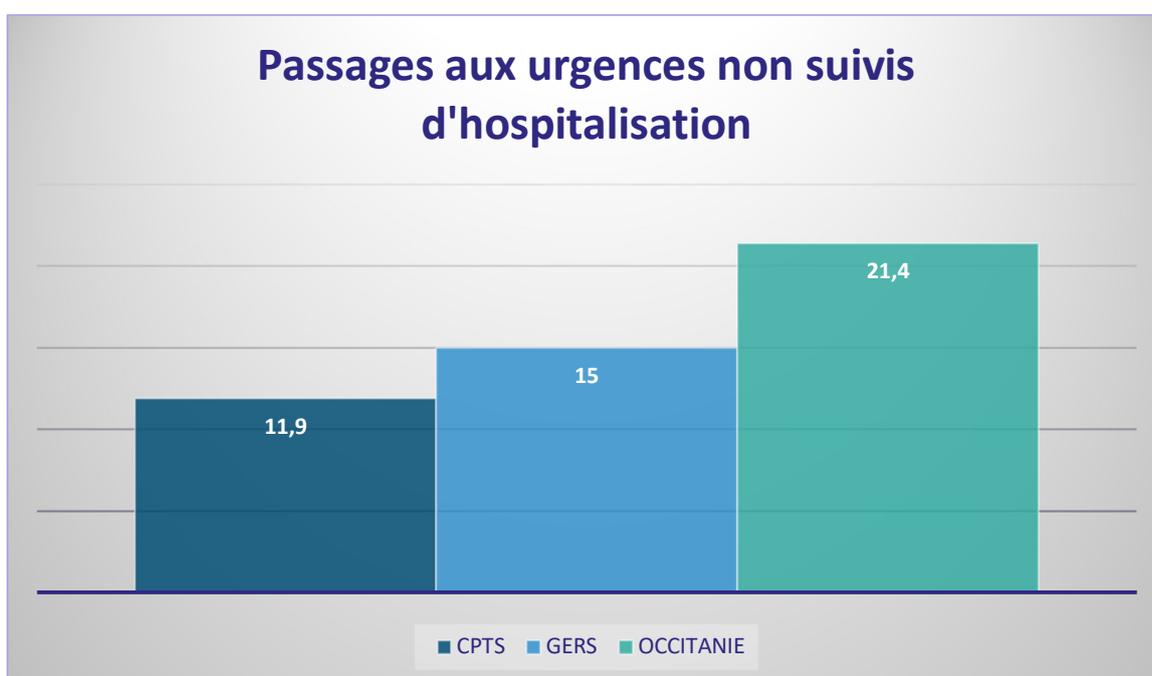
Sur le territoire, **10.4% de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré soit 2944 patients (Rezone 2020)**. Ce taux est plus bas qu'au niveau du Gers (-2.2%) mais plus élevé qu'en région (+0.6%).

Plus précisément, parmi ces personnes on dénombre :

- **1.7% de patients avec une ALD soit 244 patients** (à relativiser en raison de 92.5% de communes neutralisées)
- **1% qui ont la complémentaire santé solidaire soit 114 patients** (à relativiser 96.3% de communes neutralisées)
- **8.5% ont plus de 70 ans soit 265 patients** (à relativiser 93.8% de communes neutralisées)

- **Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation**

Les passages aux urgences non suivi d'hospitalisation sont de **11.9%**. Ils sont inférieurs au niveau départemental (-3.1%) et au niveau régional (-9.5%).



Source ATIH 2019

- **Admission directe en service de médecine**

La part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services est de **61.1%** (source ATIH 2019 à relativiser car taux de communes neutralisées de 73.8%).

- **Consommation de soins**

Selon le diagnostic territorial de la CPAM de 2020 :

- **Le taux de fuite de patients est important pour la ville de l'Isle Jourdain** qui vont sur Toulouse, Cornebarrieu, Colomiers et Pujaudran pour les médecins spécialistes. Au niveau des professions paramédicales, **la fuite de patients concerne les orthoptistes, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.**

-
- **La majorité de la patientèle des professionnels de santé provient du territoire de la CPTS.**

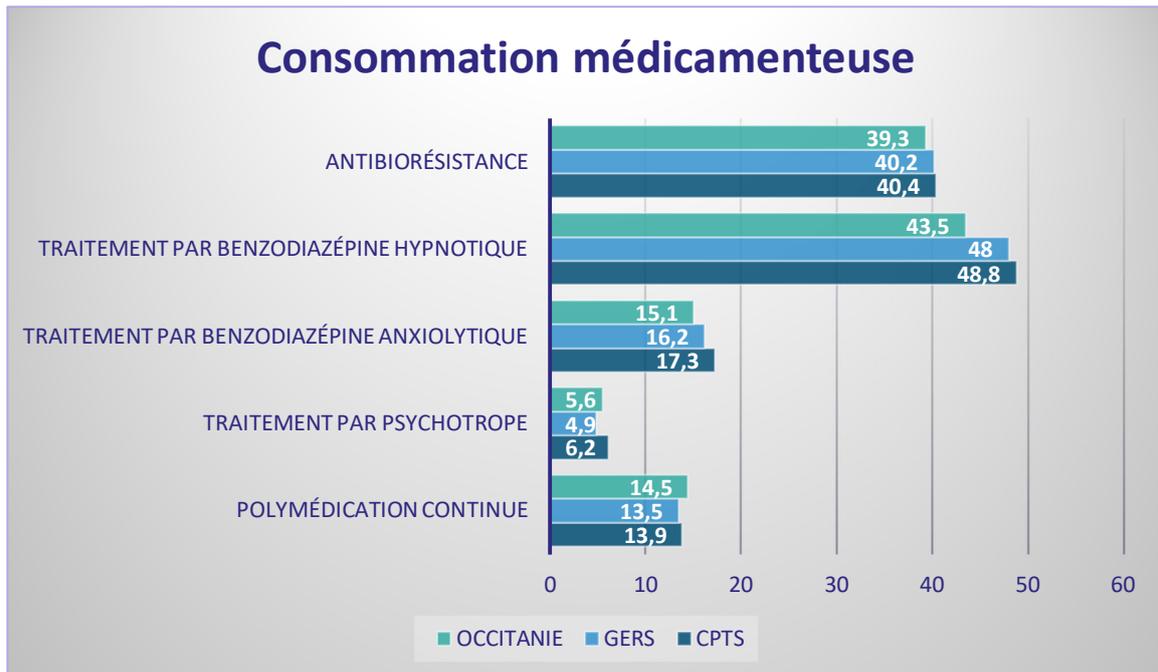
- **Actes de télémédecine**

Il y a peu d'actes de télémédecine sur le territoire.

- **Prévention**

Sur le territoire :

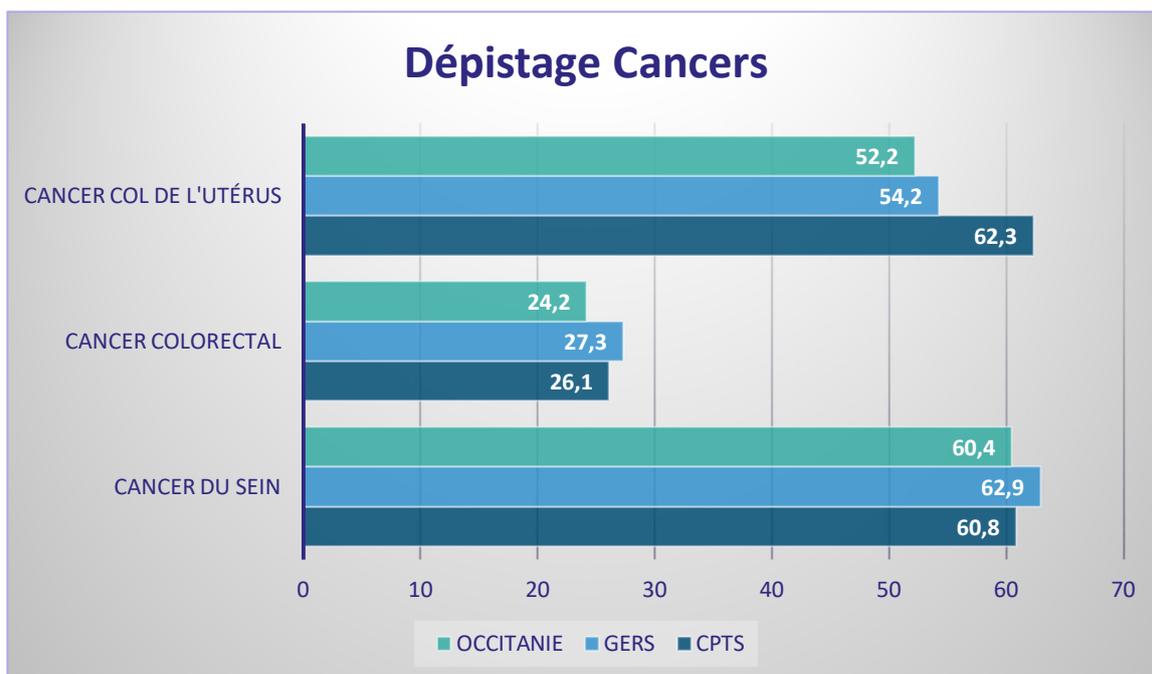
- Le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant eu **au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes**, remboursés avec une date identique de prescription est plus **important 6.2 %** qu'au niveau départemental et régional (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 96.3%).
- Le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à **plus de 28 unités de BZD hypnotique délivrées sur 6 mois est aussi plus élevé 48.8%** que dans le Gers et en Occitanie (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 90%).
- Le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à **4 délivrances au moins de BZD anxiolytique sur 6 mois** est également supérieur avec 17.3% (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 90%).
- La population consommante de 65 ans et plus ayant eu **au moins 10 molécules** (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année **est à 13.9%** soit +0.4% que le Gers et - 1.4% que l'Occitanie (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 83.8%).
- La population consommante traitée **par antibiotiques générateurs d'antibiorésistance est à 40.4%**. Elle est plus forte que dans le département et la région.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

Concernant le dépistage des cancers :

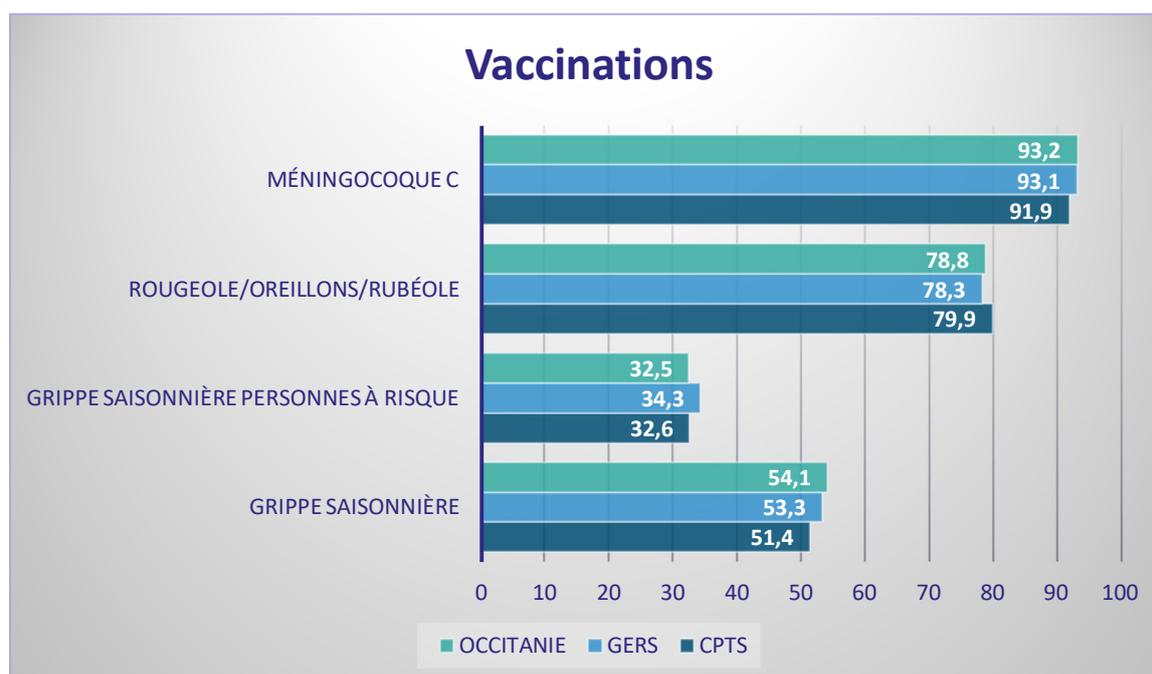
- La part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années est de 62.3 %.
- La part des patients consommant de 50 à 74 ans pour lesquels **un dépistage du CCR** a été réalisé au cours des 2 dernières années **est à 26.1%**. Elle est meilleure qu'en région mais plus faible que le département.
- La part des femmes de 50 à 74 ans participant **au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8%** soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

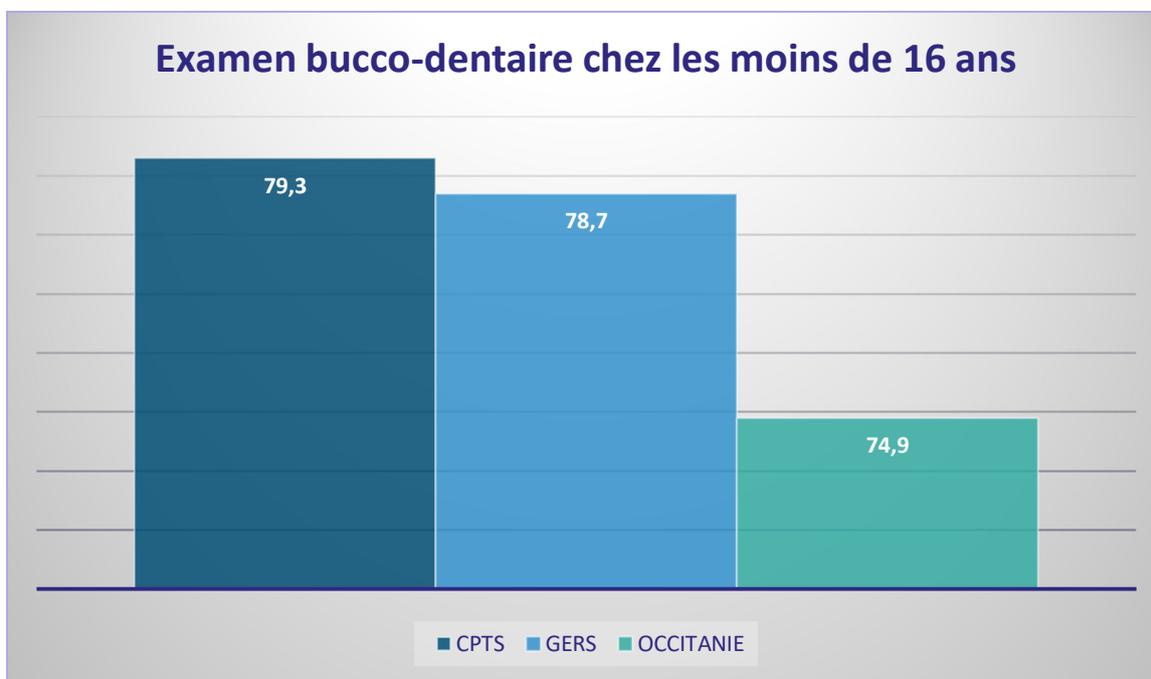
Au niveau de la vaccination :

- **Pour le Méningocoque C le taux est de 91.9%**
Pour la grippe saisonnière il est de 51.4% et seulement à 32.6% pour les personnes à risque.
- **Pour le ROR, il est de 79.9%.**



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

Le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois est à 79.3% ceci est plus important que dans le Gers mais aussi qu'en Occitanie.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

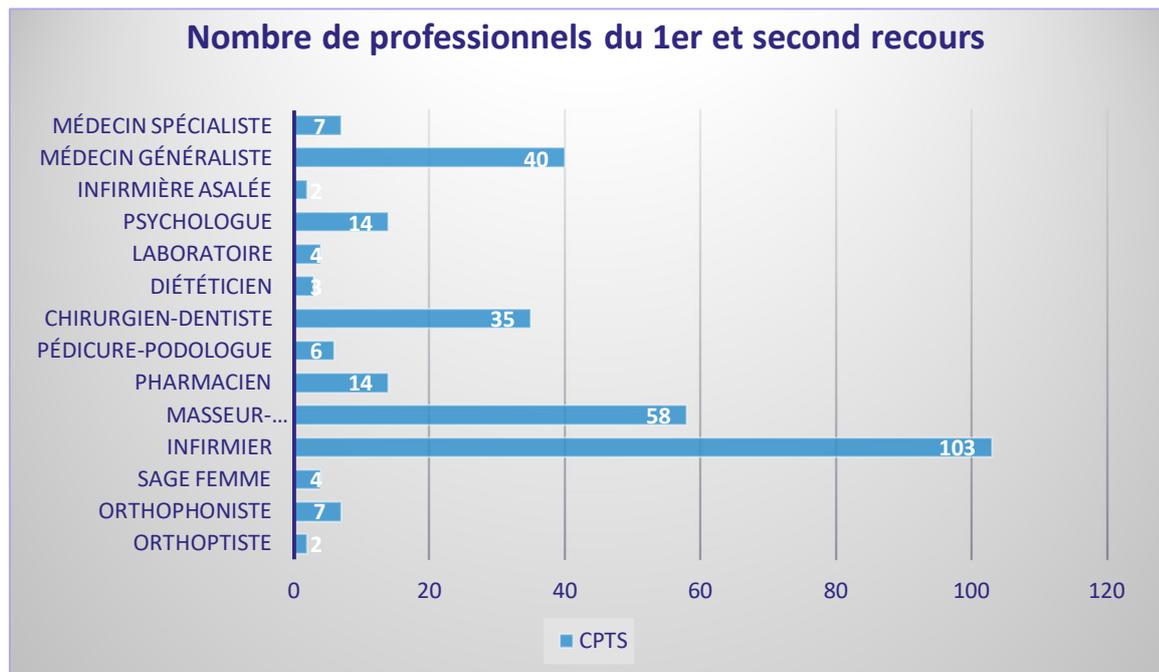
**En résumé, sur le territoire, 18.3% des personnes sont déclarées avec une ALD.
Le diabète est la première ALD.
10.4% de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré.
Les passages aux urgences non suivi d'hospitalisation sont de 11.9%.
La majorité de la patientèle des professionnels de santé provient du territoire.
La télémédecine est peu utilisée.
Le dépistage du cancer du sein et colorectal est à améliorer.
La vaccination pour la grippe et le méningocoque également.
Les enfants sont suivis régulièrement au niveau bucco-dentaire.**

Les ressources du territoire :

Les ressources sanitaires et ambulatoires

✚ Les professionnels de 1^{er} et second recours :

Le territoire comptabilise 299 professionnels de santé.



Source Rezone 2020 SNDS

❖ **Les médecins généralistes**

On peut noter que 40 médecins sont installés mais **12 d'entre eux ont plus de 60 ans** dont 8 plus de 65 ans. Le territoire va devoir faire face à ses nombreux départs à la retraite dans les années à venir. Ils ont **1039 patients** en moyenne. Ce nombre est plus élevé qu'au niveau départemental, régional et national.

Le nombre d'actes est de 2002 ce qui est plus bas qu'au niveau du Gers et de l'Occitanie. **Les actes cliniques sont à 1763** également inférieurs au niveau départemental et régional mais **les actes techniques sont à 140** plus élevés pour les mêmes comparaisons.

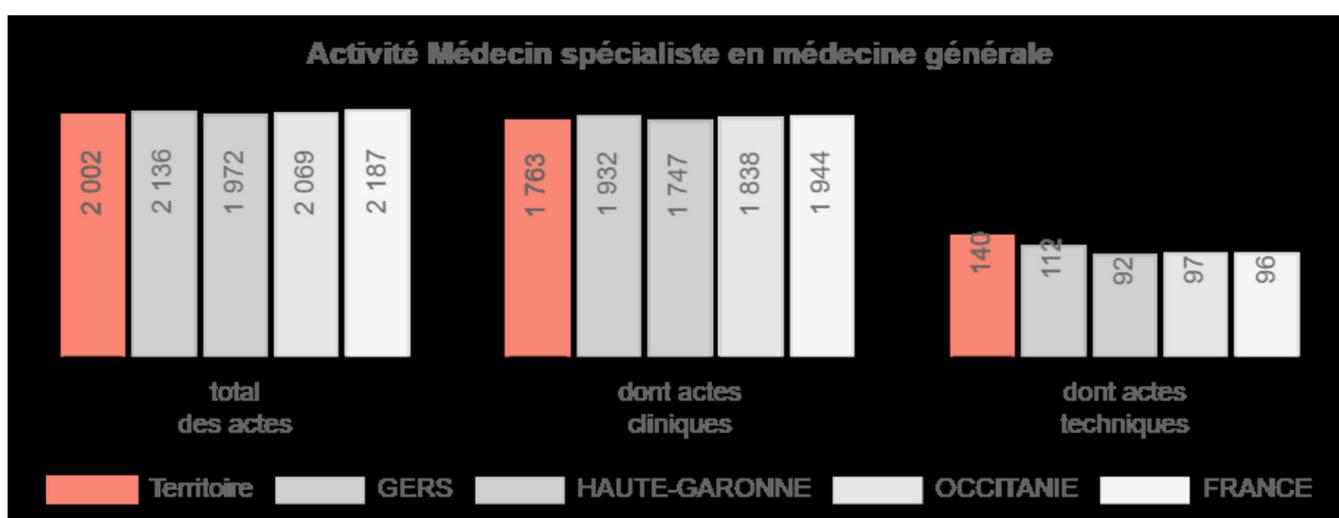
Toutes les communes du territoire sont classées en ZAC (Zone d'action complémentaire) soit une zone impactée par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation se détériore.

La répartition territoriale est plutôt égalitaire au niveau numéraire.

Mais le nombre de consultations accessibles par an et par habitant (indicateur APL : accessibilité potentielle localisée aux médecins) est de **3.6 pour le nord et l'ouest du territoire, de 3.2 pour l'est et 4.2 pour le sud.**

Commune	Nombre de médecins
Samatan	7
Lombez	4
Pujaudran	2
L'Isle-Jourdain	10
Gimont	6
Aubiet	2
Simorre	1
L'Isle-en-Dodon	4
Mauvezin	3
Cologne	1

Annuaire Ameli



Source

Données SNDS (1er Semestre 2020)

Actes cliniques : Consultations + Visites

Actes techniques : Chirurgie + Echographie + Imagerie

❖ Médecins spécialistes

Ils sont au nombre de 7 soit une dermatologue, un gynécologue, un neurologue, un ophtalmologiste, une rhumatologue, deux radiologues. **L'Isle-Jourdain concentre plus de la moitié des spécialistes (4 /7).**

La densité est de 14 pour 100 000 habitants.

Deux médecins spécialistes ont plus de 60 ans dont un plus de 65 ans : les radiologues.

Le territoire va devoir faire face dans les 5 ans à venir à une absence de cette spécialité.

❖ Sages-femmes

Elles sont seulement 4 réparties entre Mauvezin, Samatan et l'Isle-Jourdain.

Aucune n'a plus de 60 ans.

❖ Infirmiers

103 infirmiers sont installés parmi eux 11 ont plus de 60 ans.

La densité est de 231 pour 100000 habitants, il y a une forte concentration d'infirmiers la France étant à 151.6.

Mais l'accessibilité potentielle localisée pondérée est de 158.7 alors que le Gers est à 163.1 et l'Occitanie à 263.2.

L'Isle-Jourdain concentre 33% des professionnels.

Chaque infirmier a 165 patients (Gers 254).

Commune	Nombre d'infirmiers
Samatan	9
Lombez	9
Cazaux-Savès	3
Pujaudran	6
L'Isle-Jourdain	34
Gimont	7
Aubiet	5
Savignac Mona	1
Simorre	4
L'Isle-en-Dodon	5
Mauvezin	10
Cologne	3
Saint-Cricq	3

❖ Masseurs-kinésithérapeutes

49 masseurs-kinésithérapeutes sont installés seulement 4 ont plus de 60 ans. L'accessibilité potentielle localisée pondérée est de 91.1 alors que le Gers est à 96.7 et l'Occitanie à 181.1.

L'Isle-Jourdain détient le plus grand nombre de professionnels.

Chaque masseur-kinésithérapeute a 106 patients (Gers 118).

Commune	Nombre de Masseurs-Kinésithérapeutes
Samatan	4
Lombez	3
Pujaudran	1
L'Isle-Jourdain	22
Gimont	7
Aubiet	2
Noilhan	1
Simorre	2
L'Isle-en-Dodon	5
Mauvezin	5
Cologne	1

❖ Chirurgiens-dentistes

Le nombre de chirurgiens-dentistes est de 35 sur 8 communes.

La densité est de 65.7 pour 100000 habitants. Elle est plus forte qu'au niveau national (57.9).

On peut constater **une disparité sur le nord du territoire** la communauté de communes de Bastides de Lomagne ou la densité est plus faible avec **44.8**.

L'APL est à 59.2 au niveau de la CPTS, elle est plus faible que dans le Gers 68.2 et que l'Occitanie 97.2.

❖ Orthophonistes

17 orthophonistes sont installés sur le territoire.

Ils ont 57 patients par professionnel alors que pour le Gers le nombre est de 74.

L'Isle-Jourdain concentre quasiment la moitié des professionnels.

Commune	Nombre d'orthophonistes
Samatan	2
L'Isle-Jourdain	8
Gimont	3
L'Isle-en-Dodon	2
Mauvezin	1
Cologne	1

❖ Orthoptistes

Seulement 2 orthoptistes exercent sur le territoire (l'Isle-Jourdain et Gimont).

❖ Laboratoires d'analyses

Le territoire dispose de **4 laboratoires** situés à Mauvezin, Samatan, l'Isle-Jourdain et Gimont.

❖ Pharmacies

14 pharmacies sont réparties sur 10 communes.

En résumé, le territoire va devoir faire face à des départs à la retraite pour les médecins généralistes et au manque de certaines professions les médecins spécialistes, les sages femmes, les orthoptistes.

[Les structures sanitaires](#)

❖ Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Elles sont au nombre de 2, la MSP de Mauvezin dans le nord du territoire et la MSP de Samatan dans le sud du territoire.

La MSP de Mauvezin regroupe 18 professionnels de santé et Samatan 20.



❖ Centre de dialyse

L'unité d'autodialyse est situé à l'Isle-Jourdain. L'établissement de santé à but non lucratif AAIR aide les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale à vivre la maladie avec la meilleure autonomie.

❖ Hôpitaux de proximité

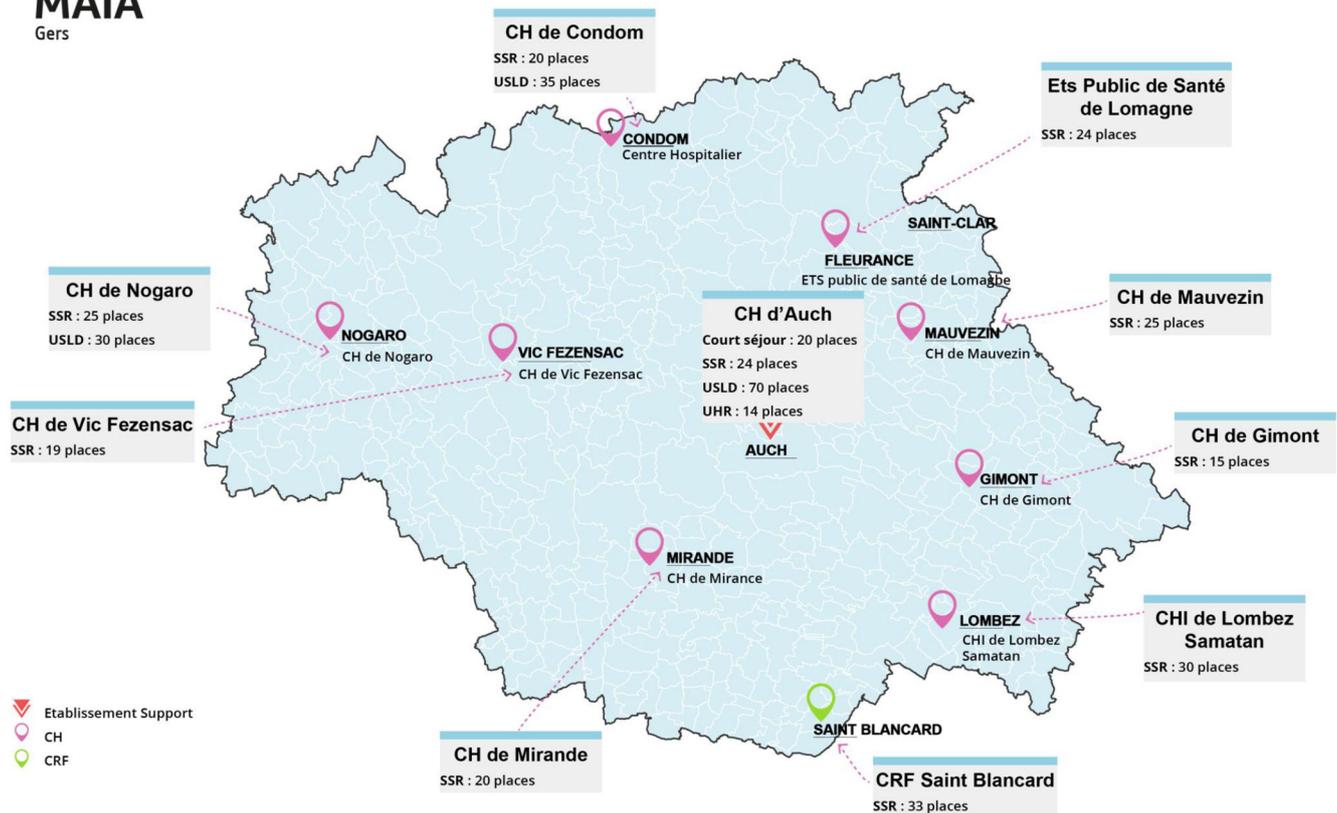
Le territoire bénéficie de **3 hôpitaux de proximité** situés à Mauvezin, Gimont et Lombez.

La prise en charge hospitalière constitue le cœur de métier des hôpitaux de proximité, ceux-ci ont également vocation à s'investir durablement dans des actions plus larges comme la prévention ou l'expertise en santé afin de garantir l'accès local aux soins de la population et la fluidité des parcours de soins, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Novembre 2020



Offre de soin en établissement

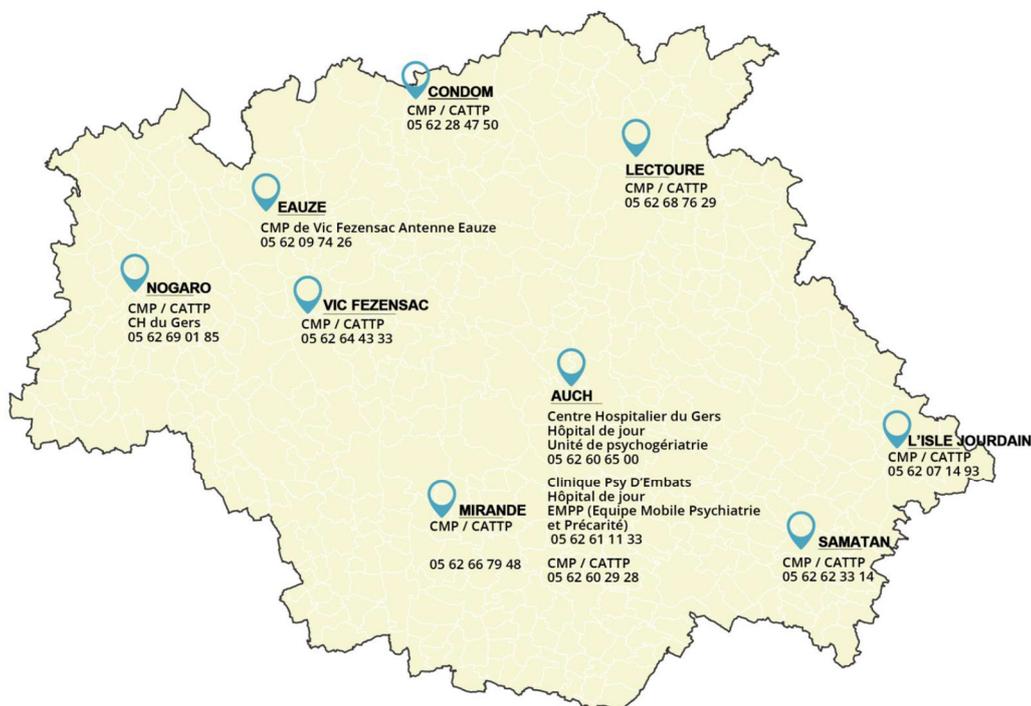


Structures sanitaires psychiatriques

❖ CMP (Centre médico-psychologique)

Un Centre Médico-Psychologique est composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, pédiatre, psychologue, assistante sociale, psychomotricien etc.) et propose des consultations médicales et des soins, mais aussi des temps thérapeutiques et éducatifs.

Ces consultations sont prises en charge par la Sécurité sociale. Le CMP peut intervenir en soin ambulatoire ou à domicile, pour adultes ou pour enfants.



Sur le territoire il existe deux CMP à l'Isle-Jourdain et à Samatan.

Autres structures intervenant sur le territoire :

➤ **Le réseau de santé ARPEGE**

Le réseau de santé a pour mission d'appuyer les professionnels à la coordination des parcours de santé des patients en situation complexe.

Dans ce cadre, le réseau met en place les actions suivantes :

- Avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires, suivre le parcours de santé des patients dont le parcours de santé apparaît complexe
- Apporter un appui aux différents professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires intervenant auprès du patient
- Faciliter l'articulation ville-hôpital

➤ **HAD (hospitalisation à domicile)**

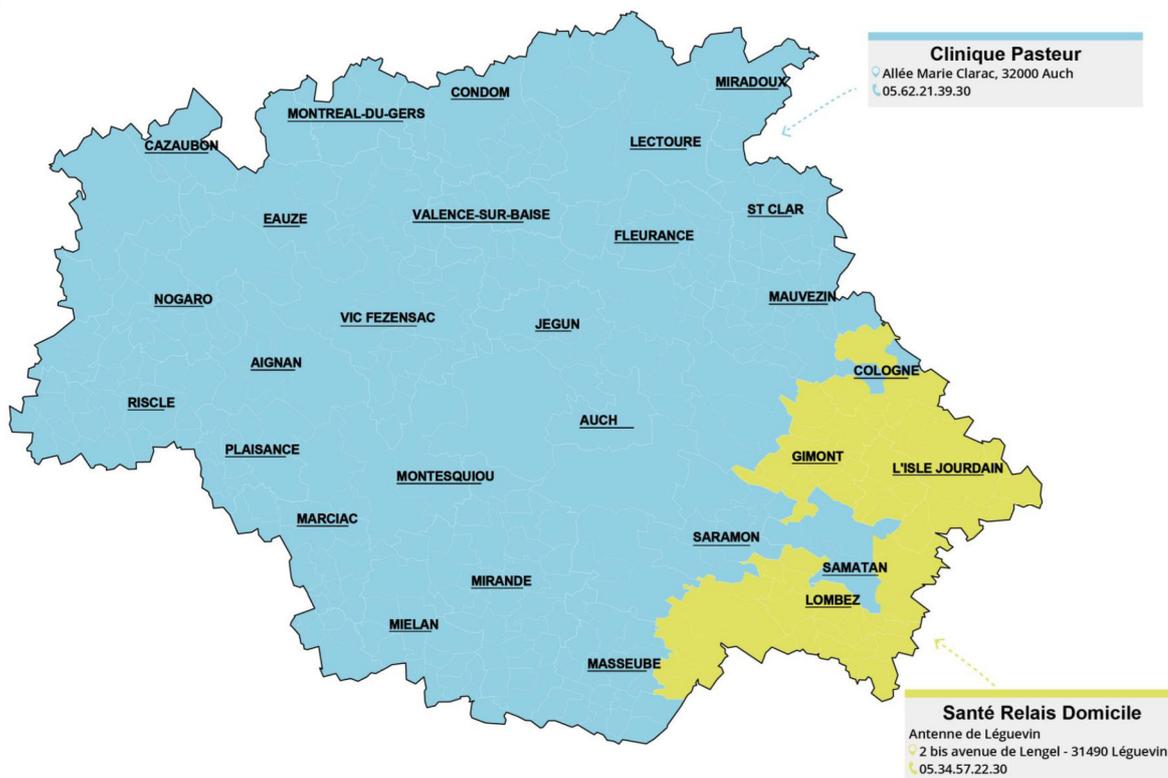
Les établissements HAD assurent **7j/7 et 24h/24**, au domicile du patient des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés**, caractérisés par la complexité et la fréquence des actes pour une période limitée mais révisable en fonction de l'état de santé du patient, pouvant impliquer une prise en charge psychosociale.

Sur le territoire de la CPTS deux HAD interviennent : la clinique Pasteur et Santé Relais Domicile.

Novembre 2020



Hospitalisation à domicile



Les professionnels collaborent avec d'autres structures hors territoires tels que le CH d'Auch, le CHU de Toulouse, la clinique des Cèdres, la clinique Pasteur ...

Des liens plus étroits doivent être développés en fonction des projets portés par la CPTS.

Les structures médico-sociales

➤ Les établissements pour personnes âgées

Les EHPAD (Etablissement hébergeant des personnes âgées)

Le territoire est doté de 10 Ehpads soit 738 places.

Communes	Ehpads	Nombre de places
Cologne	Alliance	88
Mauvezin	Centre hospitalier	62
	Bastide d'Albret	66
L'Isle-Jourdain	Saint Jacques	80
Gimont	Centre hospitalier	97
	Sainte Hyppolite	60
Lombez Samatan	Centre hospitalier intercommunal Lombez Samatan	77
Samatan	Samatan	59
Simorre	Las Peyreres	65
L'Isle-en-Dodon	Faux Bourg Saint-Adrien	84
Total		738

Source annuaire.action-sociale.org

SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004).

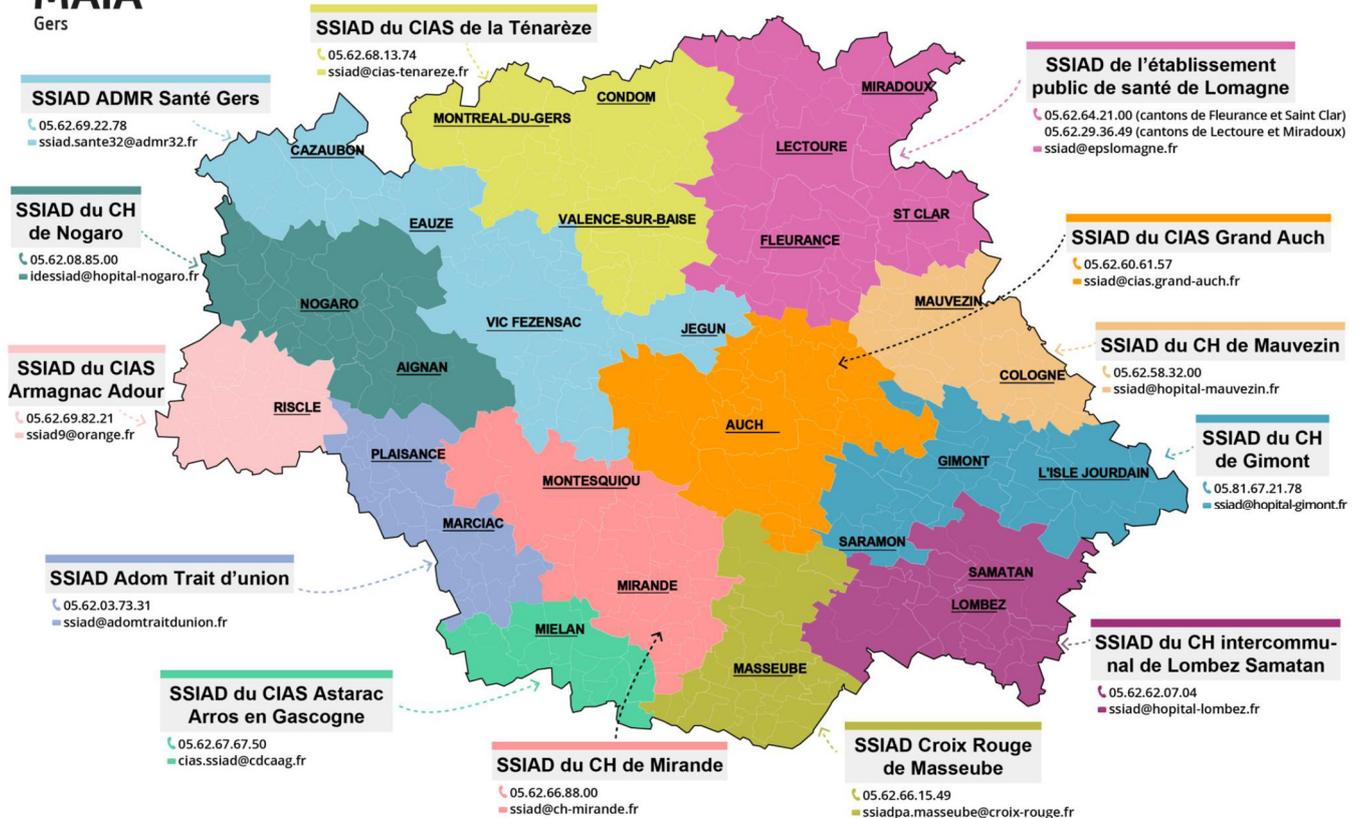
3 SSIAD se situent à Mauvezin, Gimont et Lombez-Samatan. Ils sont rattachés aux centres hospitaliers.

Le 4^{ème} est sur la commune de l'Isle-en-Dodon il est géré par l'association ADMR.

Communes	Places Personnes Agées	Places Personnes Handicapées
Mauvezin	20	1
Gimont	26	4
Lombez-Samatan	30	3
L'Isle-en-Dodon	40	2
Total	116	10

Source annuaire.action-sociale.org

Les SSIAD du Gers



Les ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) accompagnent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile et aident leurs proches. L'objectif des interventions est de leur permettre de rester vivre le plus longtemps à domicile. Ces interventions se font sur prescription médicale. Elles se déroulent durant 12 à 15 séances réparties sur 3 mois.

Une ESA rattachée au SSIAD de Lombez intervient sur le secteur avec 5 places.

Structures d'accueil pour les personnes en situation d'handicap

ITEP (Institut thérapeutique éducatif pédagogique)

Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) ont pour mission d'accueillir des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage. Les ITEP conjuguent au sein d'une même équipe institutionnelle, des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

L'ITEP est situé sur la commune de Monferran-Savès, il est géré par l'association l'ESSOR.

48 places sont disponibles en hébergement complet internat.
17 places en placement famille d'accueil.
26 places en semi-internat.

SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

Les SESSAD apportent aux familles conseils et accompagnement, ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD. En ce qui concerne l'intervention au sein de l'école, elle peut avoir lieu en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS).

Le SESSAD de Monferran-Savès s'occupe des jeunes de 0 à 20 ans atteints de déficiences intellectuelles ou motrices et de troubles du caractère et du comportement. Il a un agrément de 40 places.

CMPP (Centre médico psycho pédagogique)

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Les CMPP sont fréquemment consultés en première intention dans le cadre de troubles psychiques, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente.

Le CMPP UPAES L'ESSOR de Monferran-Savès a 20 places.

FAM (Foyer d'accueil médicalisé)

Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés. L'état de dépendance totale ou partielle des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins.

Le FAM les TUYAS situé à Monferran-Savès est géré par le CCAS et dispose de 50 places.

En résumé, le territoire ne dispose pas d'Hôpital ou de clinique, la CPTS devra se rapprocher des structures sanitaires extérieures.

Il est doté de nombreuses structures médico-sociales, réparties de manière homogène excepté pour les structures d'accueil pour les personnes en situation de handicap qui sont concentrées sur Monferran-Savès.

1.4 Analyse qualitative : les besoins et les problématiques identifiés par les professionnels du territoire

Les données recueillies proviennent :

- **Des questionnaires** qui ont été envoyés aux professionnels du territoire que nous avons interrogé sur les problèmes de prise en charge de leur patientèle, les besoins prégnants du territoire en matière de santé, l'intérêt à développer les liens entre le sanitaire, le médico-social et le social et sur les expériences ou projets réussis qui seraient profitables à tout le territoire.
- **Des rencontres individuelles**
- **Des groupes de travail** notamment sur le parcours personnes âgées
- **Des rencontres partenariales** avec les hôpitaux de proximité, le réseau Arpège, la Maia, la PTA 32, le gérontopôle, le réseau 2PAO, le réseau Diabète Occitanie, le GIP solidaire, E santé Occitanie, la Mutualité Française, les MDS, les communautés de communes.

L'accès à un médecin traitant

Les problématiques identifiées :

- Des départs à la retraite de médecins dans les 5 années à venir
- Les professionnels de santé, les hôpitaux de proximité, certains Ehpad et les usagers ont pu exprimer le manque de médecin entraînant des problématiques d'accès aux soins.
- Il n'y a pas d'organisation spécifique mais il est à noter que les structures d'exercice coordonné ainsi que l'accueil de stagiaires facilitent les installations des jeunes médecins sur le territoire.
- Une population qui augmente fortement.

Les besoins identifiés :

- Augmenter le nombre de maitres de stage sur le territoire
- Développer l'attractivité du territoire par l'exercice coordonné
- Un besoin en offre de médecine générale sur le secteur de Cologne
- Attirer de nouveaux médecins

Les soins non programmés

L'organisation de la permanence des soins non programmés actuelle n'est pas uniforme sur le territoire.

- Les médecins généralistes qui ne sont pas en structures d'exercice coordonné répondent aux soins non programmés en les intégrant dans leur planning. Chaque cabinet s'organise individuellement. Mais il n'y a pas de lisibilité pour les usagers.
- Les 7 médecins exerçant en MSP ont organisé l'accueil des soins non programmés. Des plages horaires sont dédiées. Le secrétariat médical assure une régulation avec l'appui

des médecins si nécessaire. La continuité des soins est assurée de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h.

- La permanence des soins ambulatoires permet que les gardes soient assurées pour le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h.
- Les jours de semaine après 20h jusqu'à 8h les patients doivent appeler le 15 ou aller aux urgences pour avoir une consultation médicale.

Les problématiques identifiées :

- Le manque de visibilité de l'offre existante par les usagers et les professionnels de santé
- La difficulté pour les médecins généralistes d'obtenir des examens de radiologie ou biologie rapides
- La non-compréhension de la notion d'urgence et la surconsommation de soins de certains patients
- Le ressenti d'isolement de certaines professions paramédicales notamment le week-end
- Le manque de coordination entre médecins généralistes pour l'organisation des soins non programmés
- Un besoin croissant en termes d'accès aux avis spécialisés
- Des établissements sanitaires qui ne permettent pas toujours des hospitalisations directement dans les services.

Les besoins identifiés :

- Informer les professionnels de santé et les usagers des dispositifs existants et/ou qui se développeront
- Améliorer la communication entre les professionnels
- Répondre à la demande de soins non programmés de manière pluriprofessionnelle
- Eduquer la population à la notion d'urgence en santé
- Mettre en place un accès direct aux examens de biologie et de radiologie
- Faciliter les prises de rendez-vous avec les spécialistes et les paramédicaux
- Développer des partenariats avec le CH d'Auch et les Cliniques (Cèdres, Pasteur, Gascogne)
- Diminuer le taux de passages non suivis d'hospitalisation aux urgences
- Des filières d'admission directe dans les services hospitaliers

La télémédecine

Actuellement, la télémédecine est seulement mise en place sur le territoire pour :

- Le protocole de téléexpertise pour la prise en charge des plaies en lien avec le réseau DOMCICA-31
- Des téléconsultations ont été utilisées par les médecins généralistes dans le cadre de la crise sanitaire.

Problématiques identifiées :

- La couverture des réseaux n'est pas toujours de qualité
- L'accès à des spécialistes est difficile

Besoins identifiés :

- Développer des protocoles de télémédecine notamment pour les avis spécialisés
- Développer des protocoles dans les Ehpad

L'organisation de parcours professionnels autour du patient :

Les problématiques rencontrées par les professionnels sur les parcours de santé s'articulent autour de :

- La communication et coordination entre les professionnels

Il est ressorti très clairement la nécessité d'améliorer la connaissance et la communication interprofessionnelle, de développer les liens avec les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, de développer des outils communs pour la coordination.

- Le parcours personnes âgées

Des difficultés de prises en charge des personnes âgées sont constatées par les professionnels : des délais de rendez-vous trop long, pas de lien avec les médecins spécialistes, des problématiques liées aux entrées et sorties d'hospitalisation, mauvaise communication interprofessionnelle, manque de connaissance des spécificités des professionnels, pas de protocole homogène, peu de prévention et un manque de certains professionnels à domicile.

- Les addictions

La prise en charge des addictions est une problématique en termes de prévention, de dépistage et d'adressage des patients aux structures adaptées.

- La santé de la femme

La contraception notamment chez les jeunes filles, le suivi gynécologique, la grossesse, les IVG médicamenteuses et la dépression post-partum sont les prises en charge que les professionnels souhaiteraient améliorer dans le parcours de santé de la femme.

- Les patients en situations complexes

La prise en charge des patients en situations complexes nécessiterait le développement de filières de soins, l'élaboration de protocoles, la coordination des professionnels...

- Le parcours enfants et adolescents

Les problématiques identifiées sont : des retards de prises en charges et d'accès à l'expertise pour les parcours enfants et adolescents, une connaissance insuffisante des professionnels qualifiés dans la prise en charge des troubles, des patients et des familles peu informés sur les troubles, le développement de l'enfant et sur la prévention, un lien avec les secteurs sanitaire, social, médico-social et éducatif dépendant de l'information et des démarches personnelles des professionnels, des professionnels de santé peu sensibilisés à l'accompagnement et à la prévention à destination des enfants et des adolescents. Les professionnels souhaiteraient développer la prévention, les liens avec les différents acteurs de la prise en charge et se former.

La prévention

- L'éducation thérapeutique

Différents programmes d'ETP sont développés sur le territoire (diabète, insuffisance cardiaque, obésité...) dans un but d'égalité territoriale il serait intéressant de diffuser l'information et de les développer si nécessaire.

- Le dépistage de la fragilité

Différentes infirmières et la MSP de Mauvezin participent au dépistage de la fragilité. Un déploiement sur tout le territoire doit être étendu.

- Les addictions

Des actions de prévention sur les addictions sont menées dans les MSP (mois sans tabac, temps de sensibilisation) notamment. Ces dernières sont à développer sur tout le territoire.

➤ Les troubles rachidiens

Les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient développer la prévention primaire des troubles rachidiens chez les enfants.

➤ Les chutes chez la personne âgée

Afin de prévenir les chutes chez la personne âgée, les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient développer des ateliers de prévention adaptés aux patients évalués fragiles suite à l'évaluation dans le cadre du programme ICOPE.

1.5 Analyse des données

L'analyse des données qualitatives et quantitatives du diagnostic territorial nous a permis de mettre en évidence les forces et les faiblesses pour mettre en œuvre chaque mission attribuée aux CPTS.

- **Les forces du territoire :**

Les deux maisons de santé qui ont déjà l'habitude de travailler en exercice coordonné.

Les jeunes médecins ont fait des remplacements sur le territoire.

Deux des centres hospitaliers ont une direction commune (Lombez Samatan. Gimont) et les 3 font partie du GHT du Gers.

Les centres de vaccination COVID ont développé une connaissance et une collaboration entre les professionnels.

Des groupes WhatsApp, mailing google groupe pour communiquer sont utilisés.

- **L'accès aux médecins traitants :**

Des jeunes médecins sont venus s'installer dans les 2 MSP mais aussi sur l'Isle-Jourdain. Le travail en pluriprofessionnalité a été un levier pour leur installation.

- **L'accès aux soins non programmés :**

Le taux de passage aux urgences sans hospitalisation est seulement de 11.9% deux fois moins qu'en Occitanie.

Les 2 MSP ont déjà des plages horaires pour les soins non programmés.

La crise sanitaire a permis de développer l'utilisation de la télémédecine.

- **L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient**

Des partenariats ont été créés avec différents acteurs de santé (Gérontopôle, le réseau 2PAO, Diabète Occitanie, CICAT Occitanie, Arpège...)

Des temps de sensibilisation sur certains thèmes comme les addictions ont déjà été organisés.

Les 2 MSP réalisent des réunions de concertations pluriprofessionnelles sur des cas complexes et certains protocoles sont mis en place.

Des professionnels sont experts en plaies et cicatrisation.

La participation de la CPTS à la construction du DAC (dispositif d'appui à la coordination)

Le souhait des centres hospitaliers d'obtenir le label hôpitaux de proximité.

Le recours à l'HAD y compris en Ehpad.

- **La prévention**

Un certain nombre d'atelier d'ETP sont déployés sur le territoire.

Des infirmières sont formées à Icope et la MSP de Mauvezin évalue la fragilité en pluriprofessionnalité.

Une microstructure médicale addictions se met en place sur la MSP de Mauvezin.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est à 62.3%.

La vaccination ROR est à 79.9%.

L'examen bucco-dentaire des enfants de moins de 16 ans est à 79.3%.

- **Accompagnement des professionnels de santé**

De nombreux médecins généralistes sont Maître de stage.

Des professionnels formateurs ou ressources sont présents sur le territoire.

- ❖ **Les faiblesses du territoire :**

Il y a une problématique d'interconnaissance des professionnels, des structures.

Beaucoup de professionnels sont isolés & n'ont pas l'habitude de travailler en coordination.

La communication est à structurer et sécuriser pour améliorer les prises en charge.

- **Accès aux soins médecins traitants**

1 / 4 des médecins généralistes ont plus de 60 ans.

Toutes les communes sont en ZAC.

Peu de médecins spécialistes. D'ici 5 ans, il n'y aura plus de médecins radiologues.

- **Accès aux soins non programmés**

Il y a peu d'actes de télémédecine.

Il n'y a pas d'uniformisation de l'accès aux soins.

Il n'y a pas de visibilité de l'offre pour les usagers.

- **L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient**

Les liens doivent être développés avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le partage d'information doit être sécurisé.

Les entrées et sorties d'hospitalisation sont à améliorer.

Les ressources du territoire ne sont pas lisibles pour les professionnels.

Il y a peu de coordination pour les prises en charge.

- **La prévention**

Il est à noter une surconsommation médicamenteuse.

Le dépistage des cancers colorectal et du sein sont à améliorer.

La vaccination antigrippale également.

Le dépistage de la fragilité n'est pas uniforme sur le territoire.

- **L'accompagnement des professionnels de santé**

L'accès à tous les professionnels est difficile (absence d'URPS notamment).

1.6 Orientations stratégiques du projet de santé

L'analyse des forces et des faiblesses basées sur les données du diagnostic territorial, nous a amené à définir des axes de travail pour chaque mission.

Accès à un médecin traitant

- dresser un état des lieux précis
- création d'un groupe de travail pour améliorer l'accès à un médecin traitant en ciblant une patientèle prioritaire.

Accès aux soins non programmés

- uniformiser l'offre sur le territoire
- établir des protocoles de délégations de tâches
- créer un secrétariat pour le traitement et l'orientation des demandes de SNP.

Parcours pluriprofessionnel

- Communication et coordination interprofessionnelle
- Parcours personne âgée
- Parcours de la santé de la Femme
- Parcours de l'enfant et de l'adolescent
- Addictions
- Plaies chroniques et/ou complexes

Prévention

- Prévention des complications du Diabète
- les mois de la prévention
- Dépistage de la Fragilité
- Prévention des troubles rachidiens chez les enfants
- Prévention des chutes chez la personne âgée fragile.

Accompagnement des professionnels de santé

- accueil des jeunes en formation
- communication interprofessionnelle

Qualité et pertinence des soins

- non déclinée

2. Les missions de la CPTS

Le diagnostic territorial nous a permis d'identifier les besoins et problématiques du territoire et de définir les axes de travail pour y répondre.

Des groupes de travail ont été constitués pour opérationnaliser ces choix dans le cadre des missions définies pour les CPTS soit l'accès aux soins, les parcours pluriprofessionnels, la prévention et l'accompagnement des professionnels.

Ces derniers ont élaboré des « fiches-actions ». Chacune d'elle établit : le constat basé sur le diagnostic territorial (quantitatif et qualitatif), propose l'objectif général à atteindre, la population ciblée, les acteurs concernés, indique les objectifs opérationnels avec les actions à mettre en place, les ressources disponibles et à mettre en œuvre, planifie le calendrier prévisionnel et cible des indicateurs pour évaluer les moyens et l'efficacité des actions.

2.1 L'amélioration de l'accès aux soins

A. Faciliter l'accès à un médecin traitant

Le constat :

- 10.4 % de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré soit 2944 patients
- 1 /4 des médecins généralistes installés ont plus de 60 ans, le territoire va donc devoir faire face à de nombreux départs à la retraite.
- Toutes les communes du territoire sont classées en zones d'action complémentaire aussi des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que le manque de médecin augmente.
- Une augmentation de la population de 5.9% entre 2011 et 2016
- L'ensemble des professionnels de santé et des structures déplore le manque de médecin.

La population ciblée :

- en priorité les patients de plus de 70 ans, avec une ALD.
- tous les patients sans médecin traitant.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux
- les acteurs sanitaires (les assistantes sociales des hôpitaux de proximité et du réseau Arpège)
- les acteurs sociaux et médico-sociaux (Ehpad, Maia32, Arcolan, MDS, SSIAD, GIP Gers solidaire)
- les IDE ASALEE
- la CPAM et la MSA

L'objectif général :

Faciliter l'accès à un médecin traitant aux patients du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- Dresser un état des lieux auprès de l'ensemble des médecins généralistes sur leur capacité à augmenter leur patientèle et dans quelles limites.** Afin de répondre à cet objectif un questionnaire qui a commencé à être élaboré sera envoyé par mail. Des entretiens seront réalisés selon les besoins.
- Créer un groupe de travail « accès au médecin traitant ».** Ce groupe sera constitué de médecins généralistes, pharmaciens, assistantes sociales et acteurs du social et médico-sociaux qui souhaitent s'investir sur ce sujet afin d'initier une organisation qui facilitera l'accès à un médecin traitant.
- Organiser le repérage des patients sans médecin traitant & leur orientation vers un médecin du territoire.** Le groupe de travail devra proposer suite à l'analyse de l'état des lieux une procédure commune qui sera étendue sur tout le territoire de la CPTS.

-Organiser des campagnes d'information auprès des usagers. L'importance d'avoir un médecin traitant et la procédure d'accès doit être relayée par le biais des outils de communication tels que les gazettes, le site internet, des affiches...

-Informers les médecins généralistes sur les différentes possibilités de se dégager du temps médical.

Des temps de sensibilisation & d'échanges sur les nouveaux métiers (infirmière ASALEE, IPA, Assistant médical) pourront être organisés.

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : fournitures, affiches

Numériques : site internet, plateforme de coordination, système d'adressage des patients

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Dresser l'état des lieux	→																		
Créer le groupe de travail				→															
Créer une procédure commune					→														
Informers les médecins								→											
Informers les usagers													→						
Evaluer						🕒						🕒						🕒	

Les indicateurs d'évaluation :

De moyens :

-Nombre de médecins interrogés pour dresser l'état des lieux

-Nombre de rencontres pour créer la procédure commune

-Nombre de rencontres organisées pour sensibiliser les médecins aux nouveaux métiers

D'efficacité

-baisse du taux de patients sans médecin traitant âgés de plus de 70 ans, avec une ALD, en situation de précarité.

-baisse du nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS.

B. La prise en charge des soins non programmés

Le constat :

Les soins non programmés sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences (rapport Mesnier mai 2018).

- La part des passages aux urgences non suivi d'hospitalisation est de 11.9%. Elle est inférieure au niveau départemental (-3.1%) et au niveau régional (-9.5%).
- La part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services est de 61.1% (à relativiser car taux de communes neutralisées de 73.8%).
- Les deux MSP ont organisé la prise en charge des soins non programmés (plages horaires dédiés).
- Il n'y a pas d'organisation mutualisée et lisible pour les usagers et les professionnels de santé sur le territoire.
- La population est peu sensibilisée à la notion d'urgence en santé.
- Les professionnels de santé souhaitent pouvoir travailler en pluriprofessionnalité pour répondre aux soins non programmés.

La population ciblée :

- la population du territoire de la CPTS du sud est gersois

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (dont généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens)
- les établissements sanitaires (hôpitaux de proximité, CHG d'Auch, Clinique des Cèdres, de Gascogne)
- Comité des usagers, Mairies, Communautés de Communes

L'objectif général :

- Organiser une prise en charge des soins non programmés de la population du territoire de la CPTS.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

-Recenser l'organisation et les besoins en soins non programmés :

Dresser un état des lieux de l'offre de soins non programmés auprès des médecins généralistes et spécialistes. Un questionnaire sera envoyé par mail aux médecins du territoire afin d'analyser l'organisation actuelle, les ressources à disposition, les problématiques et besoins identifiés. Des entretiens seront réalisés si besoin pour affiner l'analyse.

Dresser un état des lieux avec les établissements sanitaires. Afin d'avoir une vision élargie de la prise en charge des soins programmés un travail de communication et d'échanges doit être réalisé avec les services des urgences. Trois axes doivent également être abordés : l'accès aux spécialistes par les médecins de ville (le territoire de la CPTS est doté de très peu de médecins spécialistes) ; les admissions directes en hospitalisation adressées par les médecins de ville et la réorientation des patients ne nécessitant pas de plateau technique hospitalier vers la médecine de ville.

Dresser un état des lieux auprès des paramédicaux. Le questionnaire sera également envoyé aux professionnels de santé paramédicaux. Il permettra d'évaluer leur gestion des soins non programmés et s'ils souhaitent participer à une réponse pluriprofessionnelle.

-Créer un groupe de travail pluriprofessionnel volontaires sur les nouvelles organisations de prise en charge des soins non programmés. Ce groupe proposera suite à l'analyse des 3 états des lieux les outils et méthodes envisagés et devra les impulser sur l'ensemble du territoire de la CPTS. Le diagnostic territorial a déjà permis de dégager des propositions d'organisation notamment la création d'un secrétariat pour le traitement et l'orientation des demandes de SNP, l'utilisation d'un agenda partagé pour la gestion des plages horaires de SNP, la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

-Réaliser des campagnes d'information auprès de la population du territoire sur les offres de soins non programmés. Afin d'améliorer l'orientation des patients, les professionnels de santé doivent communiquer sur l'organisation mise en place. Les acteurs tels que les comités d'usagers des MSP, les mairies, les communautés de communes mais aussi les outils tels que le site internet, les newsletters, les affiches pourront être les relais pour transmettre cette information.

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : site internet, agenda partagé

Humaines : coordinateur/ trice de parcours patient

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Dresser l'état des lieux Médecins généralistes / spécialistes	→																	
Dresser l'état des lieux établissements sanitaires		→																
Dresser l'état des lieux professionnels paramédicaux			→															
Créer le groupe de travail SNP pluriprofessionnel						👤👤👤												
Mettre en œuvre la nouvelle organisation									→									
Informé sur l'offre de soins												→						
Evaluer						🕒						🕒						🕒

Les indicateurs :

De moyens :

Nombre de professionnels de santé médicaux et paramédicaux et d'établissements sanitaires interrogés

Nombre de rencontres pour élaborer la nouvelle organisation des soins non programmés

Nombre de canaux de communication utilisés pour informer sur l'offre de soins

D'efficacité

Augmentation du nombre d'acte de soins non programmés pris en charge par les professionnels de santé

Diminution du taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

Augmentation du taux des admissions directes en hospitalisation de médecine adressées par un professionnel de santé.

C. Le déploiement de la télémédecine

Le constat :

Selon le code de la santé publique, la télémédecine désigne « les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Les pratiques relevant de la télémédecine désignent ainsi la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

- le territoire de la CPTS est doté de très peu de médecins spécialistes.
- les professionnels de santé relèvent des difficultés en termes d'accès aux spécialistes et au niveau de la couverture du réseau chez les patients.
- la crise sanitaire a toutefois augmenté par nécessité l'utilisation de la télémédecine.
- la MSP de Mauvezin utilise Postelo pour la téléexpertise, certains Ehpad ont recours à la téléexpertise notamment en psychiatrie, les professionnels de santé font appel à Cicat-Occitanie pour de la téléexpertise pour les patients atteints de plaies chroniques et / ou complexes.

La population ciblée :

- la population du territoire de la CPTS du sud est gersois.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux)
- les établissements sanitaires (CHU d'Auch, la clinique des Cèdres, la Clinique Pasteur)
- les EHPAD du territoire
- les acteurs d'appui au déploiement (GIP e-santé Occitanie, ARS Occitanie, CPAM Haute-Garonne)

L'objectif général :

- Faciliter l'accès aux médecins spécialistes et généralistes pour tous les usagers du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Recenser les dispositifs de télémédecine existants sur le territoire** auprès des professionnels de santé libéraux, des établissements sanitaires et des EHPAD ainsi que les difficultés inhérentes à ces derniers.
- **Identifier les besoins médicaux des professionnels de santé concernant la télémédecine.** Par le biais des différents groupes de travail constitués pour répondre aux missions de la CPTS, les besoins pourront être déclinés.

- Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur le déploiement de la télémédecine. Le groupe après analyse du recensement, des besoins et problématiques proposera des modalités de déploiement de nouveaux dispositifs de télémédecine ou de consolidation des existants.
- Développer des liens privilégiés avec les acteurs institutionnels (ARS, GIP e santé, URPS). La CPTS doit pouvoir être un relais d'information auprès des professionnels de santé concernant les dispositifs de télémédecine.

Calendrier prévisionnel

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Recenser les dispositifs existants	●————→																	
Identifier les besoins médicaux			●————→															
Créer le groupe de travail télémédecine pluriprofessionnel						👥												
Déployer les dispositifs existants							●————→											
Mettre en œuvre des nouveaux dispositifs										●————→								
Développer des liens privilégiés avec les acteurs institutionnels			●————→															
Evaluer												🕒						🕒

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de télémédecine

Humaines :

Indicateurs :

De moyens

-Nombre de dispositifs de télémédecine recensé sur le territoire

-Nombre de rencontres du groupe de travail pour identifier les besoins en télémédecine et les déployer

D'efficacité

-Augmentation du nombre de dispositifs de télémédecine mis en place sur le territoire

-Augmentation du nombre de patients qui ont bénéficié des actes de télémédecine

-Augmentation du nombre d'actes de télémédecine.

2.2 L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient :



Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. L'approche parcours, qui se caractérise à travers une approche par population ou par pathologie consiste, à partir de la perspective de la personne ou de l'utilisateur ou des obstacles qu'il rencontre au long de son parcours, en la recherche de réponses aux besoins qui émergent au long de la vie avec un handicap ou une maladie chronique. Cette démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

L'échange d'informations entre les professionnels est au cœur de la notion de parcours, de continuité des soins et de sécurité des prises en charge. Aussi la CPTS du sud est gersois a choisi de travailler sur **l'amélioration de la communication et de la coordination.**

Les besoins et problématiques identifiés sur le territoire ont permis de mettre en lumière la nécessité de créer des parcours en faveur **d'une meilleure prise en charge des personnes âgées, des enfants et des adolescents, de la santé de la Femme, des addictions et enfin des plaies chroniques et/ou complexes.**

A. Communication et coordination interprofessionnelle :

Le constat :

- Beaucoup de professionnels ne se connaissent pas mais ils ont le souhait de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques.
- Il y a une méconnaissance des spécificités des professionnels et des ressources sur le territoire
- La communication avec les professionnels qui vont à domicile doit être développée pour avoir un rôle d'alerte.
- Les liens avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que le partage d'informations sécurisées doivent être améliorés.
- Les outils d'e-santé sont utilisés mais il n'y a pas d'homogénéisation.
- Des temps de concertation pluriprofessionnelle sont structurés dans le cadre des 2 MSP (RCP)

La population ciblée :

La population du territoire de la CPTS

Les acteurs concernés :

- Les professionnels libéraux
- Les acteurs sanitaires (les 3 centres hospitaliers, HAD, le réseau Arpège, CMP)
- Les acteurs médico-sociaux (MAIA 32, PTA, SSIAD, EHPAD, ITEP, SESSAD, CMPP, FAM)
- Les acteurs sociaux (MDS, CD)
- Le GIP e – santé Occitanie

L'objectif général :

Développer la communication et la coordination interprofessionnelle pour éviter les ruptures dans les parcours de soins des patients du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Recenser les pratiques et outils de coordination existants sur le territoire.** Un état des lieux devra être réalisé auprès de l'ensemble des acteurs ainsi qu'un recueil de leurs besoins et de leurs attentes.
- **Créer un groupe de travail « communication et coordination » pluriprofessionnel.** Ce groupe sera composé de professionnels libéraux, d'acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. Il aura pour mission de répondre à la problématique des systèmes de communication, de partage d'informations et d'organisation de temps de concertation entre professionnels sur le territoire. Il devra définir, en

lien avec les professionnels adhérents et en fonction de leurs besoins, les outils adéquats pour le partage d'information, les modalités de concertation et impulser la dynamique sur le territoire.

- **Définir les modalités organisationnelles de communication et de coordination des parcours mis en œuvre au sein de la CPTS.** La prise en charge des cas complexes est une problématique majeure en raison d'un manque de communication et de coordination des professionnels qui interviennent. Une réflexion sur une organisation territoriale des RCP est à mener : quels sont les motifs, qui est convié, qui réunit, quel outil pour le traçage, quel suivi, le délai...
- **Déployer l'utilisation des outils d'e- santé.** Selon les besoins et attentes recueillis auprès des différents acteurs du territoire, des outils d'e-santé seront proposés et déployés afin de faciliter la coordination entre les professionnels. Le GIP e-santé sera sollicité en fonction.
- **Engager les ressources du territoire dans le développement des parcours.** Il existe une méconnaissance des spécificités des professionnels de santé, la création d'un annuaire qui serait accessible sur le site internet de la CPTS permettrait une meilleure connaissance et une utilisation des compétences au plus proche des patients.
- **Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs.** En organisant des temps de sensibilisation sur des thèmes communs aux différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette action permettra la rencontre de ces derniers ainsi que l'échange de pratiques.
- **Développer des partenariats avec les dispositifs d'appui à la coordination** (futur DAC, HAD, 2PAO, CICAT OCCITANIE).

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

-**Logistiques :**

-**Numériques :** site internet, outils e santé

-**Humaines :** formateurs

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dresser un état des lieux			●	→																				
Créer un groupe de travail				☺☺☺																				
Organisation territoriale des RCP						●	→																	
Déployer l'utilisation d'outil d'e-santé								●	→															
Créer un annuaire													●	→										
Organiser des temps de sensibilisation													●	→										
Développer des partenariats						●	→																	
Evaluation												🕒												🕒

Les indicateurs :

De moyens

- Nombre de RCP effectuées au niveau territorial
- Nombre de professionnels ayant participés à ces pratiques de coordination
- Nombre d'outils de communication déployés sur le territoire

D'efficacité

Nombre d'actions de promotion de pratiques de coordination réalisées / an

B. Le Parcours pluriprofessionnel autour de la Personne Agée :

Le constat

- L'accès aux soins est parfois compliqué (Toilette médicalisée / aide à la toilette) mais aussi en termes de déplacement un certain nombre de personnes âgées sont isolées.
- Le lien ville / hôpital et notamment l'articulation avec l'HAD en sortie d'hospitalisation peuvent être complexes en raison d'un manque de coordination des acteurs.
- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement met en difficulté les établissements et les professionnels libéraux.
- il y a peu de solution de répit pour les aidants (accueil de jour / halte - répit)
- Le repérage et le dépistage de la fragilité ne sont pas effectués sur l'ensemble du territoire ce qui crée des inégalités.
- Certains résidents en Ehpad n'ont pas de médecin traitant.

La population visée

- les personnes âgées et/ ou leurs aidants

Les acteurs concernés

- les professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux
- les acteurs sanitaires (hôpitaux, clinique, HAD, réseau Arpège, Gérontopôle)
- les acteurs médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, MAIA32, PTA, équipe de l'APA)
- les acteurs sociaux (CLIC, France Alzheimer, CCAS)
- les acteurs politique (Mairies, Communautés de Communes)
- les représentants des usagers

L'objectif général

Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées du territoire

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- Créer un groupe de travail composé de professionnels de santé libéraux, d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.** Ce groupe de travail pluriprofessionnel devra suite à l'état des lieux fait

sur la prise en charge & l'accompagnement des personnes âgées du territoire proposer des modalités concrètes, leur mode de mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Renforcer l'état des lieux actuel. Certains partenaires doivent être encore rencontrés, les représentants des usagers et des familles également. Ce diagnostic doit être affiné notamment sur la prévention, la fragilité, l'accès à l'offre de soins, la sortie d'hospitalisation, le maintien à domicile, les solutions de répit pour les aidants, l'entrée en établissement, les soins palliatifs.

- Retarder l'entrée dans la dépendance. Des professionnels sont déjà formés à la détection de la fragilité (protocole en lien avec le Gérontopôle à la MSP de Mauvezin, ICOPE) afin d'étendre la sensibilisation et la détection de la fragilité sur tout le territoire une fiche spécifique a été créée dans la section prévention.

-Promouvoir les actions de prévention locales à destination des personnes âgées et de leurs aidants (programme d'éducation thérapeutique du patient, actions de prévention individuelles et collectives). En lien avec les différents partenaires tels que la MSA, la Carsat, M2P, la Mutualité française, Diabète Occitanie.... des sessions de présentation et de promotion de ces dispositifs peuvent être prévues par la CPTS à destination des professionnels, des personnes âgées et de leurs proches.

-Optimiser les parcours pluriprofessionnels de soins coordonnés entre les professionnels de santé avec la mise en commun des compétences de chacun. Les actions à mettre en œuvre sont développées dans la fiche « communication et coordination interprofessionnelle ».

- Contribuer à la continuité des soins et à une prise en charge adaptée des patients afin de prévenir les ruptures de parcours. Afin de pallier aux problématiques soulevées par les professionnels des entrées et sorties d'hospitalisation, un dossier unique du patient basé sur le Plan Personnalisé de Santé va être construit par le groupe de travail. Une plateforme de coordination sera également choisie par l'ensemble des acteurs intervenants.

-Favoriser l'accès aux solutions de répit. Un recensement des associations et des établissements doit être réalisé puis ces informations doivent être diffusées aux professionnels, aux familles /aidants.

-Améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Une réflexion doit être menée sur ce sujet avec l'ensemble des acteurs afin de déterminer des axes de travail en termes de formation, de lien avec la psychiatrie, du besoin d'une équipe mobile sur le territoire.

Calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Dresser un état des lieux	→																								
Créer un groupe de travail				👥																					
Promouvoir les actions de prévention						→																			
Créer le dossier patient unique													→												
Diffuser l'information sur les solutions de répit													→												
Proposer des axes de travail sur la PEC des troubles du comportement																		→							
Evaluation												🕒												🕒	

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : affiches/flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines :

Les indicateurs

De moyen :

- nombre d'acteurs interrogés pour réaliser l'état des lieux
- nombre d'actions de prévention diffusée par l'intermédiaire de la CPTS
- nombre de professionnels/structures utilisant le dossier patient commun

D'efficacité :

Nombre de personnes âgées qui ont bénéficié des actions du parcours pluriprofessionnel

C. Le parcours pluriprofessionnel du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes

Le constat

- La part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années est de 62.3 %.
- La part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8% soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.
- Les professionnels de santé ont constaté une mauvaise connaissance des ressources pour le suivi gynécologique de la Femme tant au niveau de la population que des professionnels. Le même constat est fait concernant la prise en charge d'une contraception et d'un suivi de grossesse.
- Un manque de coordination dans le parcours de soin entre les professionnels de santé de proximité (sages-femmes et médecins généralistes) et les spécialistes (gynécologues et oncologues) a été souligné.

La population ciblée :

Les adolescentes et les Femmes du territoire de la CPTS

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (sages femmes, médecins généralistes, biologistes, gynécologues, radiologues, oncologues)
- les professionnels de santé des structures sanitaires (gynécologues et oncologues)
- les professionnels de santé du médico-social (planning familial, PMI, CDPEF)
- l'ensemble des professionnels de santé concernant le relais d'information.

L'objectif général :

- Améliorer le parcours de soin du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes

Les objectifs opérationnels et les actions :

-Dresser un état des lieux des professionnels et structures ressources du territoire sur le suivi gynécologique des Femmes. Une liste sera établie avec les compétences et spécificités.

-Créer un groupe de travail sur ce thème. Le groupe devra proposer les modalités choisies pour répondre à l'objectif général, sa mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Informers les Femmes sur les ressources possibles pour leur suivi gynécologique. Pour répondre à cet objectif, un flyer d'information sera créé et une page d'information sur le site internet de la CPTS sur lesquels seront répertoriés les différents lieux et professionnels ainsi que leurs compétences. Ces flyers pourront être mis à disposition dans les salles d'attente de tous les professionnels de santé, les laboratoires, au niveau des mairies. Ils pourraient être distribués par les pharmaciens à chaque fois qu'une contraception est délivrée, par les infirmières scolaires également.

-Informers les professionnels de santé sur les ressources du territoire. Des rencontres interprofessionnelles permettraient une présentation des différentes compétences des acteurs de la santé de la Femme. Cette action faciliterait la communication, la connaissance et le partage d'expérience.

-Etendre le protocole de la prise en charge de l'ITVG médicamenteuse sur l'ensemble du territoire. Afin de permettre une égalité d'accès à toutes les Femmes.

-Améliorer la coordination entre les professionnels de santé de proximité (sages-femmes, médecins généralistes) et les spécialistes (gynécologues, oncologues). Afin de faciliter la communication, le choix d'un type de messagerie sécurisée pour le courrier ou les dossiers patients devra être choisi par les acteurs concernés, voir une plateforme de coordination type SPICO. Des formations communes permettraient un échange sur les pratiques.

-Améliorer le dépistage du cancer du sein. L'information sur la nécessité de faire une mammographie après 50 ans tous les deux ans dans une visée préventive doit être diffusée. Cette action est développée dans la fiche « les mois de la prévention ».

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dresser un état des lieux	→																							
Créer un groupe de travail				👥																				
Créer le flyer et le diffuser						→																		
Informers les PS sur les ressources									→															
Etendre le protocole pour la PEC de l'IVG													→											
Choisir des outils de coordination													→											
Evaluation												🕒												🕒

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre d'acteurs et de structures qui ont participé à la diffusion des flyers
- nombre de professionnels qui ont participé aux rencontres interprofessionnelles sur le suivi gynécologique
- nombre de professionnels qui ont été impliqués dans la PEC d'une IVG médicamenteuse.

D'efficacité :

- nombre de femmes qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel pour leur suivi

D. Le parcours pluriprofessionnel autour des enfants et des adolescents

Le constat

-18.8 % de la population du territoire sont des enfants de moins de 15 ans (+3.4 que le département et +2 que la région). Il semblait donc important de construire un parcours pluriprofessionnel autour des enfants et adolescents.

-Les professionnels de santé ont constaté une mauvaise connaissance des ressources pour le diagnostic de certains troubles ainsi que pour la prise en charge et l'accompagnement des enfants et des adolescents tant au niveau de la population que des professionnels.

-Un manque de coordination dans le parcours de soin entre les professionnels de santé et les acteurs du secteur sanitaire, médico-social, social et éducatif a été souligné. Il n'y a pas de temps dédié aux concertations pluriprofessionnelles.

-Il y a souvent des difficultés dans l'accès à l'expertise (orthophonistes, psychomotriciens, pédopsychiatre) entraînant des retards dans la prise en charge.

-Un certain nombre de professionnels de santé est peu formé à l'accompagnement et à la prévention des enfants et des adolescents (harcèlement, addictions diverses, anorexie...)

La population ciblée :

Les enfants et les adolescents du territoire de 0 à 18 ans.

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médicaux et paramédicaux)

-les acteurs sanitaires (CH d'Auch, CH Gers, CHU de Toulouse, CMP L'Essor)

-les acteurs du médico-social (ITEP. SESSAD.CMPP)

-les acteurs sociaux (CD32.MDS. ASE. Communauté de commune, la Maison des adolescents. Centre social)

-les professionnels de l'éducation nationale (écoles, collèges, lycées)

L'objectif général :

-Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des enfants et des adolescents du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions :

-Dresser un état des lieux des professionnels et structures ressources du territoire travaillant auprès des enfants et des adolescents. Le but sera d'identifier les rôles, les compétences et les spécificités de tous les acteurs (médical, paramédical, sanitaire, social et médico-social). Ces données pourront alimenter l'annuaire des ressources destiné aux professionnels.

-Créer un groupe pluriprofessionnel de travail sur ce thème. Le groupe devra proposer les modalités choisies pour répondre à l'objectif général, sa mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Informers les professionnels du territoire sur les champs de compétences des orthophonistes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes et psychologues. Des temps de rencontres seront organisés pour favoriser l'interconnaissance et permettre une meilleure orientation des enfants ou des adolescents selon leurs besoins.

-Améliorer la coordination entre les professionnels intervenant dans la prise en charge des adolescents et des enfants. Afin de faciliter la communication, le choix d'un type de messagerie sécurisée pour le courrier ou les dossiers patients devra être choisi par les acteurs concernés, voir une plateforme de coordination type SPICO. L'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle sera à définir : dans quels cas, quels acteurs, qui les organisent, comment et ou les tracer...

-Organiser des temps de formation pour les professionnels libéraux et travaillant dans des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales sur des thématiques relatives aux enfants et adolescents. La finalité est de mieux repérer et prendre en charge certaines problématiques tels que les troubles DYS, les troubles du comportement alimentaire, les addictions... Cette action favorisera également l'interconnaissance.

-Informers les enfants, les adolescents et les familles par le biais d'action de prévention. En partenariat avec les différents acteurs (éducation nationale, acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, communauté de communes) des flyers, plaquettes pourront être créés et distribués sur des thèmes choisis par les professionnels tels que la nutrition, l'activité sportive, la contraception...ou/et des professionnels pourront intervenir sur ces thèmes.

-Réaliser une veille documentaire. La CPTS pourra être un relais d'information des dernières recommandations sur les prises en charge des enfants et adolescents par le biais du site internet. Une réflexion pourra être menée sur la création de synthèses par thématiques qui seront transmises aux professionnels.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines : Experts de l'enfance et de l'adolescence

Le calendrier prévisionnel :

Actions sur 24 mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
Dresser un état des lieux	→																												
Créer un groupe de travail						👥																							
Informersur les champs de compétences							→																						
Organiser la coordination													→																
Former les professionnels																	→												
Informers les familles/Enfants/Adolescents																	→												
Créer une veille documentaire																				→									
Evaluation												🕒													🕒				

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels ayant participé aux présentations des professions
- nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire organisées
- nombre de professionnels ayant participé à des temps de formation
- nombre de flyers créés
- nombre de recommandations recensées

D'efficacité :

- le nombre de prises en charge coordonnées et pluriprofessionnelles d'enfants ou d'adolescents

E. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes :

Le constat

-La prévalence des plaies chroniques est en constante augmentation en France, le vieillissement de la population étant un facteur de risque d'apparition et de chronicité.

Une plaie complexe est une plaie dont la cicatrisation ne progresse pas normalement ou qui nécessite des soins avancés. Sa prévention et sa prise en charge reposent sur une stratégie pluridisciplinaire.

La CPTS souhaite travailler sur cet enjeu de santé publique.

-les professionnels libéraux ou en établissement n'identifient pas toujours quand leur patient est porteur d'une plaie chronique ou complexe et qu'elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

-Un développement et un renforcement des compétences des professionnels en termes d'évaluation clinique, de soins techniques, relationnels, éducatifs et préventifs et de la coordination des soins serait nécessaire pour garantir des prises en soins efficaces et pertinentes.

-Deux réseaux d'expertises interviennent sur le territoire de la CPTS :

CIC Arpège qui intervient au domicile du patient et Cicat-Occitanie qui propose des téléconsultations avec DOMOPLAIES Visio Occitanie.

La population ciblée :

Les patients du territoire porteur d'une plaie chronique ou complexe.

Les acteurs concernés :

-les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes, podologues, pharmaciens, angiologue, laboratoires)

-les professionnels de santé des Ehpad et des Hôpitaux de proximité.

-les réseaux CIC Arpège et Cicat-Occitanie

L'objectif général :

-Améliorer le parcours des patients porteur d'une plaie chronique et/ou complexe.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- Sensibiliser les professionnels de santé (libéraux et établissements) sur la prévention et la prise en charge des patients porteurs de plaies.** Des temps de sensibilisation seront organisés sur des thématiques choisies.
- Réduire le délai de cicatrisation.** Un groupe de travail pluriprofessionnel sera créé pour proposer des protocoles basés sur les recommandations de l'HAS, les diffuser à l'ensemble des professionnels du territoire. Un questionnaire sera créé et envoyé aux professionnels de santé pour déterminer quels types de plaies majoritaires ils prennent en charge, lesquelles sont le plus problématiques...
- Coordonner la prise en charge pluriprofessionnelle.** Une réflexion doit être menée autour d'un protocole de soins et sur le choix d'outils de transmissions des données sécurisées.
- Développer les liens avec CIC Arpège et CICAT Occitanie.** Certains professionnels travaillent déjà avec ces deux réseaux d'expertise. Ces réseaux permettent de soutenir les équipes de premier recours, de maintenir le patient à domicile, une expertise rapide, un appui à la coordination du parcours.

Les ressources disponibles :

salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination

Humaines : Experts en plaies et cicatrisation

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Créer le questionnaire et le diffuser																								
Sensibiliser les PS et les structures																								
Créer un protocole pour la PEC																								
Choisir des outils de coordination																								
Conventionner avec les 2 réseaux																								
Déployer la PEC coordonnée																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels et de structures qui ont participé à la sensibilisation sur la PEC des plaies chroniques ou/et complexes
- nombre de protocoles élaborés en pluriprofessionnalité
- nombre de professionnels qui ont participé à la PEC pluridisciplinaire d'un patient porteur d'une plaie chronique ou/et complexe

D'efficacité :

- nombre de patients porteurs d'une plaie chronique ou/et complexes qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel coordonné.

F. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients ayant une problématique addictive :

Le constat

-La prise en charge des patients ayant une problématique addictive notamment l'alcool, le tabac et les écrans peut parfois mettre en difficulté les professionnels :

Au niveau du repérage et du dépistage, comment aborder le sujet.

Au niveau de l'orientation de ces patients vers les spécialistes ou structures adaptés. Les professionnels n'ont pas de vision très claire du réseau, des acteurs.

Au niveau de la coordination avec les différents acteurs de la prise en charge.

Actuellement, des liens existent avec les services sociaux mais ils sont à développer.

Une infirmière ASALEE a un diplôme universitaire en addictologie.

Les deux infirmières ASALEE du territoire se forment plus spécifiquement sur l'addiction au tabac et à l'alcool.

Une après-midi de sensibilisation a été organisée sur Mauvezin avec le réseau 2PAO réunissant des professionnels libéraux, des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.

La population ciblée :

Les patients du territoire ayant une problématique addictive

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, pharmaciens, angiologue, neurologue, ophtalmologue, cardiologue, pneumologue, psychiatre, psychologue)

- les IDE ASALEE

-les acteurs sociaux (les assistantes sociales, la PMI)

-les réseaux (2PAO, IREPS, Partnair)

-le DAC 32

-les acteurs sanitaires (ELSA)

-les acteurs du médico-social (CSAPA, CARUD)

-les collectivités

L'objectif général :

-Améliorer le parcours de la prise en charge en addictologie : repérage, dépistage, accompagnement pluridimensionnel des patients ayant une problématique addictive.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur ce parcours.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour améliorer la prise en charge des patients ayant une problématique addictive, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Améliorer le repérage et le dépistage des patients par les professionnels et les aidants.** Lorsqu'un usage a été identifié soit pendant une consultation soit par l'intermédiaire d'un tiers, le soignant va proposer au patient d'approfondir avec lui son expérience et son niveau d'usage. L'utilisation d'un questionnaire peut être utilisée comme outil de médiation. La CPTS diffusera ses questionnaires de repérage précoce (outils validés) des consommations auprès des professionnels.

Concernant les aidants, la CPTS diffusera des brochures, affiches sur la consommation d'alcool, de tabac et les écrans en lien avec le réseau 2PAO. Cette diffusion serait en lien avec les Mois de la prévention.

-**Améliorer l'orientation des patients.** Pour répondre à cet objectif, la CPTS pourra organiser des temps de formation des professionnels sur la prise en charge des patients ayant une problématique addictive par le biais du réseau 2PAO ou/ et de l'IREPS. Les patients pourront être orientés vers les infirmières ASALEE du territoire qui sont formées. La mise en place de la microstructure médicale en addiction à la MSP de Mauvezin facilitera l'orientation du patient au plus près de son domicile, sans stigmatisation et avec une prise en charge pluriprofessionnelle.

-**Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire.** Afin d'identifier la filière de soins, un répertoire des ressources territoriales accessible sur le site internet de la CPTS sera créé.

Les liens devront être développés avec les addictologues des structures d'Auch pour faciliter les hospitalisations et la prescription de traitements ainsi qu'avec les assistantes sociales de secteur, des CLIC et de la MSMA concernant les accès aux droits. Afin de coordonner la prise en charge, une réflexion devra être menée sur le choix d'une plateforme de coordination.

Des RCP pourront être organisées pour des situations complexes.

Les ressources disponibles :

salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination, site internet.

Humaines : Experts en addictologie

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Diffuser les questionnaires de repérage																								
Diffuser les affiches pour les aidants																								
Organiser des formations																								
Créer le répertoire territorial																								
Développer les liens avec AS et les structures																								
Choisir une plateforme de coordination																								
Organiser des RCP																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels qui ont utilisé des questionnaires de repérage des addictions
- nombre de professionnels ayant participé aux formations sur la PEC des addictions
- nombre de professionnels qui ont utilisé la plateforme de coordination
- nombre de RCP organisée sur le territoire pour des situations complexes

D'efficacité :

- nombre de patients ayant une problématique addictive qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel coordonné.

2.3 Le développement d'actions coordonnées de prévention :

La prévention en santé publique constitue l'ensemble des actions préventives, curatives, éducatives et sociales, qui abordent la santé de façon collective. Parmi elles :

-  La lutte contre les épidémies
-  La prévention des maladies, accidents et handicaps
-  L'éducation à la santé
-  La surveillance et l'amélioration de l'état de santé de la population
-  L'identification et la réduction des risques sanitaires (environnement, travail, etc.)
-  Le développement de l'accès aux soins et la réduction des inégalités de santé

Les actions de prévention santé visent donc à limiter et éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies, en agissant sur tout ou une partie de la population, ses comportements et son environnement.

La prévention en santé publique peut s'exercer dans tous les lieux de vie des individus : domicile, travail, école, cabinet médical, pharmacie, etc.

La CPTS a choisi de développer 4 actions coordonnées de prévention sur le territoire en fonction des besoins et problématiques constatés.

-  Le dépistage de la fragilité
-  Les Mois de la prévention
-  La prévention des troubles rachidiens chez les enfants
-  La prévention des chutes chez les personnes âgées

A. Le dépistage de la Fragilité

Le constat

- La population du territoire est vieillissante (1/3 des personnes ont plus de 60 ans). En 2030, le Gers verrait le nombre de personnes âgées croître de 29%. Parmi celles-ci, l'augmentation des personnes dépendantes serait de 39%.
- La détection de la fragilité est inégalitaire sur le territoire, la MSP de Mauvezin et quelques infirmières libérales effectuent des évaluations en lien avec le Gérontopôle de Toulouse.
- Les professionnels ont constaté un manque de coordination autour de la PEC de la personne âgée.
- Les personnes âgées sont très souvent réfractaires à l'évaluation par peur des résultats.
- Suite au dépistage de la fragilité, il n'y a pas de propositions d'ateliers mémoire, nutrition ou équilibre adaptés.

La population ciblée :

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

Les acteurs concernés :

- les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, pharmaciens, kinésithérapeutes)
- les IDE ASALEE
- les acteurs sanitaires (SSIAD)
- les acteurs du médico-social (CCAS)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)
- les associations (club du 3^{ème} âge)
- le Gérontopôle de Toulouse

L'objectif général :

Retarder ou éviter l'entrée dans la dépendance des séniors

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur le dépistage de la Fragilité.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour améliorer la détection et la prise en charge des personnes âgées fragiles, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.
- **Informers les professionnels sur la notion et l'évaluation de la Fragilité.** Un courrier type créé par le Gérotopôle sera adressé aux médecins, IDE, kinésithérapeutes et pharmaciens.
- **Informers les aidants sur la notion et l'évaluation de la Fragilité.** Des flyers sur le programme ICOPE du Gérotopôle seront distribués ou affichés dans tous les lieux recevant des séniors. Un courrier pourra également être envoyé en coopération avec la CPAM et la MSA.
- **Améliorer l'évaluation de la fragilité du sujet âgé par les professionnels.**
Pour répondre à cet objectif, un plus grand nombre de professionnels (IDE, Kinésithérapeutes, Pharmaciens/es, médecins) devra être formé au STEP 1 et 2 du programme ICOPE par le Gérotopôle afin de pouvoir faire un maillage du territoire.
- **Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire du patient fragile.** Un compte rendu type sur l'évaluation de la fragilité sera créé pour uniformiser l'information à l'attention des médecins sur le territoire. Des outils communs de transmission des informations et de coordination devront être choisis.
- **Proposer une réponse pour maintenir ou améliorer les principales capacités suite à l'évaluation de la fragilité.** Des ateliers sur l'exercice physique, la nutrition et la mémoire seront proposés sur le territoire de la CPTS. Les kinésithérapeutes proposeront des ateliers sur la prévention des chutes. Concernant la nutrition, un partenariat avec M2P sera mis en place. Pour les ateliers mémoires le Gérotopôle proposera début 2022 une formation aux ateliers multi-domaines. Les ateliers devront être coordonnés sur les mêmes semaines car les études du Gérotopôle ont démontré que l'efficacité de ces ateliers est corrélée à cette temporalité.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion/ Le partenariat avec le Gérotopôle

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : salles pour les ateliers

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination, site internet.

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Envoyer les courriers types																								
Diffuser les affiches pour les aidants																								
Organiser la formation des PS																								
Créer le compte rendu type																								

B. La prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles :

Le constat

- Le diagnostic territorial nous indique que 20% de la population du territoire a plus de 70 ans.
- Il est constaté un manque de kinésithérapeutes pour la rééducation globale de la personne âgée à domicile et au cabinet ce qui entraîne des difficultés d'orientation des patients.
- Il n'y a pas d'ateliers de prévention pour la mobilité proposée sur le territoire pour les personnes âgées évaluées fragiles.
- 1/3 des chutes survenant chez les plus de 60 ans sont à l'origine d'une hospitalisation et la chute reste la première cause d'entrée en institution et de perte d'autonomie.

La CPTS a donc choisi de développer ce projet de prévention des chutes basé sur les ateliers Equibr'Age de Kiné France Prévention.

La population ciblée :

Les personnes âgées de 65 ans et plus ou de 60 ans avec une ALD, évaluées dans le cadre du programme ICOPE (STEP1) avec un déficit de mobilité.

Les acteurs concernés :

- les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens/nes)
- les associations (clubs 3^{ème} âge, clubs sportifs).
- les acteurs du médico-social (centres sociaux, MDS)
- les acteurs sanitaires (SSIAD, h)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)

L'objectif général :

Maintenir l'autonomie à domicile et encourager un retour à une vie active (loisir et activité physique) des personnes âgées évaluées fragiles

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail sur la prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles** Le groupe proposera des méthodes et outils pour mettre en place les ateliers, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

- **Recruter et Former les kinésithérapeutes qui le souhaitent aux ateliers Equibr'Age.**

- **Créer des supports communs à tous les acteurs, et à destination des usagers** (fiche auto évaluation, bilan initial et final, fiche pour évaluer la nécessité de l'intervention d'une ou un ergothérapeute au domicile, programme détaillé des ateliers, support pour la conférence)

- **Informier l'ensemble des professionnels de santé, des acteurs du sanitaire, du médico-social, les associations gravitant autour des personnes âgées de la mise en place de ces ateliers.** Des mails seront envoyés, les collectivités pourront être le relais de cette information par des affiches ou flyers. L'information pourra être donnée sur le site internet de la CPTS, sur la newsletter, sur les gazettes des MSP.

- **Organiser les ateliers de prévention des chutes.** Pour réaliser ces ateliers, une conférence de sensibilisation aux risques de chutes à l'attention des seniors sera programmée. Différents professionnels de santé interviendront : médecin, kinésithérapeute, IDE et ergothérapeute. A l'issue de cette dernière, un dépistage STEP 1 du programme ICOPE sera proposé aux participants. Les personnes âgées ayant un déficit de mobilité pourront s'inscrire aux ateliers et une évaluation du STEP 2 leur sera soumise.

Ces ateliers seront constitués de 12 séances d'1 heure avec un bilan d'évaluation au début et à la fin. En cas de risque élevé de chutes, un/une ergothérapeute pourra réaliser une évaluation du domicile et faire des propositions d'aménagement.

La vue et le chaussage seront également à vérifier.

L'organisation de ces conférences et ateliers se tiendra sur différents lieux du territoire pour permettre une égalité de l'accès aux soins.

Les personnes âgées fragiles évaluées en dehors de ce cadre pourront également accéder à ce dispositif.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : 2 kits complets pour l'animation des ateliers

Numériques : le site internet

Humaines : Formateurs Equibr'Age

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Recruter et Former les MK																								
Créer les supports communs																								
Informers les PS, les différents acteurs																								
Organiser les ateliers																								
Mettre en œuvre les ateliers																								
Evaluer																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de kinésithérapeutes ayant participé aux formations de prévention des chutes
- nombre d'ateliers de prévention des chutes mis en place

D'efficacité :

- nombre de personnes âgées fragiles avec un déficit de mobilité ayant bénéficié des ateliers de prévention des chutes.
- Amélioration des capacités de mobilités (comparaison bilan initial et final)

C. Les Mois de la prévention

Le constat

L'analyse du diagnostic territorial a souligné que :

- le diabète de type 1 et de type 2 concerne 3.8% des usagers du territoire soit 1490 personnes.
- les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique concerne 2.9% des usagers soit 1129 personnes.
- l'infarctus coronaire touche 2.2% des usagers soit 861 personnes.
- l'insuffisance cardiaque grave, cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme graves, cardiopathie congénitales graves concernent 1.7% des usagers soit 657 personnes.
- la part des patients consommant de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années est à 26.1%. Elle est meilleure qu'en région mais plus faible que le département.
- la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8% soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.
- Le taux de vaccination pour la grippe saisonnière est de 51.4% et seulement de 32.6% pour les personnes à risque.

Les professionnels ont également relevé les problématiques addictives (alcool, tabac, écran) sur le territoire.

Face à ces différents constats, la CPTS a choisi de se mobiliser sur chacun de ces sujets en les déclinant par mois sur le territoire selon le calendrier de campagne de prévention national.

La population ciblée :

Tous les usagers du territoire

Les acteurs concernés :

- tous les professionnels libéraux et les MSP
- les IDE ASALEE
- les acteurs sanitaires (hôpitaux de proximité)
- les acteurs du médico-social (EHPAD. MDS. Centres sociaux)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)
- la Mutualité Française, le réseau Diabète Occitanie, 2PAO, la CPAM, la MSA, l'IREPS, l'ARS.

-les usagers

L'objectif général :

Maintenir et améliorer la santé des usagers du territoire de la CPTS.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur les Mois de la prévention.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour décliner les campagnes de prévention, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Organiser les actions de prévention par mois.** En fonction du diagnostic territorial et selon le calendrier des actions nationales il a été sélectionné les thèmes de chaque mois : janvier : le mois sans alcool, février : la journée mondiale contre le cancer ; mars : mois de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal ; avril : semaine européenne de la vaccination ; mai : journée mondiale contre l'hypertension ; juin : journée mondiale de l'orthoptique ; septembre : semaine nationale de la prévention du diabète ; octobre : octobre rose mois de sensibilisation au cancer du sein ; novembre : mois sans tabac et la vaccination contre la grippe.

Une réflexion devra être menée pour organiser l'envoi des affiches ou des flyers à l'ensemble des acteurs du territoire qui souhaitent participer, pour aider au montage de journée de sensibilisation...

-**Développer des actions partenariales de prévention.** En collaboration avec le réseau Diabète Occitanie, déployer DIABSAT le programme itinérant de dépistage des complications chroniques du diabète. Un camion équipé de plusieurs appareillages spécifiques propose des journées de dépistage à destination des personnes diabétiques.

Les patients diabétiques peuvent ainsi bénéficier gratuitement de tout ou partie des examens suivants, selon leurs besoins et/ou la demande du médecin traitant ou du diabétologue :

- prise de clichés de rétinographie non mydriatique (si la dernière consultation ophtalmologique date de plus d'un an),
- dépistage de la microalbuminurie (si la dernière évaluation date de plus d'un an),
- en cas d'absence de suivi podologique ou s'il date de plus d'un an :
 - > mesure des Index de Pression Systolique (IPS) au stéthoscope-doppler,
 - > réalisation de la gradation podologique.

Ce dépistage a été réalisé en 2021 sur les MSP de Mauvezin et Samatan. Il sera étendu sur le territoire y compris auprès des Ehpad car les personnes âgées ont des difficultés pour se déplacer.

En collaboration avec la Mutualité Française, organiser une journée de prévention sur le territoire à l'attention de tous les usagers permettant d'évaluer la vision, l'audition, la glycémie et la tension.

Un partenariat est envisagé avec la CPAM pour compléter cette journée par l'examen de prévention en santé.

-**Renforcer les compétences des professionnels en matière de prévention en santé.** Des temps de formation pourront être organisés sur les thèmes des mois choisis.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion/ Le partenariat avec le réseau Diabète Occitanie, la Mutualité Française et l'IREPS.

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : salles pour les formations / Lieu journée de prévention

Numériques :

Humaines : Experts pour les formations, Organisation de la journée de prévention

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Organiser les actions de la prévention																								
Mettre en œuvre les actions de prévention																								
Organiser la formation des PS																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels ayant participé aux formations sur la prévention
- nombre de professionnels ayant participé aux actions de prévention mensuelles

D'efficacité :

- nombre de personnes qui ont effectué les tests de dépistage lors de la journée de prévention
- nombre de patients diabétiques qui ont effectué le dépistage des complications avec le programme DIABSAT.

D. La prévention des troubles rachidiens et de l'obésité en milieu scolaire :

Le constat

-Selon l'OMS, les troubles ostéoarticulaires sont une des principales causes de l'obésité. Les études nous indiquent que les personnes avec un IMC supérieur à 25 sont de futurs lombalgiques. Le mal de dos et l'obésité touchent les plus jeunes et s'auto alimentent puisque les troubles du rachis sont notamment liés à la sédentarité et à la position assise.

-Il est à noter que peu ou pas de place est accordée à la prévention primaire sur les troubles rachidiens en école primaire sur notre territoire.

-Une éducation vertébrale est nécessaire afin de limiter les rachialgies de l'adulte et de diminuer le coût social des lombalgies sur le long terme (arrêt de travail).

La CPTS a donc choisi de développer ce projet de prévention porté par l'URPS Kiné d'Occitanie.

La population ciblée :

Les enfants scolarisés en classe de CM1 des écoles du territoire

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes)
-les associations de parents d'élèves, les parents.
-les écoles primaires.

L'objectif général :

Favoriser les détections de troubles rachidiens et de l'obésité de l'enfant de moins de 12 ans, les sensibiliser à une éducation vertébrale et aux risques de la sédentarité.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail sur la prévention des troubles rachidiens et de l'obésité de l'enfant de moins de 12 ans.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour mettre en place ce dépistage, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Recenser l'ensemble des professionnels formés à ses actions (médecins, infirmiers scolaires et libéraux, kinésithérapeutes).** Des courriers seront envoyés aux professionnels concernés.

- Recenser les actions déjà réalisées dans les écoles primaires. La CPTS devra se rapprocher des 25 écoles primaires du territoire pour effectuer ce recensement par courrier ou par téléphone.
- Recenser le nombre d'élèves de CM1 sur le territoire. Ce recensement se fera en même temps que le précédent.
- Recruter et former les kinésithérapeutes du territoire avec le soutien de l'URPS MK Occitanie. Les kinésithérapeutes seront contactés pour leur exposer cette action de prévention et leur proposer d'y participer. Une formation de 2 jours est nécessaire.
- Créer un support commun établis par l'équipe pluridisciplinaire en charge du projet.
- Informer et solliciter les écoles primaires du territoire puis les médecins généralistes pour la partie après dépistage. Un courrier type sera créé et envoyé aux écoles. Il en sera de même pour les médecins généralistes.
- Mettre en place les actions de prévention pour les classes de CM1 sur le territoire.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : outils de présentation (colonne vertébrale, accessoires)

Numériques :

Humaines : Formateurs

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Recenser les PS formés à ses actions																								
Recenser les actions réalisées dans les écoles																								
Recenser le nombre d'élèves de CM1																								
Recruter et former les MK																								
Créer un support commun																								
Solliciter les écoles primaires																								
Informer les MG																								
Mettre en place les actions de prévention																								
Evaluer																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de kinésithérapeutes ayant participé aux formations de prévention des troubles rachidiens en milieu scolaire
- nombre d'écoles qui ont participé à l'action de prévention des troubles rachidiens auprès des élèves de CM1.

D'efficacité :

- nombre d'enfants de CM1 qui ont participé au dépistage des troubles rachidiens et de l'obésité et à une éducation vertébrale.

2.4 L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire :

Le constat :

- Toutes les communes du territoire sont classées en ZAC traduisant une offre de soins et un accès aux soins moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.
- La démographie médicale et paramédicale est tendue pour la majorité des professions.
- Des professionnels de santé sur le territoire sont formés et accueillent des jeunes en formation
- Les formes d'exercice coordonné facilitent l'installation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire (La MSP de Mauvezin a attiré 1 jeune médecin et la MSP de Samatan 2 jeunes médecins, une psychomotricienne)
- La CPTS peut être un facteur favorisant l'installation de nouveaux professionnels sur le territoire qui souhaitent travailler en exercice coordonné.

La population ciblée :

Les professionnels médicaux ou paramédicaux en formation et/ou qui souhaitent s'installer.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux)
- les collectivités (mairies, département)

L'objectif général :

Rendre le territoire dynamique et attractif en vue d'attirer de nouveaux professionnels et d'inciter ceux travaillant déjà sur le territoire à y rester.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Encourager les professionnels de santé à l'accueil de stagiaires.** Un état des lieux doit être réalisé sur les maîtres de stages de chaque profession pour avoir une meilleure visibilité des lieux d'accueil.

- Evaluer les attentes et besoins des étudiants pour favoriser leur installation.** Un questionnaire sera créé pour comprendre leurs freins et leurs motivations afin de pouvoir agir sur certains leviers en fonction des résultats.
- Proposer un accompagnement et des aides à l'installations.** Des partenariats avec les mairies pourraient être développés concernant le logement, les locaux professionnels... et avec le CD32 pour les médecins.
- Développer des partenariats avec les écoles et centres de formation.** Le travail en exercice coordonné de la CPTS pourrait être présenté aux étudiants.
- Intégrer les étudiants dans la dynamique pluriprofessionnelle.** Afin de favoriser l'interconnaissance avec les professionnels du territoire, les étudiants doivent avoir accès à l'annuaire du territoire du site internet de la CPTS, être intégrer aux groupes WhatsApp, et des réunions de formation ou d'échanges de pratiques ou de présentation de métiers seront mises en place.

Calendrier prévisionnel

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Recenser les maitres de stage	● →																	
Créer, diffuser, analyser le questionnaire				● →														
Développer les partenariats Mairies CD32						● →												
Développer les partenariats avec les écoles									● →									
Mettre en place des réunions d'échanges										● →								
Evaluer												🕒						🕒

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : site internet

Humaines :

Indicateurs :

De moyens

-Nombre de stagiaires accueillis sur le territoire par an par profession

-Nombre de professionnels formés à l'encadrement de stagiaires

D'efficacité

-Nombre de nouveaux professionnels installés sur le territoire

3. Organisation et fonctionnement de la CPTS

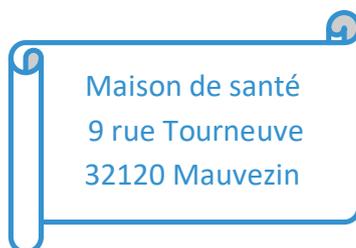
A. La structuration juridique :

La CPTS du sud est gersois est portée par une association Loi 1901 depuis le 23 novembre 2020.

L'association a pour but de porter la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du territoire de Mauvezin à l'Isle-en-Dodon, dont les objectifs s'inscrivent dans une approche populationnelle et sont :

- ✚ L'organisation de réponses à un besoin de santé des habitants du territoire de Mauvezin à l'Isle-en-Dodon
- ✚ Faciliter la coordination, la continuité, la qualité et l'efficience des soins curatifs, préventifs délivrés aux habitants du territoire.
- ✚ Faciliter l'accès aux soins et à la promotion de la santé
- ✚ Faciliter l'organisation de l'offre de soins et de santé du territoire
- ✚ Faciliter l'implication des habitants dans les démarches en santé
- ✚ Lutter contre les inégalités sociales de santé

Le siège social de l'association se situe à :



B. Les membres de l'association :

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les statuts.

L'association se compose de :

- ✚ **Membres Fondateurs** : ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou

morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration de son projet de santé.

 **Membres Actifs (adhérents)** : ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire, qui contribuent à l'objet de l'association en apportant leur concours à la réalisation des projets.

 **Membres d'Honneur** : ce titre peut être décerné par délibération du conseil d'administration aux personnes physiques ou morales qui rendent ou ont rendu des services importants à l'association.

L'association est constituée actuellement de :

 40 professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) qui ont réglé leur cotisation mais cela n'est significatif de la réalité des professionnels qui adhèrent au projet.

 2 membres MSP (Mauvezin et du bassin de la Save)

 Les membres partenaires :

3 hôpitaux de proximité (Mauvezin et Samatan/Lombez et Gimont)

Le Gérontopôle

8 Ehpad

3 SSIAD

La MDS de Mauvezin

Le CPEF de l'Isle Jourdain

Les CLIC de l'Isle Jourdain et Gimont

Le laboratoire des Cèdres

Le futur DAC

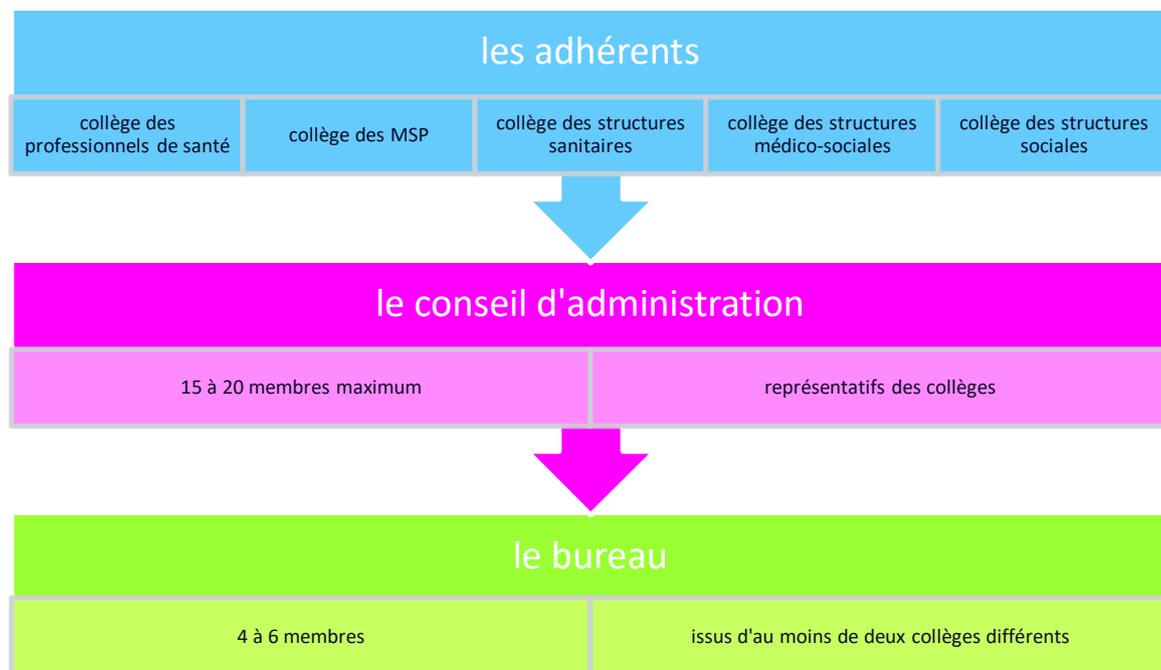
Les réseaux 2PAO, Diabète Occitanie, l'IREPS

La Mutualité Française.

Les communautés des communes Bastides de Lomagne et de la Gascogne Toulousaine.

La diffusion du projet de santé permettra de nouvelles adhésions. De plus, certains partenaires n'ont pas encore pu être rencontrés.

C. La gouvernance :



Chaque membre du collège professionnels de santé et du collège des MSP présent ou représenté dispose de **deux voix** lors de chaque décision collective.

Pour les collèges des structures du secteur sanitaire, médico-social et social, chaque membre du collège présent ou représenté dispose **d'une voix** lors de chaque décision collective.

L'ensemble des adhérents est convoqué au moins une fois par an pour l'assemblée générale.

L'assemblée générale est compétente pour :

- ✚ Approuver le rapport moral ;
- ✚ Approuver le rapport financier et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes ;
- ✚ Adopter l'affectation des résultats ;
- ✚ Approuver le budget de l'exercice suivant ;
- ✚ Fixer le montant de la cotisation ;
- ✚ Procéder au renouvellement du conseil d'administration tous les 3 ans ;
- ✚ Désigner le commissaire aux comptes ;
- ✚ Délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an et chaque fois qu'il est convoqué par le/la président/e ou à la demande d'un tiers de ses membres.

Le/la président/e convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA.

L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote. Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA ou majorité des suffrages exprimés.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

Il dispose d'une compétence générale pour toutes les matières intéressant l'association et qui ne sont pas réservées à l'AG.

Le CA élit en son sein un bureau comprenant à minima :

- Un/une président-e ;
- Un/une vice-président-e ;
- Un/une secrétaire et éventuellement un/une adjoint-e ;
- Un/une trésorier-ère et éventuellement un/une adjoint-e.

Nom Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Structure
BEDARD Angiolina	Psychologue	Lombez	MSP
BIAJOUX Quentin	Pharmacien	Gimont	
CASTADERE Jean Marc	Médecin généraliste	L'Isle-Jourdain	
CLARAC Agnès	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
CONTE Arnaud	Médecin généraliste	Samatan	MSP
FOURCADE Fabien	Médecin généraliste	Mauvezin	MSP
LEVEQUE Carine	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
CLAUZET Marion	Infirmière	Saint-Cricq	
MINGUEZ Audrey	Kinésithérapeute	L'Isle-Jourdain	
MERHILOU Pascal	Infirmier	Cazaux-Savès	MSP
PIOT Laurence	Pharmacienne	Mauvezin	
RAYO Marine	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
SUINOT Christophe	Kinésithérapeute	L'Isle-Jourdain	
THAU Fabienne	Sage-Femme	Mauvezin	MSP
TREMOULET Laurent	Infirmier	L'Isle-en-Dodon	

Le Bureau : Les membres du bureau sont issus d'au moins deux collèges différents. Ils sont élus pour trois ans renouvelable deux fois.

-  Le ou la président/te doit être un professionnel de santé libéral en activité. Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile. Il peut engager une action en justice au nom de l'association. Il ordonne les dépenses relatives au fonctionnement de l'association. Il préside le CA et l'AGO. En cas d'absence le CA désigne un président de séance parmi ses membres.
-  Le ou la vice-présidente assiste le président dans ses fonctions.
-  Le ou la secrétaire de l'association tient à jour les écritures relatives au fonctionnement des instances de l'association.
-  Le trésorier tient les comptes de l'association. Il rend compte à l'AGO annuelle de la gestion financière de l'association. Il peut avoir l'appui d'un comptable si cela est jugé nécessaire.

Fonction	Nom Prénom	Profession
Président	CASTADERE Jean-Marc	Médecin généraliste
Vice-présidente	LEVEQUE Carine	Infirmière
Vice-présidente	THAU Fabienne	Sage-Femme
Trésorier	SUINOT Christophe	Kinésithérapeute
Trésorier adjoint	BIAJOUX Quentin	Pharmacien
Secrétaire	MERHILOU Pascal	Infirmier
Secrétaire adjoint	FOURCADE Fabien	Médecin généraliste

D. La coordination des acteurs

Deux niveaux de coordination sont définis :

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

Afin d'écrire le projet de santé, la CPTS a utilisé les fonds FIR pour rémunérer une coordinatrice à l'initiative du projet à raison d'un jour par semaine.

Des groupes de travail ont été constitués sur WhatsApp et sur Zoom autour des missions socles et complémentaires.

Ces groupes ont permis la réalisation des fiches actions présentes dans ce projet de santé. Ils continuent d'être alimentés et sont des lieux d'échanges pour les membres de la CPTS.

Un groupe WhatsApp existe également pour le conseil d'administration.

Le projet de la CPTS du sud est gersois va nécessiter par la suite des ressources humaines pour animer, accompagner et mettre en oeuvre le projet de santé. La CPTS aura besoin de salarier à temps plein la coordinatrice qui a commencé la formation de coordinateur portée par la FORMS et l'EHESP en mai 2021.

Les missions estimées seraient :

➤ La coordination des actions de la CPTS

En tant que chef de projets, piloter l'ensemble des actions du projet de santé : organisation, mise en oeuvre opérationnelle et évaluation.

-  planifier et organiser les réunions telles que les réunions de projets ou les réunions de concertation pluriprofessionnelle
-  faire le lien entre les membres de la CPTS : impulser une dynamique d'équipe et fédérer les professionnels et les idées

- ✚ mettre en place le projet de santé de la CPTS et les actions de prévention : organiser le planning et les groupes de travail, définir les objectifs et les moyens, développer des partenariats, mobilisera les professionnels et évaluera l'impact des actions
- ✚ aider à choisir et à déployer le système d'information, rechercher des prestataires, organiser les rencontres, les démos et les formations.
- ✚ réaliser une veille juridique et documentaire
- ✚ impliquer les usagers dans les actions

➤ **Le développement de partenariats**

Pour mener à bien les projets et actions de la CPTS, il est souvent essentiel de s'appuyer sur des ressources extérieures : acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, collectivités territoriales, institutions, associations, entreprises, etc.

- ✚ mettre en place des synergies, définir les conditions de partenariats et établir une contractualisation si nécessaire.
- ✚ chercher des soutiens financiers. Ce type de partenariat nécessite des temps de rencontres et de suivi avec le financeur, la réalisation d'un dossier de demande de subvention ou la réponse à un appel à projet.
- ✚ faire le lien avec le prestataire du système d'information choisi et également d'autres prestataires selon les outils mis en place.
- ✚ gérer les relations avec les partenaires institutionnels.

➤ **La communication**

Communiquer avec les publics cibles :

- ✚ Les professionnels de santé membres de la CPTS, lorsqu'une action doit être mise en place ou lorsqu'il y a un événement majeur
- ✚ Les patients, pour leur expliquer le parcours de soins, leur faire part d'une action de prévention ou diffuser une enquête de satisfaction
- ✚ Le grand public, pour informer de la mise en place d'une action de prévention ou diffuser des messages de santé
- ✚ Les partenaires, pour les mobiliser, les impliquer et suivre les actions

➤ **La gestion administrative**

- ✚ élaborer et suivre le budget prévisionnel en lien avec l'expert comptable et le trésorier, lié aux projets et actions ainsi qu'aux ACI et aux recrutements.
- ✚ rechercher les financements, en construisant des dossiers de demandes de subvention ou en répondant à des appels à projets de collectivités territoriales, d'institutions ou de fondations.
- ✚ réaliser les rapports d'activités, transmis aux financeurs de ces projets ou relatifs aux ACI

-
- organiser les Assemblées Générales, Conseils d'Administration et réunions de Bureau de la CPTS
 - participer au recrutement et à l'intégration des nouveaux arrivants.

Pour réaliser les missions du projet de santé :

Chaque membre du conseil d'administration devra faire partie d'au moins 1 groupe de travail.

Il n'y a pas de nombre maximum de participants aux différents groupes de travail.

Pour chaque groupe de travail, un membre adhérent sera désigné responsable par le groupe (et celui-ci devra être validé par le Conseil d'Administration). Cette désignation est à renouveler au bout d'un an.

Le rôle du responsable du groupe de travail sera de :

- Participer activement à la rédaction ou l'amélioration de la fiche action correspondant à son groupe ;
- Coordonner les actions du groupe de travail.
- Etre en lien avec la coordinatrice.
- 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 responsable peut inviter toute personne physique s'il juge sa présence utile au bon déroulement du groupe de travail de par son expertise. Il devra en informer le groupe de travail au début de séance.

CONCLUSION

« Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas » Lao TSEU.

L'élaboration de ce projet de santé est le premier pas de la construction de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Sud Est Gersois.

Les professionnels de santé libéraux du territoire vont devoir maintenant se mobiliser, se structurer pour mettre en oeuvre les actions déclinées dans leur projet.

Mais ce dernier ne pourra éclore sans la participation indispensable des différents acteurs que sont l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, les URPS, la FORMS, les patients, le secteur social, médico-social et les collectivités.



Rédaction et mise en page : Angélique Dardenne
Corédaction : les membres du conseil d'administration

Projet de santé de la CPTS du sud est gersois



6 OCTOBRE 2021

**Association Loi 1901
CPTS du sud est gersois
9 rue Tourneuve
32120 Mauvezin**

Table des matières

Introduction / p04

1. Diagnostic territorial /p06

1.1 Méthodologie de réalisation du diagnostic /p06

1.2 Le territoire de la CPTS /p06

1.3 L'analyse des statistiques du territoire /p08

1.4 L'analyse qualitative : les besoins et les problématiques identifiées par les professionnels du territoire /p34

1.5 L'analyse des données /p38

1.6 Orientations stratégiques du projet de santé /p41

2. Les missions de la CPTS /p42

2.1 L'amélioration de l'accès aux soins /p43

A. Faciliter l'accès à un médecin traitant /p44

B. La prise en charge des soins non programmés /p46

C. Le déploiement de la télémédecine /p49

2.2 L'organisation de parcours pluriprofessionnel autour du patient /p51

A. Communication et coordination interprofessionnelle /p52

B. Le parcours pluriprofessionnel autour de la personne âgée /p55

C. Le parcours pluriprofessionnel du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes /p58

D. Le parcours pluriprofessionnel autour des enfants et des adolescents /p61

E. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes /p64

F. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients ayant une problématiques addictive /p67

2.3 Le développement d'actions coordonnées de prévention /p70

A. Le dépistage de la fragilité /p71

B. La prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles /p74

C. Les mois de la prévention /p77

D. La prévention des troubles rachidiens et de l'obésité en milieu scolaire /p80

2.4 L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire /p84

3. Organisation et fonctionnement de la CPTS /p85

A. Structuration juridique /p85

B. Les membres de l'association /p85

C. La gouvernance /p87

D. La coordination des acteurs /p89

Conclusion /p92

INTRODUCTION

Le projet de la CPTS du Sud Est Gersois a vu le jour suite à des réflexions menées au sein de la MSP de Mauvezin. Depuis 8 ans, le travail en exercice coordonné entre les professionnels médicaux et paramédicaux mais aussi les structures sanitaires, sociales et médico-sociale avec l'hôpital de proximité et l' Ehpad la Résidence d'Albret, les services sociaux de la MDS, les réseaux de santé... s'est développé.

Des relations territoriales existaient déjà ; prémices de ce projet :

Les jeunes médecins faisaient des remplacements sur l'Isle-Jourdain mais aussi sur Lombez/Samatan.

L'association INFIMOUV 32 réunissaient des infirmières qui intervenaient de Mauvezin à Lombez.

Une après-midi de sensibilisation sur les addictions avait réuni les différents acteurs, professionnels de santé, structures sanitaires, sociales et médico-sociales du sud est gersois.

La direction des hôpitaux de Lombez/Samatan et de Gimont est commune et travaille en collaboration avec Mauvezin.

La PDSA a également favorisée l'exercice coordonné.

La crise sanitaire du COVID a confirmé la nécessité de travailler ensemble pour les professionnels de santé.

Après avoir rencontrés et réunis les professionnels et leur avoir exposé le projet de la CPTS accompagnés par la FORMS et la MSA, le territoire s'est défini de fait incluant l'Isle-en-Dodon en raison de la patientèle qui vient se faire soigner à la MSP de Samatan.

Une association Loi 1901 a été créé le 23 novembre 2020 afin de porter la CPTS et ses missions.

La lettre d'intention a été validée en janvier 2021 ce qui a permis de recevoir un financement pour la construction et la rédaction du projet de santé.

Le projet a par la suite été présenté aux acteurs sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux ainsi qu'aux collectivités et aux réseaux de santé et de coordination. Cette présentation a été accueillie favorablement par l'ensemble de ces partenaires.

Grâce au travail du Conseil d'administration appuyé par la coordinatrice le projet a pu être mené à bien malgré le contexte sanitaire.

La Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé et la MSA ont été et sont des appuis indispensables dans la construction et le développement de ce projet.

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.



1. Le diagnostic territorial

« Le diagnostic est un processus de travail participatif qui met en évidence les points forts, les points faibles, les potentialités et les menaces du territoire. Il recherche des écarts entre les représentations des différents acteurs, met en évidence des atouts et des attentes, il recherche les causes des dysfonctionnements et surtout recherche des axes de progrès. » (Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse, guide pratiques, D'Qual). Aussi, afin de construire ce diagnostic territorial, nous déclinons la méthodologie employée pour le réaliser, la délimitation du territoire, l'approche statistique du territoire. Nous concluons par une analyse des données recueillies & une identification des problématiques qui ont permis de définir les axes de travail du projet de santé.

1.1 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 le biais des questionnaires.

1.2 Le territoire de la CPTS

Le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du sud est gersois s'étend sur deux départements : le Gers et la Haute-Garonne. Elle est également limitrophe du Tarn et Garonne.

Elle couvre quatre communautés de communes : la Gascogne Toulousaine, les Bastides de Lomagne, le Saves, les Coteaux Arats Gimone.

Elle est constituée de **93 communes**. Elle se situe au sud est du département du Gers à 14km d'Auch au plus près (Marsan) et à 46 km au plus loin (l'Isle En Dodon).

Elle compte **43203 habitants**.

La CPTS du Sud Est Gersois fait ainsi partie des CPTS de taille 2 > à 40000 habitants.



1.3 L'analyse des statistiques du territoire :

La situation démographique

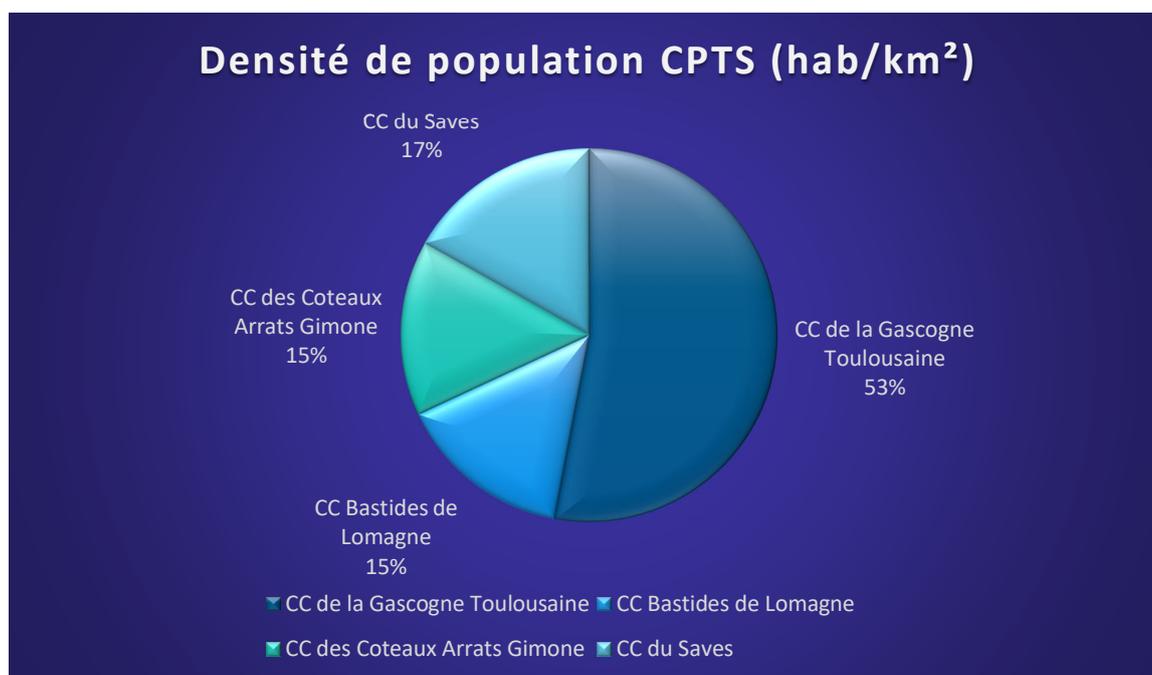
➤ Densité de la population

La population s'étend sur un territoire de **1170 km²** avec une densité moyenne de **37.7 hab./km²** (INSEE 2016). Le territoire est peu dense en comparaison avec la région Occitanie qui est 2 fois plus peuplée (79.9 hab./km²). Le département du Gers a un taux encore plus bas avec seulement 30.5 hab./km².

L'Isle-Jourdain est la ville la plus importante avec 8851 habitants (INSEE RP2012 et RP2017).

La Gascogne Toulousaine concentre plus de la moitié de la population du territoire de la CPTS.

Huit communes ont plus de 1000 habitants.

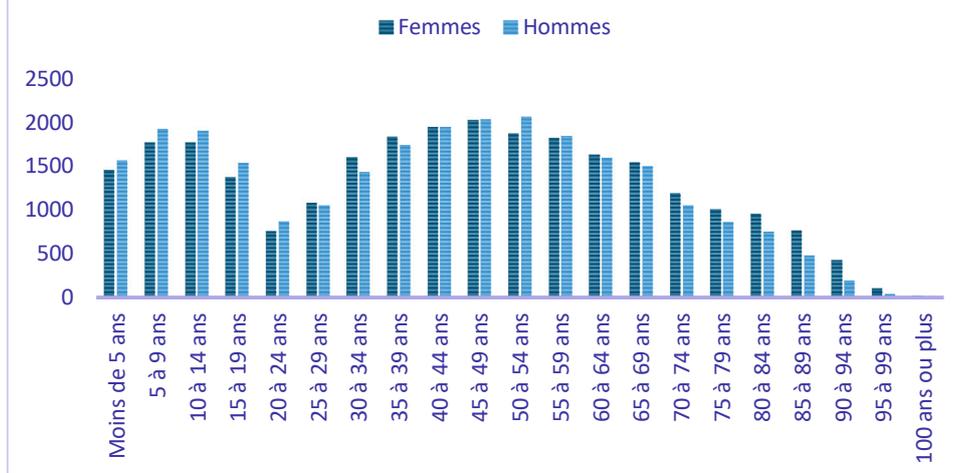


Source INSEE RP 2017

➤ Structure de la population

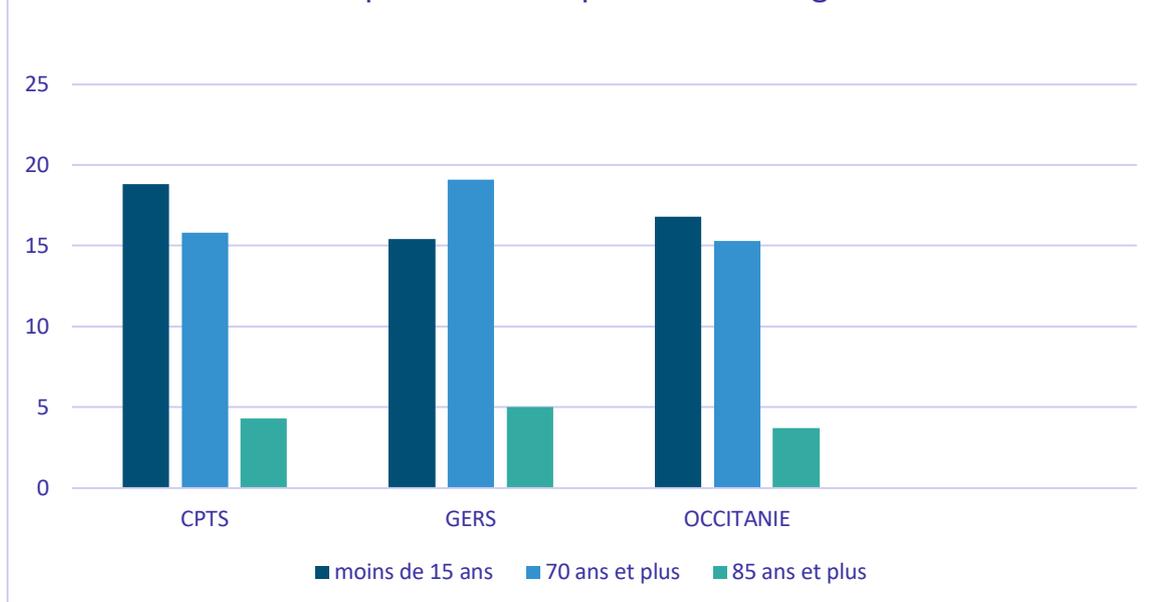
Sur le territoire de la CPTS, 18.8 % de la population sont des enfants de moins de 15 ans (+3.4 que le département et +2 que la région) & 39% des personnes ont entre 26 et 55 ans. Donc un territoire avec une population active **constitué de familles avec enfants** d'un côté. Et d'un autre, **composé de personnes âgées** avec 20.1% des habitants qui ont plus de 70 ans. Comparativement moins élevé que dans le Gers avec 24.1% mais plus qu'en Occitanie avec 19%.

PYRAMIDE DES ÂGES



Source INSEE RP 2017

Population en % par tranche d'âge



Source INSEE RP 2017

➤ Evolution de la population

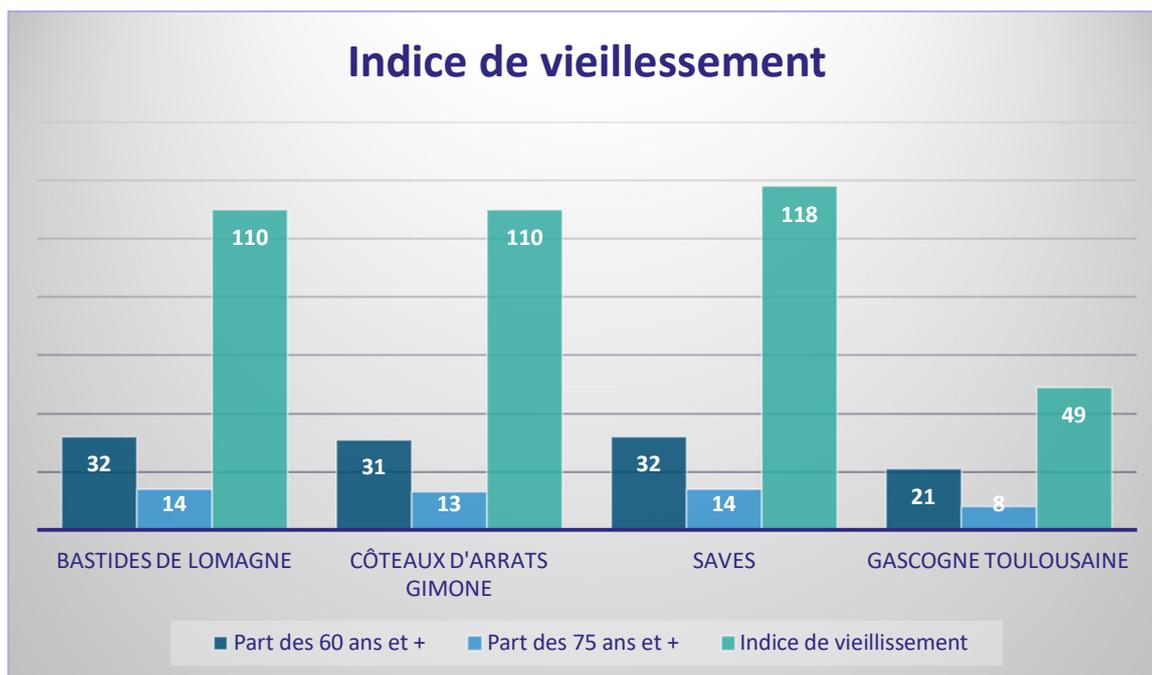
La population a augmenté de 5.9% entre le 1 janvier 2011 et le premier janvier 2016 soit 6.5 fois plus que le Gers avec 0.9%. Cette forte hausse pourrait s'expliquer par l'attractivité du territoire qui est en proximité de Toulouse avec des axes routiers facilitant l'accès.

INDICATEUR	CPTS	GERS	OCCITANIE
Evolution de la population entre le 1 ^{er} janvier 2011 et le 1 ^{er} janvier 2016 en %	5.9%	0.9%	4.2%

Source INSEE RP 2011. RP 2016

➤ Indice de vieillissement

L'indice de vieillissement sur le territoire est à **seulement 96.75**, bien en dessous de l'indice départemental qui est à 132. Il y a également **une forte disparité entre les 4 communautés de communes** notamment avec la Gascogne Toulousaine dont l'indice est à peine à 49.



Source INSEE 2020-RP 2017

En résumé, le territoire de la CPTS est peu dense.

Il est constitué majoritairement d'une population active constituée de familles avec enfants mais aussi de personnes âgées.

L'évolution de la population est en forte hausse.

Le vieillissement de la population est plus faible que dans le Gers et on constate une disparité avec le secteur de la communauté des communes de la Gascogne Toulousaine qui a une population jeune.

La situation socio-économique

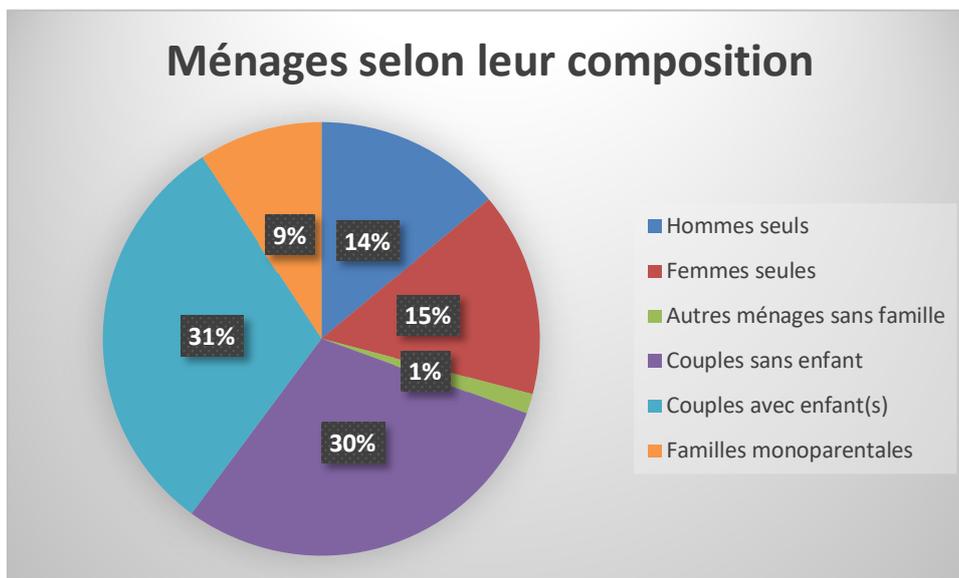
❖ Structure familiale des ménages

Les familles représentent la proportion la plus importante avec 40% des ménages dont 9% de familles monoparentales.

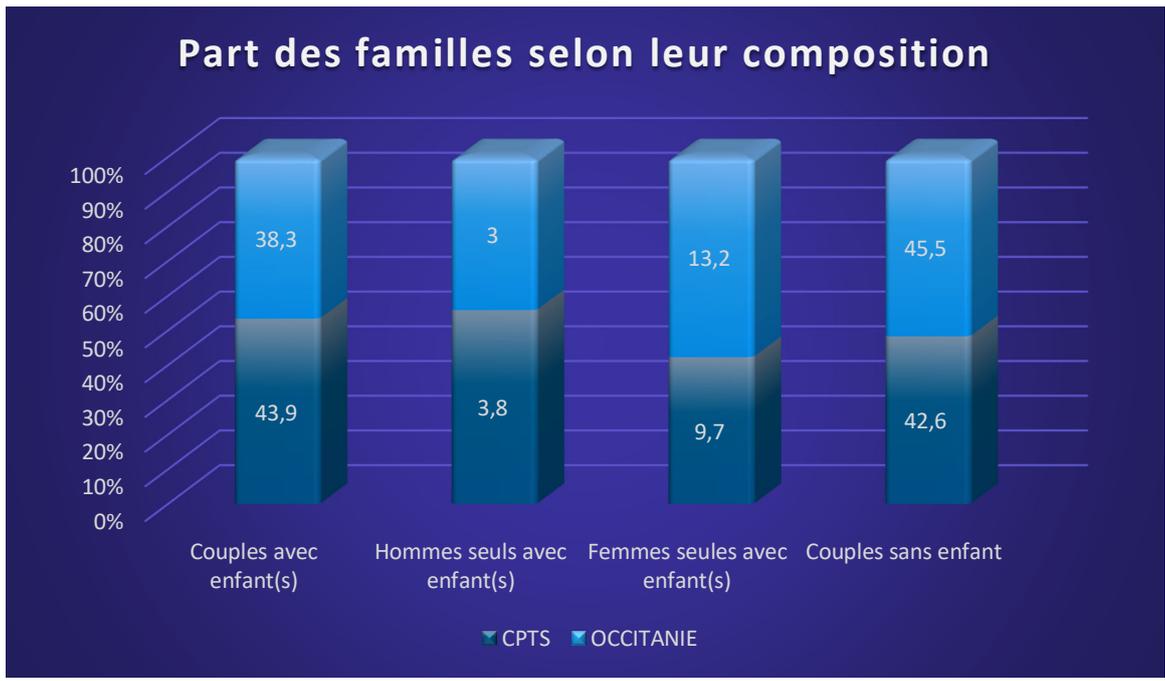
Le nombre de couples avec enfants parmi les familles est de 43.9%, plus élevé qu'en Occitanie 38,3%.

Les familles monoparentales composées d'un homme avec enfant est de 3.8% soit 0.8% de plus qu'au niveau régional.

L'évolution entre 2007 et 2017 du nombre de familles monoparentales est **important 47.2%** et plus précisément en **augmentation de 81.8% pour les hommes avec enfants**.



Source INSEE RP 2017 seuil d'utilisation à 2000 habitants

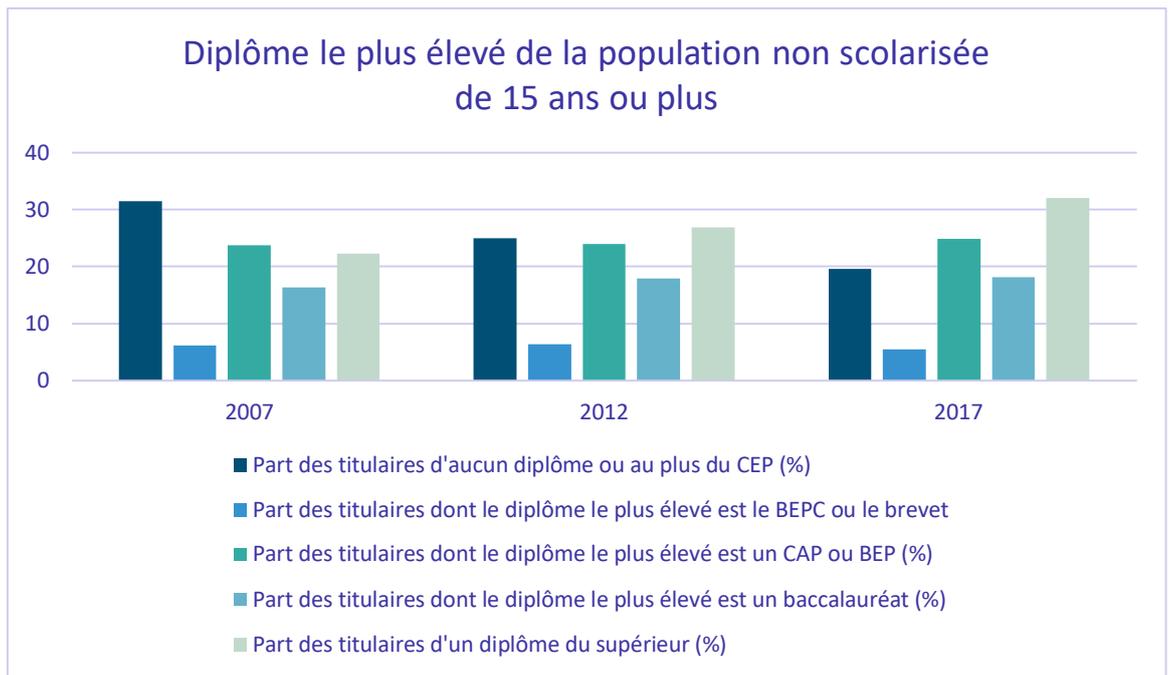


Source INSEE RP 2017 seuil d'utilisation à 2000 habitants

❖ Niveau de formation

Les jeunes de plus de 15 ans sans diplôme constituent **19.6% de la population (-1.7% qu'en Occitanie)**. Cette proportion a fortement diminué en 10 ans – **11.8%**.

A l'inverse, on peut constater une forte augmentation des personnes ayant **un diplôme du supérieur 32% avec +9.7% de 2007 à 2017**.



Source INSEE RP 2017

❖ Précarité

La part de la population ayant bénéficié de la CMUc est bien plus faible qu'au niveau départemental ou régional. Il en est de même pour l'ACS, deux fois moins de personnes qu'en Occitanie en ont eu besoin et pour l'AME seulement 0.1% de la population l'a obtenue.

Indicateur	CPTS	Gers	Occitanie
Part de la population ayant bénéficié de la CMUc (%)	4.4	7.2	11.3
Part de la population ayant bénéficié de l'ACS (%)	1.6	2.7	3.2
Part de la population ayant bénéficié de l'AME (%)	0.1	0.1	0.4

Source ARS Occitanie 2020

❖ Emploi et catégories socioprofessionnelles

Parmi la population active des 15-64 ans, le territoire compte **72.3% d'actifs en emploi** soit 10.6% de plus qu'en Occitanie. Le taux de chômage est à **8.6%** contre 15.2% au niveau régional. La part des **Femmes parmi les chômeurs est élevée 55.1%** (+3.4 qu'en région et +3.7 que dans le département).

Entre 2007 et 2017, on peut constater une **évolution du nombre de salariés +16.6%** et seulement 0.9% dans le Gers. Parmi cette population de salariés, le nombre de femmes a augmenté de 22% (+4.9 dans le département) & le nombre de temps partiel +17.8%.

La part des non-salariés a elle aussi évolué +5% alors que le Gers a perdu 4%.

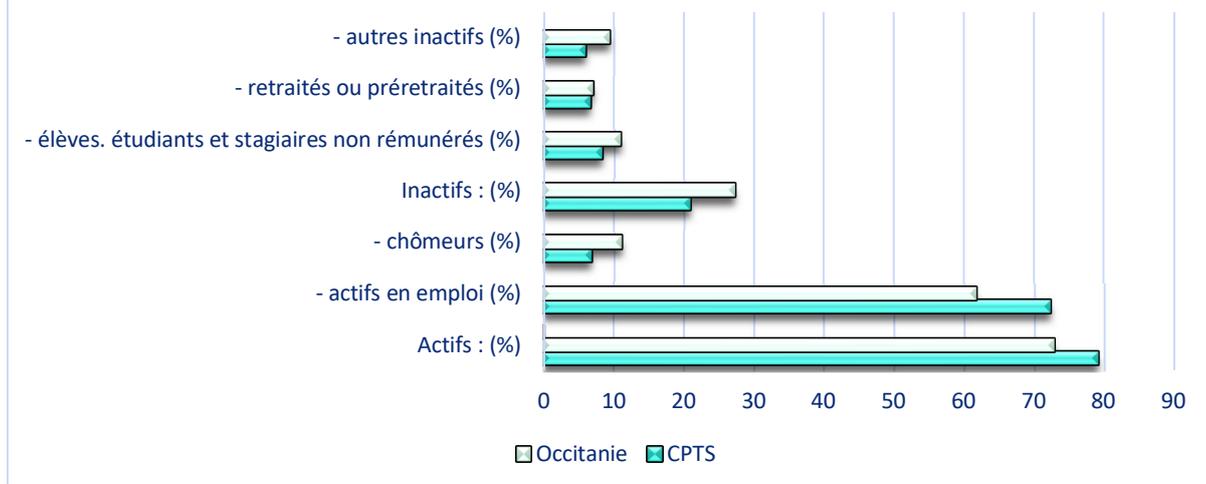
Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont **les professions intermédiaires 29%**, **les employés 24.9%** et **les ouvriers 18%**. Les cadres avec 15.1% sont plus nombreux qu'au niveau du département (+4.1%).

Le moyen de transport majoritairement utilisé pour se rendre au travail est **la voiture** (camion ou fourgonnette) 85.7% (+7.1% qu'en Occitanie).

Les transports en commun sont peu utilisés 2.4%.

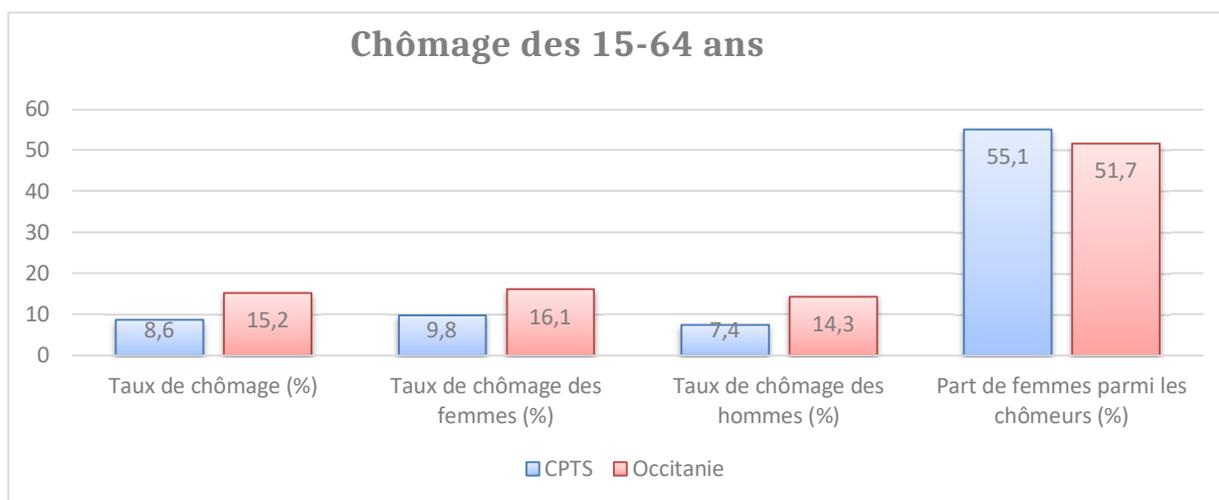
6.7% des actifs ne se déplacent pas.

Population des 15-64 ans par type d'activité

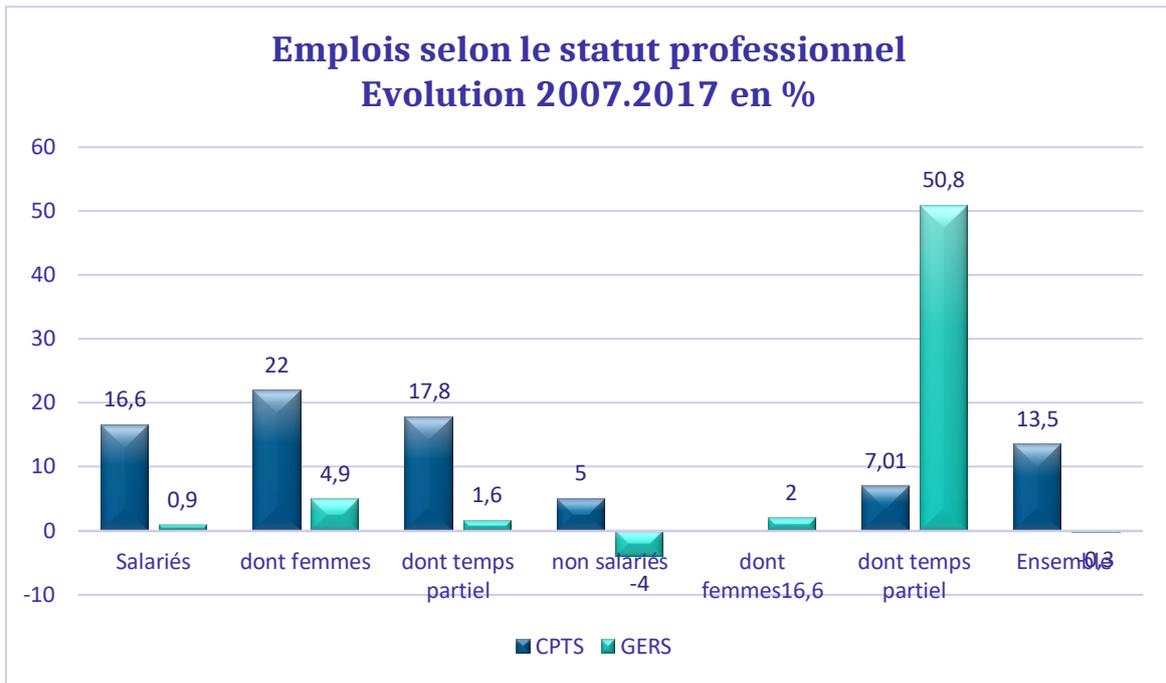


Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail - 2017

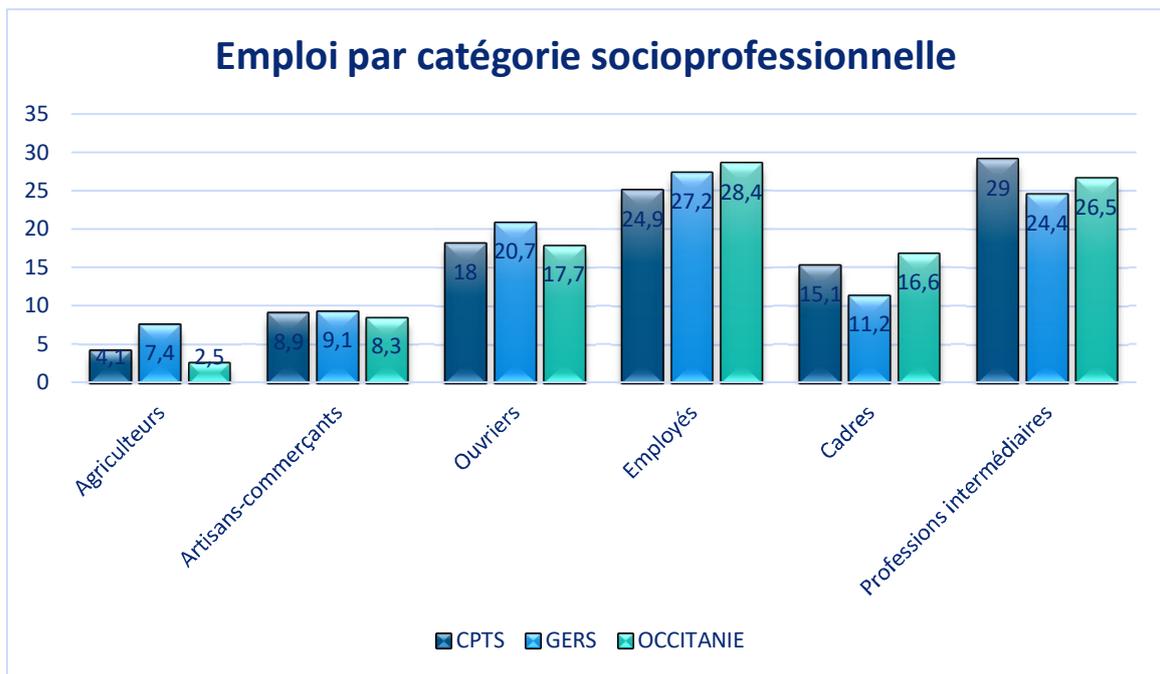
Chômage des 15-64 ans



Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail - 2017



Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale, lieu de travail – 2017



Source : Insee RP 2017

Part des moyens de transport utilisés pour se rendre au travail			
Champ : actif de 15 ans ou plus ayant un emploi			
Indicateurs	CPTS	Occitanie	
Pas de déplacement		6,7	4,8
Marche à pied (ou rollers, patinette)		3,6	5,8
Vélo (y compris à assistance électrique)		0,5	2,4
Deux-roues motorisé		1,1	1,7
Voiture, camion ou fourgonnette		85,7	78,6
Transports en commun		2,4	6,7

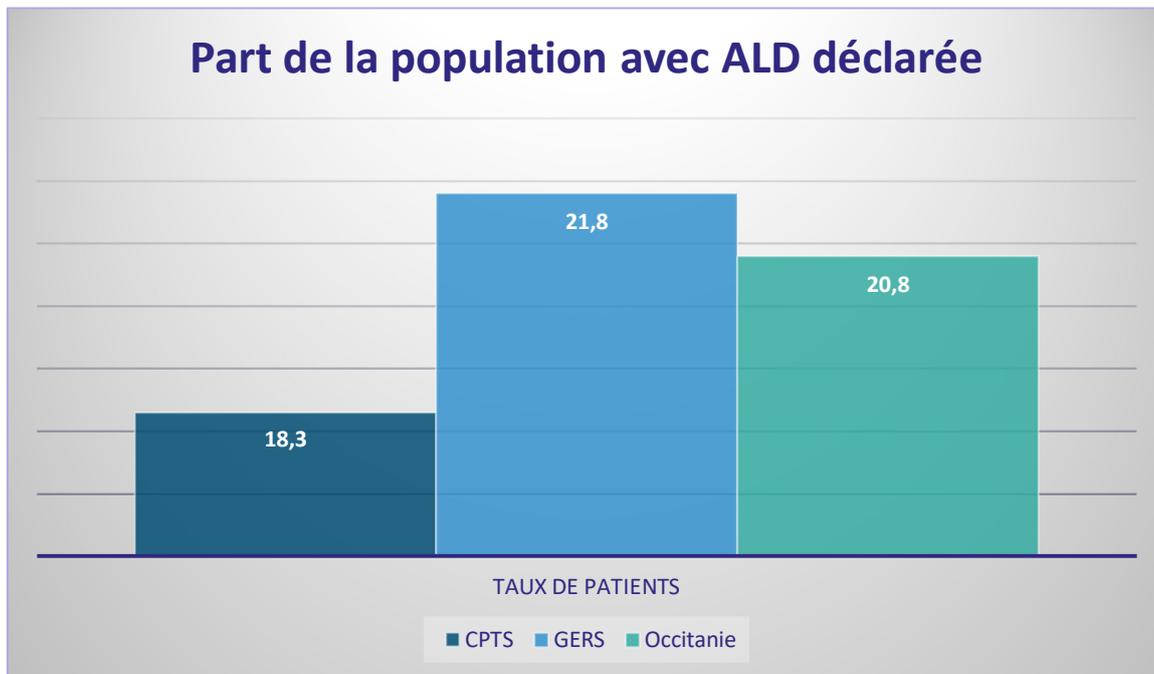
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2017

En résumé, les familles représentent la proportion la plus importante des ménages.
Il y a eu une très forte évolution du nombre de familles monoparentales ces dernières années.
20% des jeunes n'ont pas de diplôme mais c'est en baisse.
La population du territoire est peu précarisée.
Le taux d'emploi est de 72%.
Les femmes sont fortement touchées par le chômage.
Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers.
La voiture est le moyen de transport le plus utilisé.

Etat de santé

❖ Affection longue durée (ALD)

Sur le territoire, **18.3% des personnes (soit 5823) sont déclarées avec une ALD**. Ce taux est moins important qu'au niveau départemental (-3.5%) et régional (-2.5%).



Source CPAM 2018

Prévalence des ALD dans la population consommatrice (source REZONE 2020) :

- **Diabète de type 1 et de type 2 avec 3.8% (1490 personnes)**
- **Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique avec 2.9% (1129 personnes)**
- **Infarctus coronaire avec 2.2% (861 personnes)**
- **Insuffisance cardiaque grave, cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme graves, cardiopathie congénitales graves avec 1.7% (657 personnes)**
- **Affections psychiatriques de longue durée avec 1.5% (603 personnes)**

L'accès aux soins

- **Couverture de la population consommatrice par un médecin traitant**

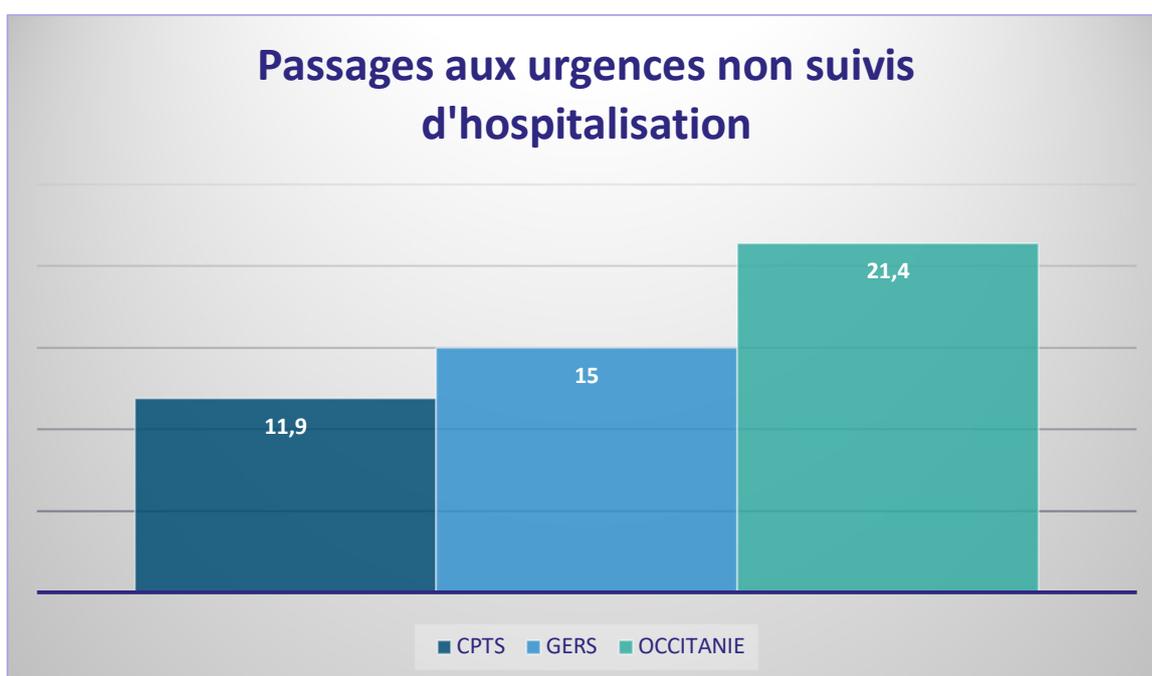
Sur le territoire, **10.4% de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré soit 2944 patients (Rezone 2020)**. Ce taux est plus bas qu'au niveau du Gers (-2.2%) mais plus élevé qu'en région (+0.6%).

Plus précisément, parmi ces personnes on dénombre :

- **1.7% de patients avec une ALD soit 244 patients** (à relativiser en raison de 92.5% de communes neutralisées)
- **1% qui ont la complémentaire santé solidaire soit 114 patients** (à relativiser 96.3% de communes neutralisées)
- **8.5% ont plus de 70 ans soit 265 patients** (à relativiser 93.8% de communes neutralisées)

- **Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation**

Les passages aux urgences non suivi d'hospitalisation sont de **11.9%**. Ils sont inférieurs au niveau départemental (-3.1%) et au niveau régional (-9.5%).



Source ATIH 2019

- **Admission directe en service de médecine**

La part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services est de **61.1%** (source ATIH 2019 à relativiser car taux de communes neutralisées de 73.8%).

- **Consommation de soins**

Selon le diagnostic territorial de la CPAM de 2020 :

- **Le taux de fuite de patients est important pour la ville de l'Isle Jourdain** qui vont sur Toulouse, Cornebarrieu, Colomiers et Pujaudran pour les médecins spécialistes. Au niveau des professions paramédicales, **la fuite de patients concerne les orthoptistes, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.**

-
- **La majorité de la patientèle des professionnels de santé provient du territoire de la CPTS.**

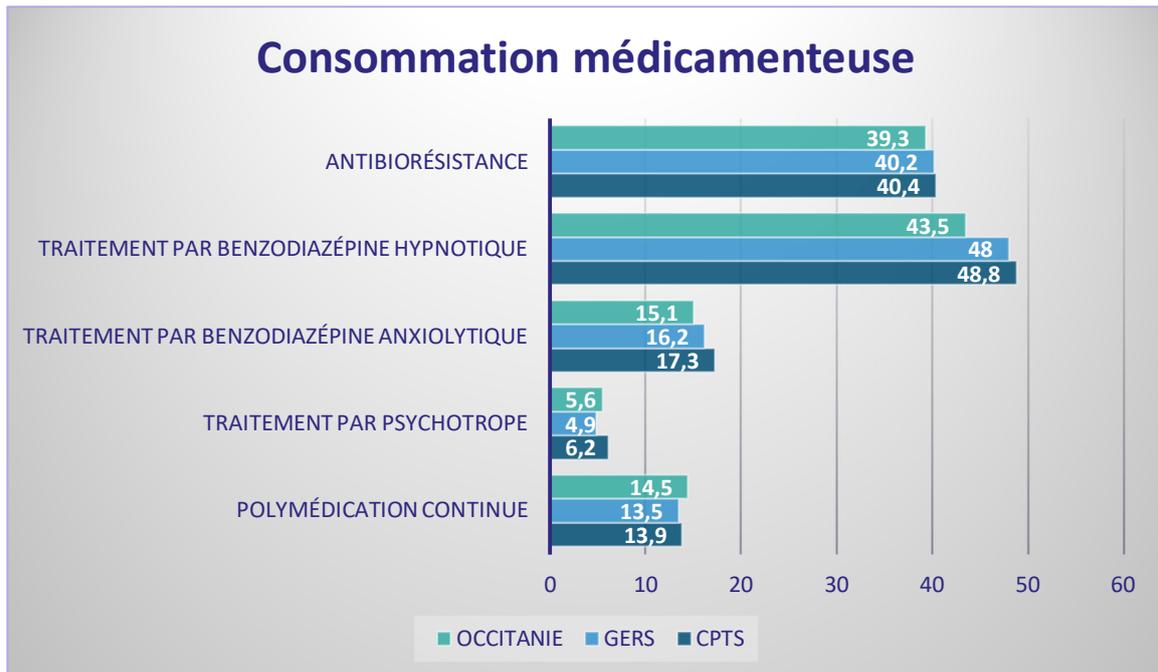
- **Actes de télémédecine**

Il y a peu d'actes de télémédecine sur le territoire.

- **Prévention**

Sur le territoire :

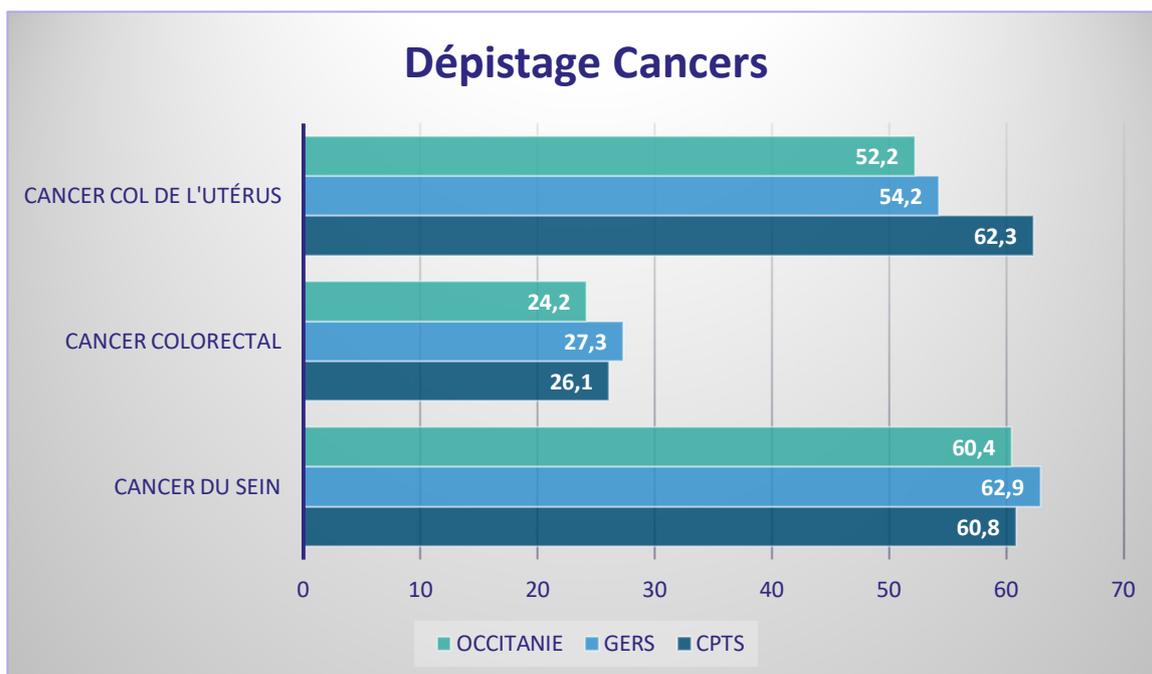
- Le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant eu **au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes**, remboursés avec une date identique de prescription est plus **important 6.2 %** qu'au niveau départemental et régional (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 96.3%).
- Le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à **plus de 28 unités de BZD hypnotique délivrées sur 6 mois est aussi plus élevé 48.8%** que dans le Gers et en Occitanie (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 90%).
- Le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à **4 délivrances au moins de BZD anxiolytique sur 6 mois** est également supérieur avec 17.3% (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 90%).
- La population consommante de 65 ans et plus ayant eu **au moins 10 molécules** (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année **est à 13.9%** soit +0.4% que le Gers et - 1.4% que l'Occitanie (à relativiser car le taux de communes neutralisées est de 83.8%).
- La population consommante traitée **par antibiotiques générateurs d'antibiorésistance est à 40.4%**. Elle est plus forte que dans le département et la région.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

Concernant le dépistage des cancers :

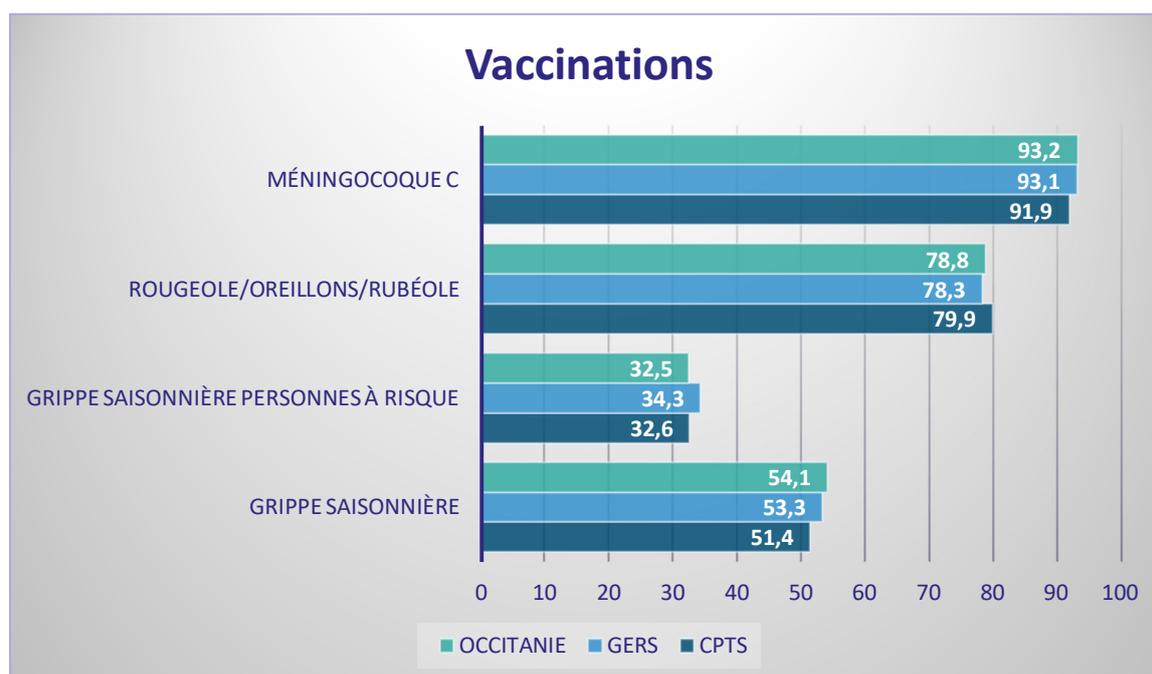
- La part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années est de 62.3 %.
- La part des patients consommant de 50 à 74 ans pour lesquels **un dépistage du CCR** a été réalisé au cours des 2 dernières années **est à 26.1%**. Elle est meilleure qu'en région mais plus faible que le département.
- La part des femmes de 50 à 74 ans participant **au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8%** soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

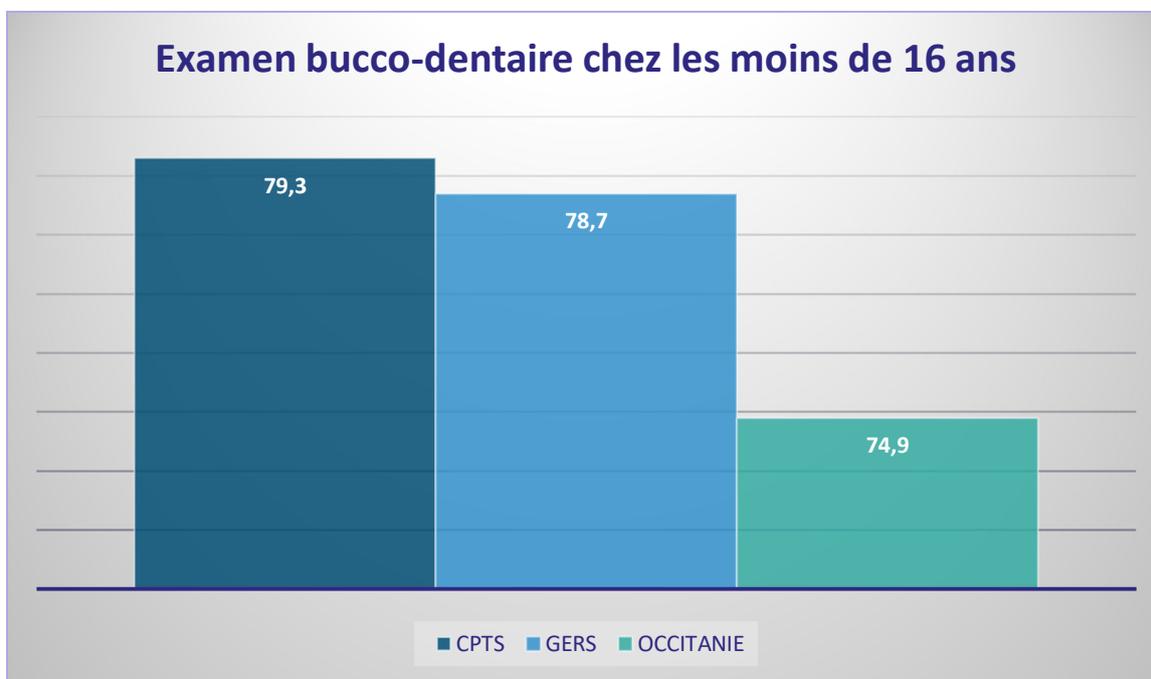
Au niveau de la vaccination :

- **Pour le Méningocoque C le taux est de 91.9%**
Pour la grippe saisonnière il est de 51.4% et seulement à 32.6% pour les personnes à risque.
- **Pour le ROR, il est de 79.9%.**



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

Le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois est à 79.3% ceci est plus important que dans le Gers mais aussi qu'en Occitanie.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2020

En résumé, sur le territoire, 18.3% des personnes sont déclarées avec une ALD.

Le diabète est la première ALD.

10.4% de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré.

Les passages aux urgences non suivi d'hospitalisation sont de 11.9%.

La majorité de la patientèle des professionnels de santé provient du territoire.

La télémédecine est peu utilisée.

Le dépistage du cancer du sein et colorectal est à améliorer.

La vaccination pour la grippe et le méningocoque également.

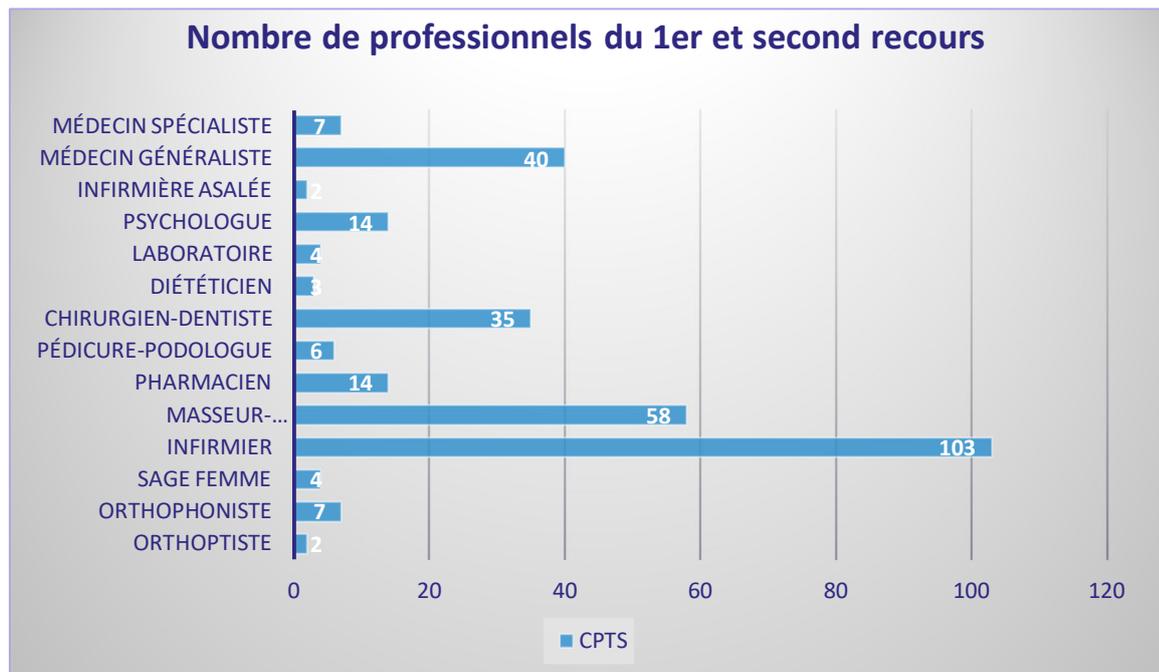
Les enfants sont suivis régulièrement au niveau bucco-dentaire.

Les ressources du territoire :

Les ressources sanitaires et ambulatoires

✚ Les professionnels de 1^{er} et second recours :

Le territoire comptabilise 299 professionnels de santé.



Source Rezone 2020 SNDS

❖ **Les médecins généralistes**

On peut noter que 40 médecins sont installés mais **12 d'entre eux ont plus de 60 ans** dont 8 plus de 65 ans. Le territoire va devoir faire face à ses nombreux départs à la retraite dans les années à venir. Ils ont **1039 patients** en moyenne. Ce nombre est plus élevé qu'au niveau départemental, régional et national.

Le nombre d'actes est de 2002 ce qui est plus bas qu'au niveau du Gers et de l'Occitanie. **Les actes cliniques sont à 1763** également inférieurs au niveau départemental et régional mais **les actes techniques sont à 140** plus élevés pour les mêmes comparaisons.

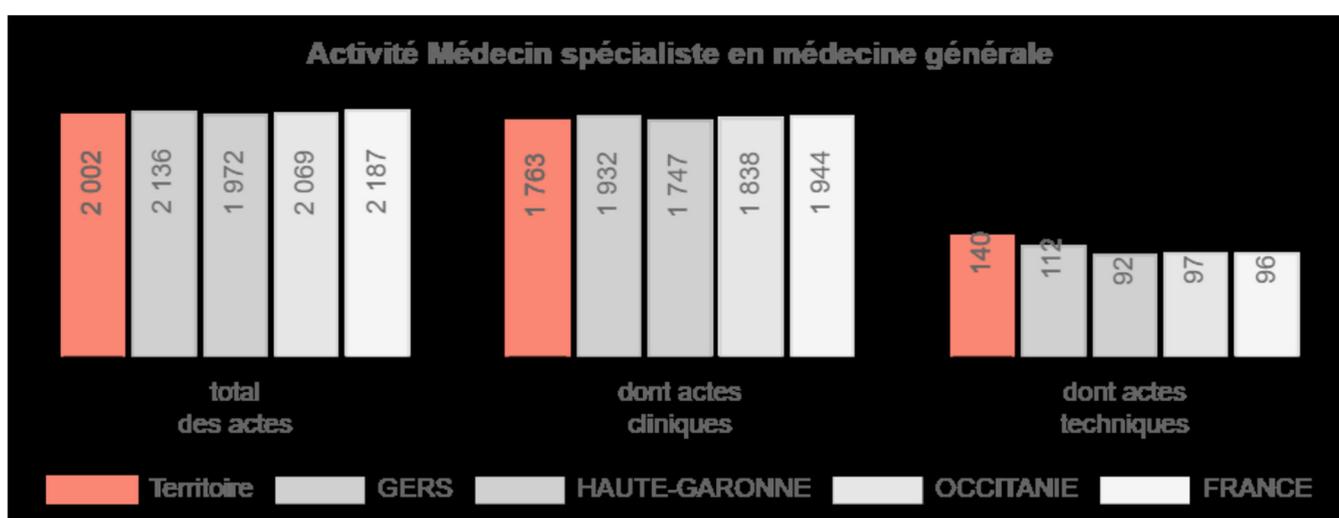
Toutes les communes du territoire sont classées en ZAC (Zone d'action complémentaire) soit une zone impactée par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation se détériore.

La répartition territoriale est plutôt égalitaire au niveau numéraire.

Mais le nombre de consultations accessibles par an et par habitant (indicateur APL : accessibilité potentielle localisée aux médecins) est de **3.6 pour le nord et l'ouest du territoire, de 3.2 pour l'est et 4.2 pour le sud.**

Commune	Nombre de médecins
Samatan	7
Lombez	4
Pujaudran	2
L'Isle-Jourdain	10
Gimont	6
Aubiet	2
Simorre	1
L'Isle-en-Dodon	4
Mauvezin	3
Cologne	1

Annuaire Ameli



Source

Données SNDS (1er Semestre 2020)

Actes cliniques : Consultations + Visites

Actes techniques : Chirurgie + Echographie + Imagerie

❖ Médecins spécialistes

Ils sont au nombre de 7 soit une dermatologue, un gynécologue, un neurologue, un ophtalmologiste, une rhumatologue, deux radiologues. **L'Isle-Jourdain concentre plus de la moitié des spécialistes (4 /7).**

La densité est de 14 pour 100 000 habitants.

Deux médecins spécialistes ont plus de 60 ans dont un plus de 65 ans : les radiologues.

Le territoire va devoir faire face dans les 5 ans à venir à une absence de cette spécialité.

❖ Sages-femmes

Elles sont seulement 4 réparties entre Mauvezin, Samatan et l'Isle-Jourdain.

Aucune n'a plus de 60 ans.

❖ Infirmiers

103 infirmiers sont installés parmi eux 11 ont plus de 60 ans.

La densité est de 231 pour 100000 habitants, il y a une forte concentration d'infirmiers la France étant à 151.6.

Mais l'accessibilité potentielle localisée pondérée est de 158.7 alors que le Gers est à 163.1 et l'Occitanie à 263.2.

L'Isle-Jourdain concentre 33% des professionnels.

Chaque infirmier a 165 patients (Gers 254).

Commune	Nombre d'infirmiers
Samatan	9
Lombez	9
Cazaux-Savès	3
Pujaudran	6
L'Isle-Jourdain	34
Gimont	7
Aubiet	5
Savignac Mona	1
Simorre	4
L'Isle-en-Dodon	5
Mauvezin	10
Cologne	3
Saint-Cricq	3

❖ Masseurs-kinésithérapeutes

49 masseurs-kinésithérapeutes sont installés seulement 4 ont plus de 60 ans. L'accessibilité potentielle localisée pondérée est de 91.1 alors que le Gers est à 96.7 et l'Occitanie à 181.1.

L'Isle-Jourdain détient le plus grand nombre de professionnels.

Chaque masseur-kinésithérapeute a 106 patients (Gers 118).

Commune	Nombre de Masseurs-Kinésithérapeutes
Samatan	4
Lombez	3
Pujaudran	1
L'Isle-Jourdain	22
Gimont	7
Aubiet	2
Noilhan	1
Simorre	2
L'Isle-en-Dodon	5
Mauvezin	5
Cologne	1

❖ Chirurgiens-dentistes

Le nombre de chirurgiens-dentistes est de 35 sur 8 communes.

La densité est de 65.7 pour 100000 habitants. Elle est plus forte qu'au niveau national (57.9).

On peut constater **une disparité sur le nord du territoire** la communauté de communes de Bastides de Lomagne ou la densité est plus faible avec **44.8**.

L'APL est à 59.2 au niveau de la CPTS, elle est plus faible que dans le Gers 68.2 et que l'Occitanie 97.2.

❖ Orthophonistes

17 orthophonistes sont installés sur le territoire.

Ils ont 57 patients par professionnel alors que pour le Gers le nombre est de 74.

L'Isle-Jourdain concentre quasiment la moitié des professionnels.

Commune	Nombre d'orthophonistes
Samatan	2
L'Isle-Jourdain	8
Gimont	3
L'Isle-en-Dodon	2
Mauvezin	1
Cologne	1

❖ Orthoptistes

Seulement 2 orthoptistes exercent sur le territoire (l'Isle-Jourdain et Gimont).

❖ Laboratoires d'analyses

Le territoire dispose de **4 laboratoires** situés à Mauvezin, Samatan, l'Isle-Jourdain et Gimont.

❖ Pharmacies

14 pharmacies sont réparties sur 10 communes.

En résumé, le territoire va devoir faire face à des départs à la retraite pour les médecins généralistes et au manque de certaines professions les médecins spécialistes, les sages femmes, les orthoptistes.

[Les structures sanitaires](#)

❖ Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Elles sont au nombre de 2, la MSP de Mauvezin dans le nord du territoire et la MSP de Samatan dans le sud du territoire.

La MSP de Mauvezin regroupe 18 professionnels de santé et Samatan 20.



❖ Centre de dialyse

L'unité d'autodialyse est situé à l'Isle-Jourdain. L'établissement de santé à but non lucratif AAIR aide les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale à vivre la maladie avec la meilleure autonomie.

❖ Hôpitaux de proximité

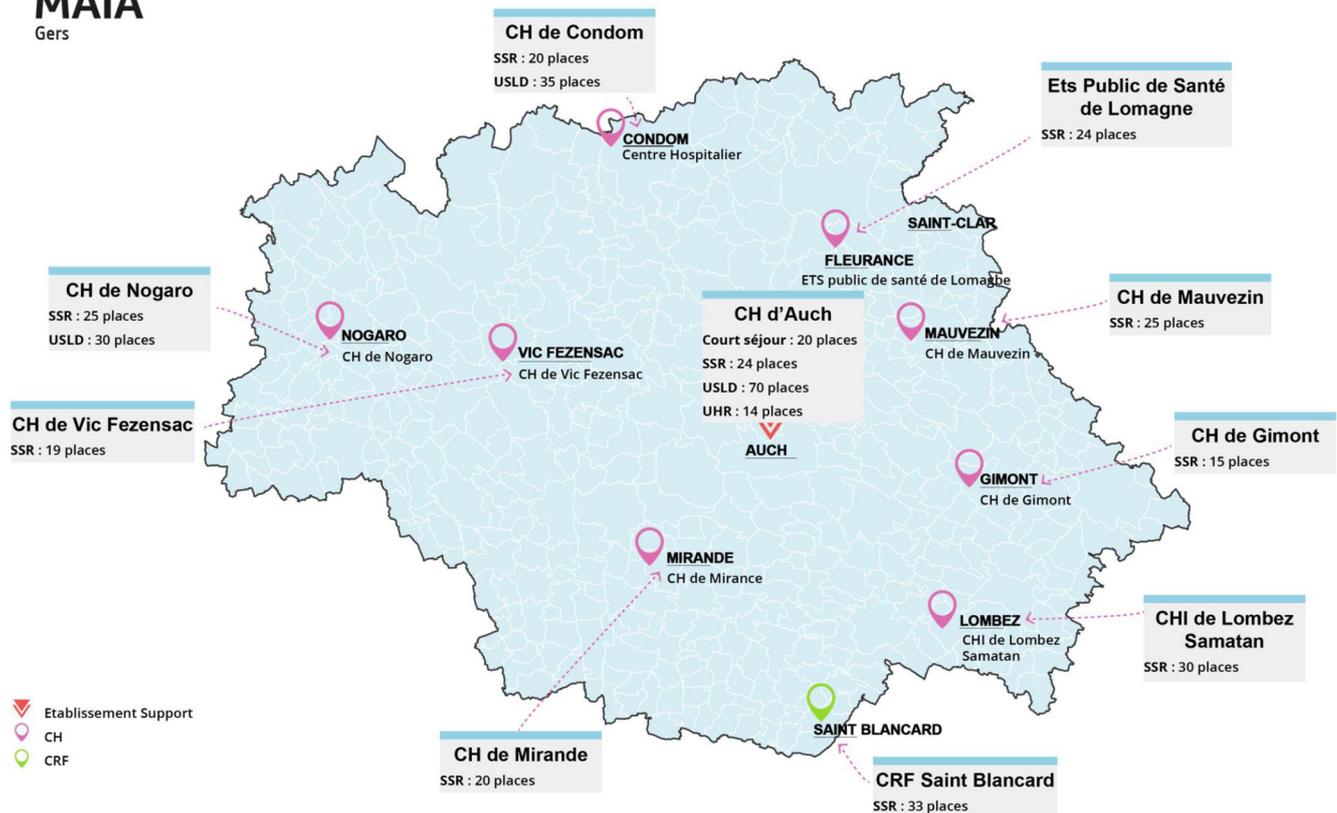
Le territoire bénéficie de **3 hôpitaux de proximité** situés à Mauvezin, Gimont et Lombez.

La prise en charge hospitalière constitue le cœur de métier des hôpitaux de proximité, ceux-ci ont également vocation à s'investir durablement dans des actions plus larges comme la prévention ou l'expertise en santé afin de garantir l'accès local aux soins de la population et la fluidité des parcours de soins, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Novembre 2020



Offre de soin en établissement

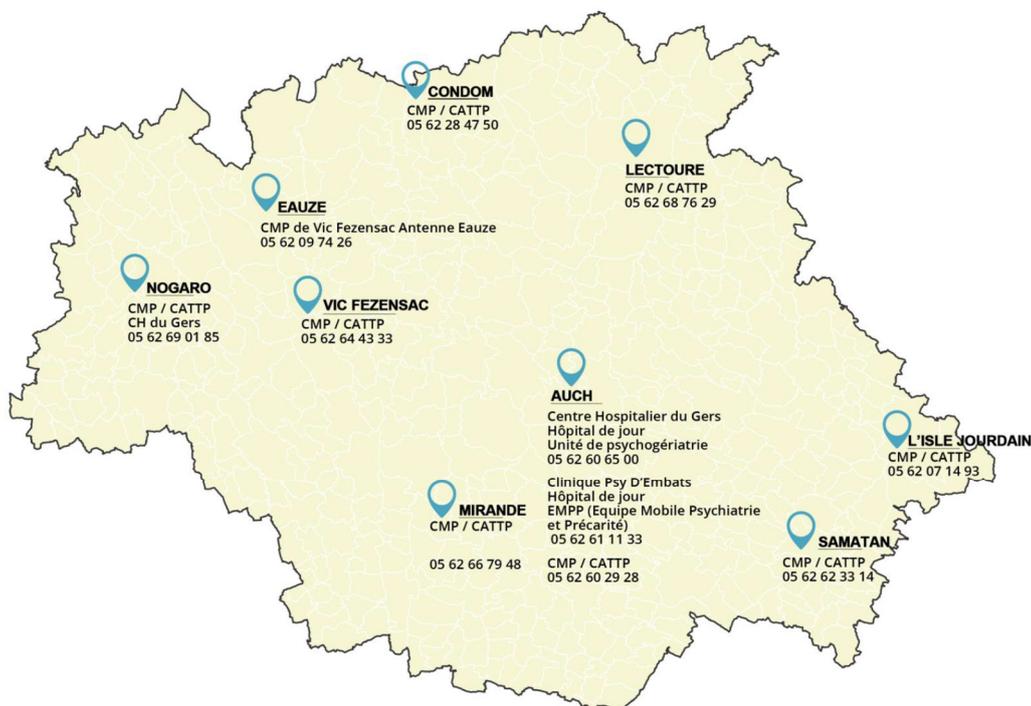


Structures sanitaires psychiatriques

❖ CMP (Centre médico-psychologique)

Un Centre Médico-Psychologique est composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, pédiatre, psychologue, assistante sociale, psychomotricien etc.) et propose des consultations médicales et des soins, mais aussi des temps thérapeutiques et éducatifs.

Ces consultations sont prises en charge par la Sécurité sociale. Le CMP peut intervenir en soin ambulatoire ou à domicile, pour adultes ou pour enfants.



Sur le territoire il existe deux CMP à l'Isle-Jourdain et à Samatan.

Autres structures intervenant sur le territoire :

➤ Le réseau de santé ARPEGE

Le réseau de santé a pour mission d'appuyer les professionnels à la coordination des parcours de santé des patients en situation complexe.

Dans ce cadre, le réseau met en place les actions suivantes :

- Avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires, suivre le parcours de santé des patients dont le parcours de santé apparaît complexe
- Apporter un appui aux différents professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires intervenant auprès du patient
- Faciliter l'articulation ville-hôpital

➤ HAD (hospitalisation à domicile)

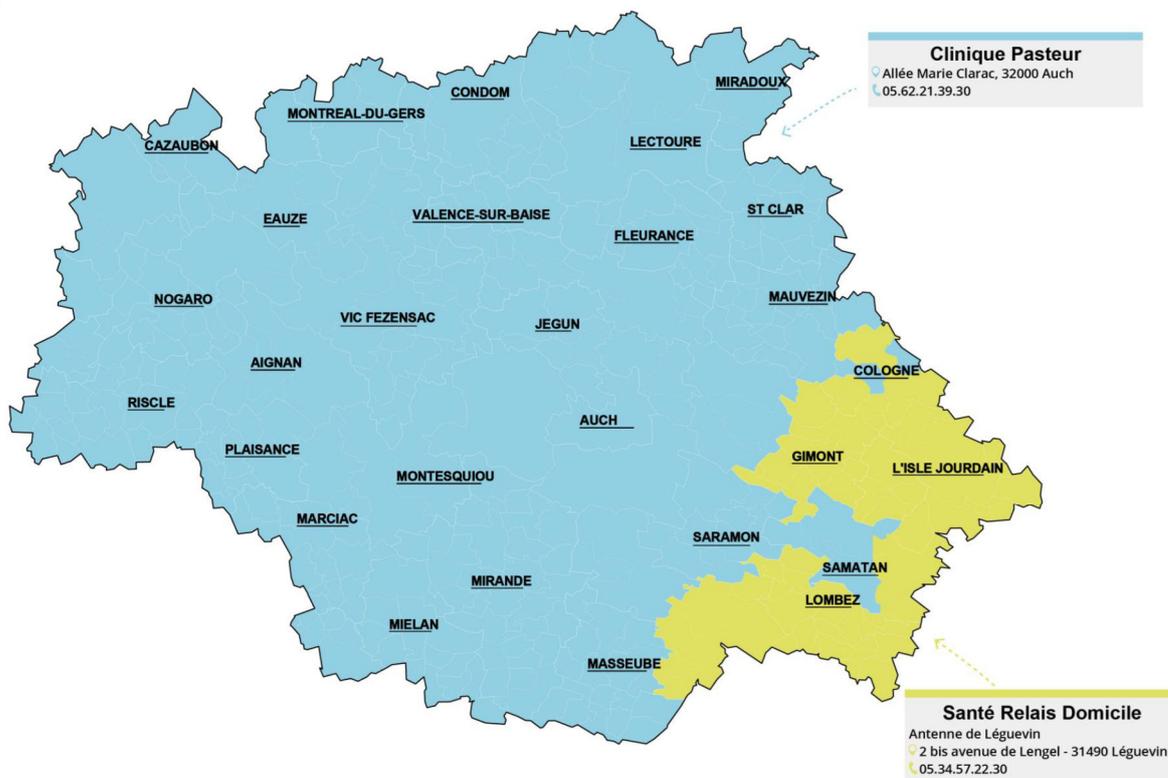
Les établissements HAD assurent **7j/7 et 24h/24**, au domicile du patient des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés**, caractérisés par la complexité et la fréquence des actes pour une période limitée mais révisable en fonction de l'état de santé du patient, pouvant impliquer une prise en charge psychosociale.

Sur le territoire de la CPTS deux HAD interviennent : la clinique Pasteur et Santé Relais Domicile.

Novembre 2020



Hospitalisation à domicile



Les professionnels collaborent avec d'autres structures hors territoires tels que le CH d'Auch, le CHU de Toulouse, la clinique des Cèdres, la clinique Pasteur ...

Des liens plus étroits doivent être développés en fonction des projets portés par la CPTS.

Les structures médico-sociales

➤ Les établissements pour personnes âgées

Les EHPAD (Etablissement hébergeant des personnes âgées)

Le territoire est doté de 10 Ehpads soit 738 places.

Communes	Ehpads	Nombre de places
Cologne	Alliance	88
Mauvezin	Centre hospitalier	62
	Bastide d'Albret	66
L'Isle-Jourdain	Saint Jacques	80
Gimont	Centre hospitalier	97
	Sainte Hyppolite	60
Lombez Samatan	Centre hospitalier intercommunal Lombez Samatan	77
Samatan	Samatan	59
Simorre	Las Peyreres	65
L'Isle-en-Dodon	Faux Bourg Saint-Adrien	84
Total		738

Source annuaire.action-sociale.org

SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004).

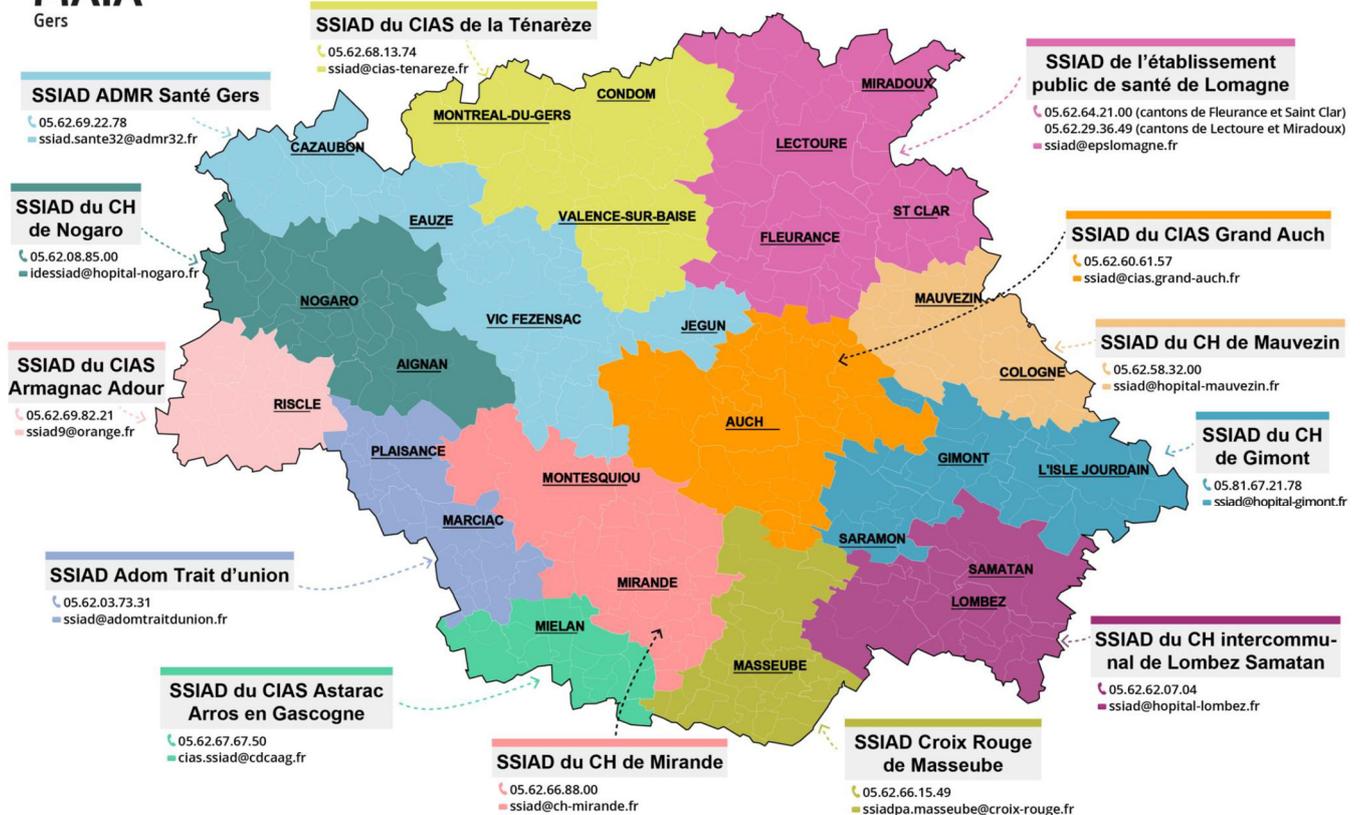
3 SSIAD se situent à Mauvezin, Gimont et Lombez-Samatan. Ils sont rattachés aux centres hospitaliers.

Le 4^{ème} est sur la commune de l'Isle-en-Dodon il est géré par l'association ADMR.

Communes	Places Personnes Agées	Places Personnes Handicapées
Mauvezin	20	1
Gimont	26	4
Lombez-Samatan	30	3
L'Isle-en-Dodon	40	2
Total	116	10

Source annuaire.action-sociale.org

Les SSIAD du Gers



Les ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) accompagnent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile et aident leurs proches. L'objectif des interventions est de leur permettre de rester vivre le plus longtemps à domicile. Ces interventions se font sur prescription médicale. Elles se déroulent durant 12 à 15 séances réparties sur 3 mois.

Une ESA rattachée au SSIAD de Lombez intervient sur le secteur avec 5 places.

Structures d'accueil pour les personnes en situation d'handicap

ITEP (Institut thérapeutique éducatif pédagogique)

Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) ont pour mission d'accueillir des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage. Les ITEP conjuguent au sein d'une même équipe institutionnelle, des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

L'ITEP est situé sur la commune de Monferran-Savès, il est géré par l'association l'ESSOR.

48 places sont disponibles en hébergement complet internat.
17 places en placement famille d'accueil.
26 places en semi-internat.

SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

Les SESSAD apportent aux familles conseils et accompagnement, ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD. En ce qui concerne l'intervention au sein de l'école, elle peut avoir lieu en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS).

Le SESSAD de Monferran-Savès s'occupe des jeunes de 0 à 20 ans atteints de déficiences intellectuelles ou motrices et de troubles du caractère et du comportement. Il a un agrément de 40 places.

CMPP (Centre médico psycho pédagogique)

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Les CMPP sont fréquemment consultés en première intention dans le cadre de troubles psychiques, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente.

Le CMPP UPAES L'ESSOR de Monferran-Savès a 20 places.

FAM (Foyer d'accueil médicalisé)

Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés. L'état de dépendance totale ou partielle des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins.

Le FAM les TUYAS situé à Monferran-Savès est géré par le CCAS et dispose de 50 places.

En résumé, le territoire ne dispose pas d'Hôpital ou de clinique, la CPTS devra se rapprocher des structures sanitaires extérieures.

Il est doté de nombreuses structures médico-sociales, réparties de manière homogène excepté pour les structures d'accueil pour les personnes en situation de handicap qui sont concentrées sur Monferran-Savès.

1.4 Analyse qualitative : les besoins et les problématiques identifiés par les professionnels du territoire

Les données recueillies proviennent :

- **Des questionnaires** qui ont été envoyés aux professionnels du territoire que nous avons interrogé sur les problèmes de prise en charge de leur patientèle, les besoins prégnants du territoire en matière de santé, l'intérêt à développer les liens entre le sanitaire, le médico-social et le social et sur les expériences ou projets réussis qui seraient profitables à tout le territoire.
- **Des rencontres individuelles**
- **Des groupes de travail** notamment sur le parcours personnes âgées
- **Des rencontres partenariales** avec les hôpitaux de proximité, le réseau Arpège, la Maia, la PTA 32, le gérontopôle, le réseau 2PAO, le réseau Diabète Occitanie, le GIP solidaire, E santé Occitanie, la Mutualité Française, les MDS, les communautés de communes.

L'accès à un médecin traitant

Les problématiques identifiées :

- Des départs à la retraite de médecins dans les 5 années à venir
- Les professionnels de santé, les hôpitaux de proximité, certains Ehpad et les usagers ont pu exprimer le manque de médecin entraînant des problématiques d'accès aux soins.
- Il n'y a pas d'organisation spécifique mais il est à noter que les structures d'exercice coordonné ainsi que l'accueil de stagiaires facilitent les installations des jeunes médecins sur le territoire.
- Une population qui augmente fortement.

Les besoins identifiés :

- Augmenter le nombre de maitres de stage sur le territoire
- Développer l'attractivité du territoire par l'exercice coordonné
- Un besoin en offre de médecine générale sur le secteur de Cologne
- Attirer de nouveaux médecins

Les soins non programmés

L'organisation de la permanence des soins non programmés actuelle n'est pas uniforme sur le territoire.

- Les médecins généralistes qui ne sont pas en structures d'exercice coordonné répondent aux soins non programmés en les intégrant dans leur planning. Chaque cabinet s'organise individuellement. Mais il n'y a pas de lisibilité pour les usagers.
- Les 7 médecins exerçant en MSP ont organisé l'accueil des soins non programmés. Des plages horaires sont dédiées. Le secrétariat médical assure une régulation avec l'appui

des médecins si nécessaire. La continuité des soins est assurée de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h.

- La permanence des soins ambulatoires permet que les gardes soient assurées pour le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h.
- Les jours de semaine après 20h jusqu'à 8h les patients doivent appeler le 15 ou aller aux urgences pour avoir une consultation médicale.

Les problématiques identifiées :

- Le manque de visibilité de l'offre existante par les usagers et les professionnels de santé
- La difficulté pour les médecins généralistes d'obtenir des examens de radiologie ou biologie rapides
- La non-compréhension de la notion d'urgence et la surconsommation de soins de certains patients
- Le ressenti d'isolement de certaines professions paramédicales notamment le week-end
- Le manque de coordination entre médecins généralistes pour l'organisation des soins non programmés
- Un besoin croissant en termes d'accès aux avis spécialisés
- Des établissements sanitaires qui ne permettent pas toujours des hospitalisations directement dans les services.

Les besoins identifiés :

- Informer les professionnels de santé et les usagers des dispositifs existants et/ou qui se développeront
- Améliorer la communication entre les professionnels
- Répondre à la demande de soins non programmés de manière pluriprofessionnelle
- Eduquer la population à la notion d'urgence en santé
- Mettre en place un accès direct aux examens de biologie et de radiologie
- Faciliter les prises de rendez-vous avec les spécialistes et les paramédicaux
- Développer des partenariats avec le CH d'Auch et les Cliniques (Cèdres, Pasteur, Gascogne)
- Diminuer le taux de passages non suivis d'hospitalisation aux urgences
- Des filières d'admission directe dans les services hospitaliers

La télémédecine

Actuellement, la télémédecine est seulement mise en place sur le territoire pour :

- Le protocole de téléexpertise pour la prise en charge des plaies en lien avec le réseau DOMCICA-31
- Des téléconsultations ont été utilisées par les médecins généralistes dans le cadre de la crise sanitaire.

Problématiques identifiées :

- La couverture des réseaux n'est pas toujours de qualité
- L'accès à des spécialistes est difficile

Besoins identifiés :

- Développer des protocoles de télémédecine notamment pour les avis spécialisés
- Développer des protocoles dans les Ehpad

L'organisation de parcours professionnels autour du patient :

Les problématiques rencontrées par les professionnels sur les parcours de santé s'articulent autour de :

- La communication et coordination entre les professionnels

Il est ressorti très clairement la nécessité d'améliorer la connaissance et la communication interprofessionnelle, de développer les liens avec les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, de développer des outils communs pour la coordination.

- Le parcours personnes âgées

Des difficultés de prises en charge des personnes âgées sont constatées par les professionnels : des délais de rendez-vous trop long, pas de lien avec les médecins spécialistes, des problématiques liées aux entrées et sorties d'hospitalisation, mauvaise communication interprofessionnelle, manque de connaissance des spécificités des professionnels, pas de protocole homogène, peu de prévention et un manque de certains professionnels à domicile.

- Les addictions

La prise en charge des addictions est une problématique en termes de prévention, de dépistage et d'adressage des patients aux structures adaptées.

- La santé de la femme

La contraception notamment chez les jeunes filles, le suivi gynécologique, la grossesse, les IVG médicamenteuses et la dépression post-partum sont les prises en charge que les professionnels souhaiteraient améliorer dans le parcours de santé de la femme.

- Les patients en situations complexes

La prise en charge des patients en situations complexes nécessiterait le développement de filières de soins, l'élaboration de protocoles, la coordination des professionnels...

- Le parcours enfants et adolescents

Les problématiques identifiées sont : des retards de prises en charges et d'accès à l'expertise pour les parcours enfants et adolescents, une connaissance insuffisante des professionnels qualifiés dans la prise en charge des troubles, des patients et des familles peu informés sur les troubles, le développement de l'enfant et sur la prévention, un lien avec les secteurs sanitaire, social, médico-social et éducatif dépendant de l'information et des démarches personnelles des professionnels, des professionnels de santé peu sensibilisés à l'accompagnement et à la prévention à destination des enfants et des adolescents. Les professionnels souhaiteraient développer la prévention, les liens avec les différents acteurs de la prise en charge et se former.

La prévention

- L'éducation thérapeutique

Différents programmes d'ETP sont développés sur le territoire (diabète, insuffisance cardiaque, obésité...) dans un but d'égalité territoriale il serait intéressant de diffuser l'information et de les développer si nécessaire.

- Le dépistage de la fragilité

Différentes infirmières et la MSP de Mauvezin participent au dépistage de la fragilité. Un déploiement sur tout le territoire doit être étendu.

- Les addictions

Des actions de prévention sur les addictions sont menées dans les MSP (mois sans tabac, temps de sensibilisation) notamment. Ces dernières sont à développer sur tout le territoire.

➤ Les troubles rachidiens

Les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient développer la prévention primaire des troubles rachidiens chez les enfants.

➤ Les chutes chez la personne âgée

Afin de prévenir les chutes chez la personne âgée, les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient développer des ateliers de prévention adaptés aux patients évalués fragiles suite à l'évaluation dans le cadre du programme ICOPE.

1.5 Analyse des données

L'analyse des données qualitatives et quantitatives du diagnostic territorial nous a permis de mettre en évidence les forces et les faiblesses pour mettre en œuvre chaque mission attribuée aux CPTS.

- **Les forces du territoire :**

Les deux maisons de santé qui ont déjà l'habitude de travailler en exercice coordonné.

Les jeunes médecins ont fait des remplacements sur le territoire.

Deux des centres hospitaliers ont une direction commune (Lombez Samatan. Gimont) et les 3 font partie du GHT du Gers.

Les centres de vaccination COVID ont développé une connaissance et une collaboration entre les professionnels.

Des groupes WhatsApp, mailing google groupe pour communiquer sont utilisés.

- **L'accès aux médecins traitants :**

Des jeunes médecins sont venus s'installer dans les 2 MSP mais aussi sur l'Isle-Jourdain. Le travail en pluriprofessionnalité a été un levier pour leur installation.

- **L'accès aux soins non programmés :**

Le taux de passage aux urgences sans hospitalisation est seulement de 11.9% deux fois moins qu'en Occitanie.

Les 2 MSP ont déjà des plages horaires pour les soins non programmés.

La crise sanitaire a permis de développer l'utilisation de la télémédecine.

- **L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient**

Des partenariats ont été créés avec différents acteurs de santé (Gérontopôle, le réseau 2PAO, Diabète Occitanie, CICAT Occitanie, Arpège...)

Des temps de sensibilisation sur certains thèmes comme les addictions ont déjà été organisés.

Les 2 MSP réalisent des réunions de concertations pluriprofessionnelles sur des cas complexes et certains protocoles sont mis en place.

Des professionnels sont experts en plaies et cicatrisation.

La participation de la CPTS à la construction du DAC (dispositif d'appui à la coordination)

Le souhait des centres hospitaliers d'obtenir le label hôpitaux de proximité.

Le recours à l'HAD y compris en Ehpad.

- **La prévention**

Un certain nombre d'atelier d'ETP sont déployés sur le territoire.

Des infirmières sont formées à Icope et la MSP de Mauvezin évalue la fragilité en pluriprofessionnalité.

Une microstructure médicale addictions se met en place sur la MSP de Mauvezin.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est à 62.3%.

La vaccination ROR est à 79.9%.

L'examen bucco-dentaire des enfants de moins de 16 ans est à 79.3%.

- **Accompagnement des professionnels de santé**

De nombreux médecins généralistes sont Maître de stage.

Des professionnels formateurs ou ressources sont présents sur le territoire.

- ❖ **Les faiblesses du territoire :**

Il y a une problématique d'interconnaissance des professionnels, des structures.

Beaucoup de professionnels sont isolés & n'ont pas l'habitude de travailler en coordination.

La communication est à structurer et sécuriser pour améliorer les prises en charge.

- **Accès aux soins médecins traitants**

1 / 4 des médecins généralistes ont plus de 60 ans.

Toutes les communes sont en ZAC.

Peu de médecins spécialistes. D'ici 5 ans, il n'y aura plus de médecins radiologues.

- **Accès aux soins non programmés**

Il y a peu d'actes de télémédecine.

Il n'y a pas d'uniformisation de l'accès aux soins.

Il n'y a pas de visibilité de l'offre pour les usagers.

- **L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient**

Les liens doivent être développés avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le partage d'information doit être sécurisé.

Les entrées et sorties d'hospitalisation sont à améliorer.

Les ressources du territoire ne sont pas lisibles pour les professionnels.

Il y a peu de coordination pour les prises en charge.

- **La prévention**

Il est à noter une surconsommation médicamenteuse.

Le dépistage des cancers colorectal et du sein sont à améliorer.

La vaccination antigrippale également.

Le dépistage de la fragilité n'est pas uniforme sur le territoire.

- **L'accompagnement des professionnels de santé**

L'accès à tous les professionnels est difficile (absence d'URPS notamment).

1.6 Orientations stratégiques du projet de santé

L'analyse des forces et des faiblesses basées sur les données du diagnostic territorial, nous a amené à définir des axes de travail pour chaque mission.

Accès à un médecin traitant

- dresser un état des lieux précis
- création d'un groupe de travail pour améliorer l'accès à un médecin traitant en ciblant une patientèle prioritaire.

Accès aux soins non programmés

- uniformiser l'offre sur le territoire
- établir des protocoles de délégations de tâches
- créer un secrétariat pour le traitement et l'orientation des demandes de SNP.

Parcours pluriprofessionnel

- Communication et coordination interprofessionnelle
- Parcours personne âgée
- Parcours de la santé de la Femme
- Parcours de l'enfant et de l'adolescent
- Addictions
- Plaies chroniques et/ou complexes

Prévention

- Prévention des complications du Diabète
- les mois de la prévention
- Dépistage de la Fragilité
- Prévention des troubles rachidiens chez les enfants
- Prévention des chutes chez la personne âgée fragile.

Accompagnement des professionnels de santé

- accueil des jeunes en formation
- communication interprofessionnelle

Qualité et pertinence des soins

- non déclinée

2. Les missions de la CPTS

Le diagnostic territorial nous a permis d'identifier les besoins et problématiques du territoire et de définir les axes de travail pour y répondre.

Des groupes de travail ont été constitués pour opérationnaliser ces choix dans le cadre des missions définies pour les CPTS soit l'accès aux soins, les parcours pluriprofessionnels, la prévention et l'accompagnement des professionnels.

Ces derniers ont élaboré des « fiches-actions ». Chacune d'elle établit : le constat basé sur le diagnostic territorial (quantitatif et qualitatif), propose l'objectif général à atteindre, la population ciblée, les acteurs concernés, indique les objectifs opérationnels avec les actions à mettre en place, les ressources disponibles et à mettre en œuvre, planifie le calendrier prévisionnel et cible des indicateurs pour évaluer les moyens et l'efficacité des actions.

2.1 L'amélioration de l'accès aux soins

A. Faciliter l'accès à un médecin traitant

Le constat :

- 10.4 % de la population de 17 ans et plus n'a pas de médecin traitant déclaré soit 2944 patients
- 1 /4 des médecins généralistes installés ont plus de 60 ans, le territoire va donc devoir faire face à de nombreux départs à la retraite.
- Toutes les communes du territoire sont classées en zones d'action complémentaire aussi des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que le manque de médecin augmente.
- Une augmentation de la population de 5.9% entre 2011 et 2016
- L'ensemble des professionnels de santé et des structures déplore le manque de médecin.

La population ciblée :

- en priorité les patients de plus de 70 ans, avec une ALD.
- tous les patients sans médecin traitant.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux
- les acteurs sanitaires (les assistantes sociales des hôpitaux de proximité et du réseau Arpège)
- les acteurs sociaux et médico-sociaux (Ehpad, Maia32, Arcolan, MDS, SSIAD, GIP Gers solidaire)
- les IDE ASALEE
- la CPAM et la MSA

L'objectif général :

Faciliter l'accès à un médecin traitant aux patients du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- Dresser un état des lieux auprès de l'ensemble des médecins généralistes sur leur capacité à augmenter leur patientèle et dans quelles limites.** Afin de répondre à cet objectif un questionnaire qui a commencé à être élaboré sera envoyé par mail. Des entretiens seront réalisés selon les besoins.
- Créer un groupe de travail « accès au médecin traitant ».** Ce groupe sera constitué de médecins généralistes, pharmaciens, assistantes sociales et acteurs du social et médico-sociaux qui souhaitent s'investir sur ce sujet afin d'initier une organisation qui facilitera l'accès à un médecin traitant.
- Organiser le repérage des patients sans médecin traitant & leur orientation vers un médecin du territoire.** Le groupe de travail devra proposer suite à l'analyse de l'état des lieux une procédure commune qui sera étendue sur tout le territoire de la CPTS.

-Organiser des campagnes d'information auprès des usagers. L'importance d'avoir un médecin traitant et la procédure d'accès doit être relayée par le biais des outils de communication tels que les gazettes, le site internet, des affiches...

-Informers les médecins généralistes sur les différentes possibilités de se dégager du temps médical.

Des temps de sensibilisation & d'échanges sur les nouveaux métiers (infirmière ASALEE, IPA, Assistant médical) pourront être organisés.

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : fournitures, affiches

Numériques : site internet, plateforme de coordination, système d'adressage des patients

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Dresser l'état des lieux	→																	
Créer le groupe de travail				→														
Créer une procédure commune						→												
Informers les médecins									→									
Informers les usagers													→					
Evaluer						🕒						🕒						🕒

Les indicateurs d'évaluation :

De moyens :

-Nombre de médecins interrogés pour dresser l'état des lieux

-Nombre de rencontres pour créer la procédure commune

-Nombre de rencontres organisées pour sensibiliser les médecins aux nouveaux métiers

D'efficacité

-baisse du taux de patients sans médecin traitant âgés de plus de 70 ans, avec une ALD, en situation de précarité.

-baisse du nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS.

B. La prise en charge des soins non programmés

Le constat :

Les soins non programmés sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences (rapport Mesnier mai 2018).

- La part des passages aux urgences non suivi d'hospitalisation est de 11.9%. Elle est inférieure au niveau départemental (-3.1%) et au niveau régional (-9.5%).
- La part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services est de 61.1% (à relativiser car taux de communes neutralisées de 73.8%).
- Les deux MSP ont organisé la prise en charge des soins non programmés (plages horaires dédiés).
- Il n'y a pas d'organisation mutualisée et lisible pour les usagers et les professionnels de santé sur le territoire.
- La population est peu sensibilisée à la notion d'urgence en santé.
- Les professionnels de santé souhaitent pouvoir travailler en pluriprofessionnalité pour répondre aux soins non programmés.

La population ciblée :

- la population du territoire de la CPTS du sud est gersois

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (dont généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens)
- les établissements sanitaires (hôpitaux de proximité, CHG d'Auch, Clinique des Cèdres, de Gascogne)
- Comité des usagers, Mairies, Communautés de Communes

L'objectif général :

- Organiser une prise en charge des soins non programmés de la population du territoire de la CPTS.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

-Recenser l'organisation et les besoins en soins non programmés :

Dresser un état des lieux de l'offre de soins non programmés auprès des médecins généralistes et spécialistes. Un questionnaire sera envoyé par mail aux médecins du territoire afin d'analyser l'organisation actuelle, les ressources à disposition, les problématiques et besoins identifiés. Des entretiens seront réalisés si besoin pour affiner l'analyse.

Dresser un état des lieux avec les établissements sanitaires. Afin d'avoir une vision élargie de la prise en charge des soins programmés un travail de communication et d'échanges doit être réalisé avec les services des urgences. Trois axes doivent également être abordés : l'accès aux spécialistes par les médecins de ville (le territoire de la CPTS est doté de très peu de médecins spécialistes) ; les admissions directes en hospitalisation adressées par les médecins de ville et la réorientation des patients ne nécessitant pas de plateau technique hospitalier vers la médecine de ville.

Dresser un état des lieux auprès des paramédicaux. Le questionnaire sera également envoyé aux professionnels de santé paramédicaux. Il permettra d'évaluer leur gestion des soins non programmés et s'ils souhaitent participer à une réponse pluriprofessionnelle.

-Créer un groupe de travail pluriprofessionnel volontaires sur les nouvelles organisations de prise en charge des soins non programmés. Ce groupe proposera suite à l'analyse des 3 états des lieux les outils et méthodes envisagés et devra les impulser sur l'ensemble du territoire de la CPTS. Le diagnostic territorial a déjà permis de dégager des propositions d'organisation notamment la création d'un secrétariat pour le traitement et l'orientation des demandes de SNP, l'utilisation d'un agenda partagé pour la gestion des plages horaires de SNP, la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

-Réaliser des campagnes d'information auprès de la population du territoire sur les offres de soins non programmés. Afin d'améliorer l'orientation des patients, les professionnels de santé doivent communiquer sur l'organisation mise en place. Les acteurs tels que les comités d'usagers des MSP, les mairies, les communautés de communes mais aussi les outils tels que le site internet, les newsletters, les affiches pourront être les relais pour transmettre cette information.

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : site internet, agenda partagé

Humaines : coordinateur/ trice de parcours patient

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Dresser l'état des lieux Médecins généralistes / spécialistes	→																	
Dresser l'état des lieux établissements sanitaires		→																
Dresser l'état des lieux professionnels paramédicaux			→															
Créer le groupe de travail SNP pluriprofessionnel						👤👤👤												
Mettre en œuvre la nouvelle organisation									→									
Informé sur l'offre de soins												→						
Evaluer						🕒						🕒						🕒

Les indicateurs :

De moyens :

Nombre de professionnels de santé médicaux et paramédicaux et d'établissements sanitaires interrogés

Nombre de rencontres pour élaborer la nouvelle organisation des soins non programmés

Nombre de canaux de communication utilisés pour informer sur l'offre de soins

D'efficacité

Augmentation du nombre d'acte de soins non programmés pris en charge par les professionnels de santé

Diminution du taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

Augmentation du taux des admissions directes en hospitalisation de médecine adressées par un professionnel de santé.

C. Le déploiement de la télémédecine

Le constat :

Selon le code de la santé publique, la télémédecine désigne « les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Les pratiques relevant de la télémédecine désignent ainsi la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

- le territoire de la CPTS est doté de très peu de médecins spécialistes.
- les professionnels de santé relèvent des difficultés en termes d'accès aux spécialistes et au niveau de la couverture du réseau chez les patients.
- la crise sanitaire a toutefois augmenté par nécessité l'utilisation de la télémédecine.
- la MSP de Mauvezin utilise Postelo pour la téléexpertise, certains Ehpad ont recours à la téléexpertise notamment en psychiatrie, les professionnels de santé font appel à Cicat-Occitanie pour de la téléexpertise pour les patients atteints de plaies chroniques et / ou complexes.

La population ciblée :

- la population du territoire de la CPTS du sud est gersois.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux)
- les établissements sanitaires (CHU d'Auch, la clinique des Cèdres, la Clinique Pasteur)
- les EHPAD du territoire
- les acteurs d'appui au déploiement (GIP e-santé Occitanie, ARS Occitanie, CPAM Haute-Garonne)

L'objectif général :

- Faciliter l'accès aux médecins spécialistes et généralistes pour tous les usagers du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Recenser les dispositifs de télémédecine existants sur le territoire** auprès des professionnels de santé libéraux, des établissements sanitaires et des EHPAD ainsi que les difficultés inhérentes à ces derniers.
- **Identifier les besoins médicaux des professionnels de santé concernant la télémédecine.** Par le biais des différents groupes de travail constitués pour répondre aux missions de la CPTS, les besoins pourront être déclinés.

- Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur le déploiement de la télémédecine. Le groupe après analyse du recensement, des besoins et problématiques proposera des modalités de déploiement de nouveaux dispositifs de télémédecine ou de consolidation des existants.
- Développer des liens privilégiés avec les acteurs institutionnels (ARS, GIP e santé, URPS). La CPTS doit pouvoir être un relais d'information auprès des professionnels de santé concernant les dispositifs de télémédecine.

Calendrier prévisionnel

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Recenser les dispositifs existants	●————→																	
Identifier les besoins médicaux			●————→															
Créer le groupe de travail télémédecine pluriprofessionnel						👤👤👤												
Déployer les dispositifs existants							●————→											
Mettre en œuvre des nouveaux dispositifs										●————→								
Développer des liens privilégiés avec les acteurs institutionnels			●————→															
Evaluer												🕒						🕒

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de télémédecine

Humaines :

Indicateurs :

De moyens

-Nombre de dispositifs de télémédecine recensé sur le territoire

-Nombre de rencontres du groupe de travail pour identifier les besoins en télémédecine et les déployer

D'efficacité

-Augmentation du nombre de dispositifs de télémédecine mis en place sur le territoire

-Augmentation du nombre de patients qui ont bénéficié des actes de télémédecine

-Augmentation du nombre d'actes de télémédecine.

2.2 L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient :



Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. L'approche parcours, qui se caractérise à travers une approche par population ou par pathologie consiste, à partir de la perspective de la personne ou de l'utilisateur ou des obstacles qu'il rencontre au long de son parcours, en la recherche de réponses aux besoins qui émergent au long de la vie avec un handicap ou une maladie chronique. Cette démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

L'échange d'informations entre les professionnels est au cœur de la notion de parcours, de continuité des soins et de sécurité des prises en charge. Aussi la CPTS du sud est gersois a choisi de travailler sur **l'amélioration de la communication et de la coordination.**

Les besoins et problématiques identifiés sur le territoire ont permis de mettre en lumière la nécessité de créer des parcours en faveur **d'une meilleure prise en charge des personnes âgées, des enfants et des adolescents, de la santé de la Femme, des addictions et enfin des plaies chroniques et/ou complexes.**

A. Communication et coordination interprofessionnelle :

Le constat :

- Beaucoup de professionnels ne se connaissent pas mais ils ont le souhait de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques.
- Il y a une méconnaissance des spécificités des professionnels et des ressources sur le territoire
- La communication avec les professionnels qui vont à domicile doit être développée pour avoir un rôle d'alerte.
- Les liens avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que le partage d'informations sécurisées doivent être améliorés.
- Les outils d'e-santé sont utilisés mais il n'y a pas d'homogénéisation.
- Des temps de concertation pluriprofessionnelle sont structurés dans le cadre des 2 MSP (RCP)

La population ciblée :

La population du territoire de la CPTS

Les acteurs concernés :

- Les professionnels libéraux
- Les acteurs sanitaires (les 3 centres hospitaliers, HAD, le réseau Arpège, CMP)
- Les acteurs médico-sociaux (MAIA 32, PTA, SSIAD, EHPAD, ITEP, SESSAD, CMPP, FAM)
- Les acteurs sociaux (MDS, CD)
- Le GIP e – santé Occitanie

L'objectif général :

Développer la communication et la coordination interprofessionnelle pour éviter les ruptures dans les parcours de soins des patients du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Recenser les pratiques et outils de coordination existants sur le territoire.** Un état des lieux devra être réalisé auprès de l'ensemble des acteurs ainsi qu'un recueil de leurs besoins et de leurs attentes.
- **Créer un groupe de travail « communication et coordination » pluriprofessionnel.** Ce groupe sera composé de professionnels libéraux, d'acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. Il aura pour mission de répondre à la problématique des systèmes de communication, de partage d'informations et d'organisation de temps de concertation entre professionnels sur le territoire. Il devra définir, en

lien avec les professionnels adhérents et en fonction de leurs besoins, les outils adéquats pour le partage d'information, les modalités de concertation et impulser la dynamique sur le territoire.

- **Définir les modalités organisationnelles de communication et de coordination des parcours mis en œuvre au sein de la CPTS.** La prise en charge des cas complexes est une problématique majeure en raison d'un manque de communication et de coordination des professionnels qui interviennent. Une réflexion sur une organisation territoriale des RCP est à mener : quels sont les motifs, qui est convié, qui réunit, quel outil pour le traçage, quel suivi, le délai...
- **Déployer l'utilisation des outils d'e- santé.** Selon les besoins et attentes recueillis auprès des différents acteurs du territoire, des outils d'e-santé seront proposés et déployés afin de faciliter la coordination entre les professionnels. Le GIP e-santé sera sollicité en fonction.
- **Engager les ressources du territoire dans le développement des parcours.** Il existe une méconnaissance des spécificités des professionnels de santé, la création d'un annuaire qui serait accessible sur le site internet de la CPTS permettrait une meilleure connaissance et une utilisation des compétences au plus proche des patients.
- **Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs.** En organisant des temps de sensibilisation sur des thèmes communs aux différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette action permettra la rencontre de ces derniers ainsi que l'échange de pratiques.
- **Développer des partenariats avec les dispositifs d'appui à la coordination** (futur DAC, HAD, 2PAO, CICAT OCCITANIE).

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

-**Logistiques :**

-**Numériques :** site internet, outils e santé

-**Humaines :** formateurs

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dresser un état des lieux			●	→																				
Créer un groupe de travail				☺☺☺																				
Organisation territoriale des RCP						●	→																	
Déployer l'utilisation d'outil d'e-santé								●	→															
Créer un annuaire													●	→										
Organiser des temps de sensibilisation													●	→										
Développer des partenariats						●	→																	
Evaluation												🕒												🕒

Les indicateurs :

De moyens

- Nombre de RCP effectuées au niveau territorial
- Nombre de professionnels ayant participés à ces pratiques de coordination
- Nombre d'outils de communication déployés sur le territoire

D'efficacité

Nombre d'actions de promotion de pratiques de coordination réalisées / an

B. Le Parcours pluriprofessionnel autour de la Personne Agée :

Le constat

- L'accès aux soins est parfois compliqué (Toilette médicalisée / aide à la toilette) mais aussi en termes de déplacement un certain nombre de personnes âgées sont isolées.
- Le lien ville / hôpital et notamment l'articulation avec l'HAD en sortie d'hospitalisation peuvent être complexes en raison d'un manque de coordination des acteurs.
- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement met en difficulté les établissements et les professionnels libéraux.
- il y a peu de solution de répit pour les aidants (accueil de jour / halte - répit)
- Le repérage et le dépistage de la fragilité ne sont pas effectués sur l'ensemble du territoire ce qui crée des inégalités.
- Certains résidents en Ehpad n'ont pas de médecin traitant.

La population visée

- les personnes âgées et/ ou leurs aidants

Les acteurs concernés

- les professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux
- les acteurs sanitaires (hôpitaux, clinique, HAD, réseau Arpège, Gérontopôle)
- les acteurs médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, MAIA32, PTA, équipe de l'APA)
- les acteurs sociaux (CLIC, France Alzheimer, CCAS)
- les acteurs politique (Mairies, Communautés de Communes)
- les représentants des usagers

L'objectif général

Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées du territoire

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- Créer un groupe de travail composé de professionnels de santé libéraux, d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.** Ce groupe de travail pluriprofessionnel devra suite à l'état des lieux fait

sur la prise en charge & l'accompagnement des personnes âgées du territoire proposer des modalités concrètes, leur mode de mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Renforcer l'état des lieux actuel. Certains partenaires doivent être encore rencontrés, les représentants des usagers et des familles également. Ce diagnostic doit être affiné notamment sur la prévention, la fragilité, l'accès à l'offre de soins, la sortie d'hospitalisation, le maintien à domicile, les solutions de répit pour les aidants, l'entrée en établissement, les soins palliatifs.

- Retarder l'entrée dans la dépendance. Des professionnels sont déjà formés à la détection de la fragilité (protocole en lien avec le Gérontopôle à la MSP de Mauvezin, ICOPE) afin d'étendre la sensibilisation et la détection de la fragilité sur tout le territoire une fiche spécifique a été créée dans la section prévention.

-Promouvoir les actions de prévention locales à destination des personnes âgées et de leurs aidants (programme d'éducation thérapeutique du patient, actions de prévention individuelles et collectives). En lien avec les différents partenaires tels que la MSA, la Carsat, M2P, la Mutualité française, Diabète Occitanie.... des sessions de présentation et de promotion de ces dispositifs peuvent être prévues par la CPTS à destination des professionnels, des personnes âgées et de leurs proches.

-Optimiser les parcours pluriprofessionnels de soins coordonnés entre les professionnels de santé avec la mise en commun des compétences de chacun. Les actions à mettre en œuvre sont développées dans la fiche « communication et coordination interprofessionnelle ».

- Contribuer à la continuité des soins et à une prise en charge adaptée des patients afin de prévenir les ruptures de parcours. Afin de pallier aux problématiques soulevées par les professionnels des entrées et sorties d'hospitalisation, un dossier unique du patient basé sur le Plan Personnalisé de Santé va être construit par le groupe de travail. Une plateforme de coordination sera également choisie par l'ensemble des acteurs intervenants.

-Favoriser l'accès aux solutions de répit. Un recensement des associations et des établissements doit être réalisé puis ces informations doivent être diffusées aux professionnels, aux familles /aidants.

-Améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Une réflexion doit être menée sur ce sujet avec l'ensemble des acteurs afin de déterminer des axes de travail en termes de formation, de lien avec la psychiatrie, du besoin d'une équipe mobile sur le territoire.

Calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
Dresser un état des lieux	→																											
Créer un groupe de travail				👥																								
Promouvoir les actions de prévention						→																						
Créer le dossier patient unique													→															
Diffuser l'information sur les solutions de répit													→															
Proposer des axes de travail sur la PEC des troubles du comportement																			→									
Evaluation													🕒												🕒			

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : affiches/flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines :

Les indicateurs

De moyen :

- nombre d'acteurs interrogés pour réaliser l'état des lieux
- nombre d'actions de prévention diffusée par l'intermédiaire de la CPTS
- nombre de professionnels/structures utilisant le dossier patient commun

D'efficacité :

Nombre de personnes âgées qui ont bénéficié des actions du parcours pluriprofessionnel

C. Le parcours pluriprofessionnel du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes

Le constat

- La part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années est de 62.3 %.
- La part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8% soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.
- Les professionnels de santé ont constaté une mauvaise connaissance des ressources pour le suivi gynécologique de la Femme tant au niveau de la population que des professionnels.
Le même constat est fait concernant la prise en charge d'une contraception et d'un suivi de grossesse.
- Un manque de coordination dans le parcours de soin entre les professionnels de santé de proximité (sages-femmes et médecins généralistes) et les spécialistes (gynécologues et oncologues) a été souligné.

La population ciblée :

Les adolescentes et les Femmes du territoire de la CPTS

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (sages femmes, médecins généralistes, biologistes, gynécologues, radiologues, oncologues)
- les professionnels de santé des structures sanitaires (gynécologues et oncologues)
- les professionnels de santé du médico-social (planning familial, PMI, CDPEF)
- l'ensemble des professionnels de santé concernant le relais d'information.

L'objectif général :

- Améliorer le parcours de soin du suivi gynécologique des adolescentes et des Femmes

Les objectifs opérationnels et les actions :

-Dresser un état des lieux des professionnels et structures ressources du territoire sur le suivi gynécologique des Femmes. Une liste sera établie avec les compétences et spécificités.

-Créer un groupe de travail sur ce thème. Le groupe devra proposer les modalités choisies pour répondre à l'objectif général, sa mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Informers les Femmes sur les ressources possibles pour leur suivi gynécologique. Pour répondre à cet objectif, un flyer d'information sera créé et une page d'information sur le site internet de la CPTS sur lesquels seront répertoriés les différents lieux et professionnels ainsi que leurs compétences. Ces flyers pourront être mis à disposition dans les salles d'attente de tous les professionnels de santé, les laboratoires, au niveau des mairies. Ils pourraient être distribués par les pharmaciens à chaque fois qu'une contraception est délivrée, par les infirmières scolaires également.

-Informers les professionnels de santé sur les ressources du territoire. Des rencontres interprofessionnelles permettraient une présentation des différentes compétences des acteurs de la santé de la Femme. Cette action faciliterait la communication, la connaissance et le partage d'expérience.

-Etendre le protocole de la prise en charge de l'ITVG médicamenteuse sur l'ensemble du territoire. Afin de permettre une égalité d'accès à toutes les Femmes.

-Améliorer la coordination entre les professionnels de santé de proximité (sages-femmes, médecins généralistes) et les spécialistes (gynécologues, oncologues). Afin de faciliter la communication, le choix d'un type de messagerie sécurisée pour le courrier ou les dossiers patients devra être choisi par les acteurs concernés, voir une plateforme de coordination type SPICO. Des formations communes permettraient un échange sur les pratiques.

-Améliorer le dépistage du cancer du sein. L'information sur la nécessité de faire une mammographie après 50 ans tous les deux ans dans une visée préventive doit être diffusée. Cette action est développée dans la fiche « les mois de la prévention ».

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dresser un état des lieux	→																							
Créer un groupe de travail				👥																				
Créer le flyer et le diffuser						→																		
Informers les PS sur les ressources									→															
Etendre le protocole pour la PEC de l'IVG													→											
Choisir des outils de coordination													→											
Evaluation												🕒												🕒

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre d'acteurs et de structures qui ont participé à la diffusion des flyers
- nombre de professionnels qui ont participé aux rencontres interprofessionnelles sur le suivi gynécologique
- nombre de professionnels qui ont été impliqués dans la PEC d'une IVG médicamenteuse.

D'efficacité :

- nombre de femmes qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel pour leur suivi

D. Le parcours pluriprofessionnel autour des enfants et des adolescents

Le constat

-18.8 % de la population du territoire sont des enfants de moins de 15 ans (+3.4 que le département et +2 que la région). Il semblait donc important de construire un parcours pluriprofessionnel autour des enfants et adolescents.

-Les professionnels de santé ont constaté une mauvaise connaissance des ressources pour le diagnostic de certains troubles ainsi que pour la prise en charge et l'accompagnement des enfants et des adolescents tant au niveau de la population que des professionnels.

-Un manque de coordination dans le parcours de soin entre les professionnels de santé et les acteurs du secteur sanitaire, médico-social, social et éducatif a été souligné. Il n'y a pas de temps dédié aux concertations pluriprofessionnelles.

-Il y a souvent des difficultés dans l'accès à l'expertise (orthophonistes, psychomotriciens, pédopsychiatre) entraînant des retards dans la prise en charge.

-Un certain nombre de professionnels de santé est peu formé à l'accompagnement et à la prévention des enfants et des adolescents (harcèlement, addictions diverses, anorexie...)

La population ciblée :

Les enfants et les adolescents du territoire de 0 à 18 ans.

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médicaux et paramédicaux)

-les acteurs sanitaires (CH d'Auch, CH Gers, CHU de Toulouse, CMP L'Essor)

-les acteurs du médico-social (ITEP. SESSAD.CMPP)

-les acteurs sociaux (CD32.MDS. ASE. Communauté de commune, la Maison des adolescents. Centre social)

-les professionnels de l'éducation nationale (écoles, collèges, lycées)

L'objectif général :

-Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des enfants et des adolescents du territoire.

Les objectifs opérationnels et les actions :

-Dresser un état des lieux des professionnels et structures ressources du territoire travaillant auprès des enfants et des adolescents. Le but sera d'identifier les rôles, les compétences et les spécificités de tous les acteurs (médical, paramédical, sanitaire, social et médico-social). Ces données pourront alimenter l'annuaire des ressources destiné aux professionnels.

-Créer un groupe pluriprofessionnel de travail sur ce thème. Le groupe devra proposer les modalités choisies pour répondre à l'objectif général, sa mise en œuvre et les impulser sur le territoire.

-Informers les professionnels du territoire sur les champs de compétences des orthophonistes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes et psychologues. Des temps de rencontres seront organisés pour favoriser l'interconnaissance et permettre une meilleure orientation des enfants ou des adolescents selon leurs besoins.

-Améliorer la coordination entre les professionnels intervenant dans la prise en charge des adolescents et des enfants. Afin de faciliter la communication, le choix d'un type de messagerie sécurisée pour le courrier ou les dossiers patients devra être choisi par les acteurs concernés, voir une plateforme de coordination type SPICO. L'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle sera à définir : dans quels cas, quels acteurs, qui les organisent, comment et ou les tracer...

-Organiser des temps de formation pour les professionnels libéraux et travaillant dans des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales sur des thématiques relatives aux enfants et adolescents. La finalité est de mieux repérer et prendre en charge certaines problématiques tels que les troubles DYS, les troubles du comportement alimentaire, les addictions... Cette action favorisera également l'interconnaissance.

-Informers les enfants, les adolescents et les familles par le biais d'action de prévention. En partenariat avec les différents acteurs (éducation nationale, acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, communauté de communes) des flyers, plaquettes pourront être créés et distribués sur des thèmes choisis par les professionnels tels que la nutrition, l'activité sportive, la contraception...ou/et des professionnels pourront intervenir sur ces thèmes.

-Réaliser une veille documentaire. La CPTS pourra être un relais d'information des dernières recommandations sur les prises en charge des enfants et adolescents par le biais du site internet. Une réflexion pourra être menée sur la création de synthèses par thématiques qui seront transmises aux professionnels.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : flyers

Numériques : site internet, plateforme de coordination

Humaines : Experts de l'enfance et de l'adolescence

Le calendrier prévisionnel :

Actions sur 24 mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
Dresser un état des lieux	→																												
Créer un groupe de travail						👥																							
Informersur les champs de compétences							→																						
Organiser la coordination													→																
Former les professionnels																	→												
Informers les familles/Enfants/Adolescents																	→												
Créer une veille documentaire																				→									
Evaluation												🕒													🕒				

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels ayant participé aux présentations des professions
- nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire organisées
- nombre de professionnels ayant participé à des temps de formation
- nombre de flyers créés
- nombre de recommandations recensées

D'efficacité :

- le nombre de prises en charge coordonnées et pluriprofessionnelles d'enfants ou d'adolescents

E. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes :

Le constat

-La prévalence des plaies chroniques est en constante augmentation en France, le vieillissement de la population étant un facteur de risque d'apparition et de chronicité.

Une plaie complexe est une plaie dont la cicatrisation ne progresse pas normalement ou qui nécessite des soins avancés. Sa prévention et sa prise en charge reposent sur une stratégie pluridisciplinaire.

La CPTS souhaite travailler sur cet enjeu de santé publique.

-les professionnels libéraux ou en établissement n'identifient pas toujours quand leur patient est porteur d'une plaie chronique ou complexe et qu'elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

-Un développement et un renforcement des compétences des professionnels en termes d'évaluation clinique, de soins techniques, relationnels, éducatifs et préventifs et de la coordination des soins serait nécessaire pour garantir des prises en soins efficaces et pertinentes.

-Deux réseaux d'expertises interviennent sur le territoire de la CPTS :

CIC Arpège qui intervient au domicile du patient et Cicat-Occitanie qui propose des téléconsultations avec DOMOPLAIES Visio Occitanie.

La population ciblée :

Les patients du territoire porteur d'une plaie chronique ou complexe.

Les acteurs concernés :

-les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes, podologues, pharmaciens, angiologue, laboratoires)

-les professionnels de santé des Ehpad et des Hôpitaux de proximité.

-les réseaux CIC Arpège et Cicat-Occitanie

L'objectif général :

-Améliorer le parcours des patients porteur d'une plaie chronique et/ou complexe.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- Sensibiliser les professionnels de santé (libéraux et établissements) sur la prévention et la prise en charge des patients porteurs de plaies.** Des temps de sensibilisation seront organisés sur des thématiques choisies.
- Réduire le délai de cicatrisation.** Un groupe de travail pluriprofessionnel sera créé pour proposer des protocoles basés sur les recommandations de l'HAS, les diffuser à l'ensemble des professionnels du territoire. Un questionnaire sera créé et envoyé aux professionnels de santé pour déterminer quels types de plaies majoritaires ils prennent en charge, lesquelles sont le plus problématiques...
- Coordonner la prise en charge pluriprofessionnelle.** Une réflexion doit être menée autour d'un protocole de soins et sur le choix d'outils de transmissions des données sécurisées.
- Développer les liens avec CIC Arpège et CICAT Occitanie.** Certains professionnels travaillent déjà avec ces deux réseaux d'expertise. Ces réseaux permettent de soutenir les équipes de premier recours, de maintenir le patient à domicile, une expertise rapide, un appui à la coordination du parcours.

Les ressources disponibles :

salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination

Humaines : Experts en plaies et cicatrisation

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Créer le questionnaire et le diffuser																								
Sensibiliser les PS et les structures																								
Créer un protocole pour la PEC																								
Choisir des outils de coordination																								
Conventionner avec les 2 réseaux																								
Déployer la PEC coordonnée																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels et de structures qui ont participé à la sensibilisation sur la PEC des plaies chroniques ou/et complexes
- nombre de protocoles élaborés en pluriprofessionnalité
- nombre de professionnels qui ont participé à la PEC pluridisciplinaire d'un patient porteur d'une plaie chronique ou/et complexe

D'efficacité :

- nombre de patients porteurs d'une plaie chronique ou/et complexes qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel coordonné.

F. Le parcours pluriprofessionnel autour de la prise en charge des patients ayant une problématique addictive :

Le constat

-La prise en charge des patients ayant une problématique addictive notamment l'alcool, le tabac et les écrans peut parfois mettre en difficulté les professionnels :

Au niveau du repérage et du dépistage, comment aborder le sujet.

Au niveau de l'orientation de ces patients vers les spécialistes ou structures adaptés. Les professionnels n'ont pas de vision très claire du réseau, des acteurs.

Au niveau de la coordination avec les différents acteurs de la prise en charge.

Actuellement, des liens existent avec les services sociaux mais ils sont à développer.

Une infirmière ASALEE a un diplôme universitaire en addictologie.

Les deux infirmières ASALEE du territoire se forment plus spécifiquement sur l'addiction au tabac et à l'alcool.

Une après-midi de sensibilisation a été organisée sur Mauvezin avec le réseau 2PAO réunissant des professionnels libéraux, des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.

La population ciblée :

Les patients du territoire ayant une problématique addictive

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, pharmaciens, angiologue, neurologue, ophtalmologue, cardiologue, pneumologue, psychiatre, psychologue)

- les IDE ASALEE

-les acteurs sociaux (les assistantes sociales, la PMI)

-les réseaux (2PAO, IREPS, Partnair)

-le DAC 32

-les acteurs sanitaires (ELSA)

-les acteurs du médico-social (CSAPA, CARUD)

-les collectivités

L'objectif général :

-Améliorer le parcours de la prise en charge en addictologie : repérage, dépistage, accompagnement pluridimensionnel des patients ayant une problématique addictive.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur ce parcours.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour améliorer la prise en charge des patients ayant une problématique addictive, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Améliorer le repérage et le dépistage des patients par les professionnels et les aidants.** Lorsqu'un usage a été identifié soit pendant une consultation soit par l'intermédiaire d'un tiers, le soignant va proposer au patient d'approfondir avec lui son expérience et son niveau d'usage. L'utilisation d'un questionnaire peut être utilisée comme outil de médiation. La CPTS diffusera ses questionnaires de repérage précoce (outils validés) des consommations auprès des professionnels.

Concernant les aidants, la CPTS diffusera des brochures, affiches sur la consommation d'alcool, de tabac et les écrans en lien avec le réseau 2PAO. Cette diffusion serait en lien avec les Mois de la prévention.

-**Améliorer l'orientation des patients.** Pour répondre à cet objectif, la CPTS pourra organiser des temps de formation des professionnels sur la prise en charge des patients ayant une problématique addictive par le biais du réseau 2PAO ou/ et de l'IREPS. Les patients pourront être orientés vers les infirmières ASALEE du territoire qui sont formées. La mise en place de la microstructure médicale en addiction à la MSP de Mauvezin facilitera l'orientation du patient au plus près de son domicile, sans stigmatisation et avec une prise en charge pluriprofessionnelle.

-**Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire.** Afin d'identifier la filière de soins, un répertoire des ressources territoriales accessible sur le site internet de la CPTS sera créé.

Les liens devront être développés avec les addictologues des structures d'Auch pour faciliter les hospitalisations et la prescription de traitements ainsi qu'avec les assistantes sociales de secteur, des CLIC et de la MSMA concernant les accès aux droits. Afin de coordonner la prise en charge, une réflexion devra être menée sur le choix d'une plateforme de coordination.

Des RCP pourront être organisées pour des situations complexes.

Les ressources disponibles :

salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination, site internet.

Humaines : Experts en addictologie

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Diffuser les questionnaires de repérage																								
Diffuser les affiches pour les aidants																								
Organiser des formations																								
Créer le répertoire territorial																								
Développer les liens avec AS et les structures																								
Choisir une plateforme de coordination																								
Organiser des RCP																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels qui ont utilisé des questionnaires de repérage des addictions
- nombre de professionnels ayant participé aux formations sur la PEC des addictions
- nombre de professionnels qui ont utilisé la plateforme de coordination
- nombre de RCP organisée sur le territoire pour des situations complexes

D'efficacité :

- nombre de patients ayant une problématique addictive qui ont bénéficié d'un parcours pluriprofessionnel coordonné.

2.3 Le développement d'actions coordonnées de prévention :

La prévention en santé publique constitue l'ensemble des actions préventives, curatives, éducatives et sociales, qui abordent la santé de façon collective. Parmi elles :

-  La lutte contre les épidémies
-  La prévention des maladies, accidents et handicaps
-  L'éducation à la santé
-  La surveillance et l'amélioration de l'état de santé de la population
-  L'identification et la réduction des risques sanitaires (environnement, travail, etc.)
-  Le développement de l'accès aux soins et la réduction des inégalités de santé

Les actions de prévention santé visent donc à limiter et éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies, en agissant sur tout ou une partie de la population, ses comportements et son environnement.

La prévention en santé publique peut s'exercer dans tous les lieux de vie des individus : domicile, travail, école, cabinet médical, pharmacie, etc.

La CPTS a choisi de développer 4 actions coordonnées de prévention sur le territoire en fonction des besoins et problématiques constatés.

-  Le dépistage de la fragilité
-  Les Mois de la prévention
-  La prévention des troubles rachidiens chez les enfants
-  La prévention des chutes chez les personnes âgées

A. Le dépistage de la Fragilité

Le constat

- La population du territoire est vieillissante (1/3 des personnes ont plus de 60 ans). En 2030, le Gers verrait le nombre de personnes âgées croître de 29%. Parmi celles-ci, l'augmentation des personnes dépendantes serait de 39%.
- La détection de la fragilité est inégalitaire sur le territoire, la MSP de Mauvezin et quelques infirmières libérales effectuent des évaluations en lien avec le Gérontopôle de Toulouse.
- Les professionnels ont constaté un manque de coordination autour de la PEC de la personne âgée.
- Les personnes âgées sont très souvent réfractaires à l'évaluation par peur des résultats.
- Suite au dépistage de la fragilité, il n'y a pas de propositions d'ateliers mémoire, nutrition ou équilibre adaptés.

La population ciblée :

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

Les acteurs concernés :

- les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, pharmaciens, kinésithérapeutes)
- les IDE ASALEE
- les acteurs sanitaires (SSIAD)
- les acteurs du médico-social (CCAS)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)
- les associations (club du 3^{ème} âge)
- le Gérontopôle de Toulouse

L'objectif général :

Retarder ou éviter l'entrée dans la dépendance des séniors

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur le dépistage de la Fragilité.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour améliorer la détection et la prise en charge des personnes âgées fragiles, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.
- **Informers les professionnels sur la notion et l'évaluation de la Fragilité.** Un courrier type créé par le Gérotopôle sera adressé aux médecins, IDE, kinésithérapeutes et pharmaciens.
- **Informers les aidants sur la notion et l'évaluation de la Fragilité.** Des flyers sur le programme ICOPE du Gérotopôle seront distribués ou affichés dans tous les lieux recevant des séniors. Un courrier pourra également être envoyé en coopération avec la CPAM et la MSA.
- **Améliorer l'évaluation de la fragilité du sujet âgé par les professionnels.**
Pour répondre à cet objectif, un plus grand nombre de professionnels (IDE, Kinésithérapeutes, Pharmaciens/es, médecins) devra être formé au STEP 1 et 2 du programme ICOPE par le Gérotopôle afin de pouvoir faire un maillage du territoire.
- **Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire du patient fragile.** Un compte rendu type sur l'évaluation de la fragilité sera créé pour uniformiser l'information à l'attention des médecins sur le territoire. Des outils communs de transmission des informations et de coordination devront être choisis.
- **Proposer une réponse pour maintenir ou améliorer les principales capacités suite à l'évaluation de la fragilité.** Des ateliers sur l'exercice physique, la nutrition et la mémoire seront proposés sur le territoire de la CPTS. Les kinésithérapeutes proposeront des ateliers sur la prévention des chutes. Concernant la nutrition, un partenariat avec M2P sera mis en place. Pour les ateliers mémoires le Gérotopôle proposera début 2022 une formation aux ateliers multi-domaines. Les ateliers devront être coordonnés sur les mêmes semaines car les études du Gérotopôle ont démontré que l'efficacité de ces ateliers est corrélée à cette temporalité.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion/ Le partenariat avec le Gérotopôle

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : salles pour les ateliers

Numériques : outils de transmissions des données et outils de coordination, site internet.

Humaines :

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Créer un groupe de travail																									
Envoyer les courriers types																									
Diffuser les affiches pour les aidants																									
Organiser la formation des PS																									
Créer le compte rendu type																									

B. La prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles :

Le constat

- Le diagnostic territorial nous indique que 20% de la population du territoire a plus de 70 ans.
- Il est constaté un manque de kinésithérapeutes pour la rééducation globale de la personne âgée à domicile et au cabinet ce qui entraîne des difficultés d'orientation des patients.
- Il n'y a pas d'ateliers de prévention pour la mobilité proposée sur le territoire pour les personnes âgées évaluées fragiles.
- 1/3 des chutes survenant chez les plus de 60 ans sont à l'origine d'une hospitalisation et la chute reste la première cause d'entrée en institution et de perte d'autonomie.

La CPTS a donc choisi de développer ce projet de prévention des chutes basé sur les ateliers Equibr'Age de Kiné France Prévention.

La population ciblée :

Les personnes âgées de 65 ans et plus ou de 60 ans avec une ALD, évaluées dans le cadre du programme ICOPE (STEP1) avec un déficit de mobilité.

Les acteurs concernés :

- les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens/nes)
- les associations (clubs 3^{ème} âge, clubs sportifs).
- les acteurs du médico-social (centres sociaux, MDS)
- les acteurs sanitaires (SSIAD, h)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)

L'objectif général :

Maintenir l'autonomie à domicile et encourager un retour à une vie active (loisir et activité physique) des personnes âgées évaluées fragiles

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail sur la prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles** Le groupe proposera des méthodes et outils pour mettre en place les ateliers, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

- **Recruter et Former les kinésithérapeutes qui le souhaitent aux ateliers Equibr'Age.**

- **Créer des supports communs à tous les acteurs, et à destination des usagers** (fiche auto évaluation, bilan initial et final, fiche pour évaluer la nécessité de l'intervention d'une ou un ergothérapeute au domicile, programme détaillé des ateliers, support pour la conférence)

- **Informers l'ensemble des professionnels de santé, des acteurs du sanitaire, du médico-social, les associations gravitant autour des personnes âgées de la mise en place de ces ateliers.** Des mails seront envoyés, les collectivités pourront être le relais de cette information par des affiches ou flyers. L'information pourra être donnée sur le site internet de la CPTS, sur la newsletter, sur les gazettes des MSP.

- **Organiser les ateliers de prévention des chutes.** Pour réaliser ces ateliers, une conférence de sensibilisation aux risques de chutes à l'attention des seniors sera programmée. Différents professionnels de santé interviendront : médecin, kinésithérapeute, IDE et ergothérapeute. A l'issue de cette dernière, un dépistage STEP 1 du programme ICOPE sera proposé aux participants. Les personnes âgées ayant un déficit de mobilité pourront s'inscrire aux ateliers et une évaluation du STEP 2 leur sera soumise.

Ces ateliers seront constitués de 12 séances d'1 heure avec un bilan d'évaluation au début et à la fin. En cas de risque élevé de chutes, un/une ergothérapeute pourra réaliser une évaluation du domicile et faire des propositions d'aménagement.

La vue et le chaussage seront également à vérifier.

L'organisation de ces conférences et ateliers se tiendra sur différents lieux du territoire pour permettre une égalité de l'accès aux soins.

Les personnes âgées fragiles évaluées en dehors de ce cadre pourront également accéder à ce dispositif.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : 2 kits complets pour l'animation des ateliers

Numériques : le site internet

Humaines : Formateurs Equibr'Age

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Recruter et Former les MK																								
Créer les supports communs																								
Informers les PS, les différents acteurs																								
Organiser les ateliers																								
Mettre en œuvre les ateliers																								
Evaluer																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de kinésithérapeutes ayant participé aux formations de prévention des chutes
- nombre d'ateliers de prévention des chutes mis en place

D'efficacité :

- nombre de personnes âgées fragiles avec un déficit de mobilité ayant bénéficié des ateliers de prévention des chutes.
- Amélioration des capacités de mobilités (comparaison bilan initial et final)

C. Les Mois de la prévention

Le constat

L'analyse du diagnostic territorial a souligné que :

- le diabète de type 1 et de type 2 concerne 3.8% des usagers du territoire soit 1490 personnes.
- les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique concerne 2.9% des usagers soit 1129 personnes.
- l'infarctus coronaire touche 2.2% des usagers soit 861 personnes.
- l'insuffisance cardiaque grave, cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme graves, cardiopathie congénitales graves concernent 1.7% des usagers soit 657 personnes.
- la part des patients consommant de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années est à 26.1%. Elle est meilleure qu'en région mais plus faible que le département.
- la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein est de 60.8% soit -2.1% que le Gers et +0.4% que l'Occitanie.
- Le taux de vaccination pour la grippe saisonnière est de 51.4% et seulement de 32.6% pour les personnes à risque.

Les professionnels ont également relevé les problématiques addictives (alcool, tabac, écran) sur le territoire.

Face à ces différents constats, la CPTS a choisi de se mobiliser sur chacun de ces sujets en les déclinant par mois sur le territoire selon le calendrier de campagne de prévention national.

La population ciblée :

Tous les usagers du territoire

Les acteurs concernés :

- tous les professionnels libéraux et les MSP
- les IDE ASALEE
- les acteurs sanitaires (hôpitaux de proximité)
- les acteurs du médico-social (EHPAD. MDS. Centres sociaux)
- les collectivités (mairies, communautés de communes)
- la Mutualité Française, le réseau Diabète Occitanie, 2PAO, la CPAM, la MSA, l'IREPS, l'ARS.

-les usagers

L'objectif général :

Maintenir et améliorer la santé des usagers du territoire de la CPTS.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail pluriprofessionnel sur les Mois de la prévention.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour décliner les campagnes de prévention, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Organiser les actions de prévention par mois.** En fonction du diagnostic territorial et selon le calendrier des actions nationales il a été sélectionné les thèmes de chaque mois : janvier : le mois sans alcool, février : la journée mondiale contre le cancer ; mars : mois de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal ; avril : semaine européenne de la vaccination ; mai : journée mondiale contre l'hypertension ; juin : journée mondiale de l'orthoptique ; septembre : semaine nationale de la prévention du diabète ; octobre : octobre rose mois de sensibilisation au cancer du sein ; novembre : mois sans tabac et la vaccination contre la grippe.

Une réflexion devra être menée pour organiser l'envoi des affiches ou des flyers à l'ensemble des acteurs du territoire qui souhaitent participer, pour aider au montage de journée de sensibilisation...

-**Développer des actions partenariales de prévention.** En collaboration avec le réseau Diabète Occitanie, déployer DIABSAT le programme itinérant de dépistage des complications chroniques du diabète. Un camion équipé de plusieurs appareillages spécifiques propose des journées de dépistage à destination des personnes diabétiques.

Les patients diabétiques peuvent ainsi bénéficier gratuitement de tout ou partie des examens suivants, selon leurs besoins et/ou la demande du médecin traitant ou du diabétologue :

- prise de clichés de rétinographie non mydriatique (si la dernière consultation ophtalmologique date de plus d'un an),
- dépistage de la microalbuminurie (si la dernière évaluation date de plus d'un an),
- en cas d'absence de suivi podologique ou s'il date de plus d'un an :
 - > mesure des Index de Pression Systolique (IPS) au stéthoscope-doppler,
 - > réalisation de la gradation podologique.

Ce dépistage a été réalisé en 2021 sur les MSP de Mauvezin et Samatan. Il sera étendu sur le territoire y compris auprès des Ehpad car les personnes âgées ont des difficultés pour se déplacer.

En collaboration avec la Mutualité Française, organiser une journée de prévention sur le territoire à l'attention de tous les usagers permettant d'évaluer la vision, l'audition, la glycémie et la tension.

Un partenariat est envisagé avec la CPAM pour compléter cette journée par l'examen de prévention en santé.

-**Renforcer les compétences des professionnels en matière de prévention en santé.** Des temps de formation pourront être organisés sur les thèmes des mois choisis.

Les ressources disponibles :

Salle de réunion/ Le partenariat avec le réseau Diabète Occitanie, la Mutualité Française et l'IREPS.

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : salles pour les formations / Lieu journée de prévention

Numériques :

Humaines : Experts pour les formations, Organisation de la journée de prévention

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Créer un groupe de travail																								
Organiser les actions de la prévention																								
Mettre en œuvre les actions de prévention																								
Organiser la formation des PS																								
Evaluation																								

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de professionnels ayant participé aux formations sur la prévention
- nombre de professionnels ayant participé aux actions de prévention mensuelles

D'efficacité :

- nombre de personnes qui ont effectué les tests de dépistage lors de la journée de prévention
- nombre de patients diabétiques qui ont effectué le dépistage des complications avec le programme DIABSAT.

D. La prévention des troubles rachidiens et de l'obésité en milieu scolaire :

Le constat

-Selon l'OMS, les troubles ostéoarticulaires sont une des principales causes de l'obésité. Les études nous indiquent que les personnes avec un IMC supérieur à 25 sont de futurs lombalgiques. Le mal de dos et l'obésité touchent les plus jeunes et s'auto alimentent puisque les troubles du rachis sont notamment liés à la sédentarité et à la position assise.

-Il est à noter que peu ou pas de place est accordée à la prévention primaire sur les troubles rachidiens en école primaire sur notre territoire.

-Une éducation vertébrale est nécessaire afin de limiter les rachialgies de l'adulte et de diminuer le coût social des lombalgies sur le long terme (arrêt de travail).

La CPTS a donc choisi de développer ce projet de prévention porté par l'URPS Kiné d'Occitanie.

La population ciblée :

Les enfants scolarisés en classe de CM1 des écoles du territoire

Les acteurs concernés :

-les professionnels libéraux (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes)
-les associations de parents d'élèves, les parents.
-les écoles primaires.

L'objectif général :

Favoriser les détections de troubles rachidiens et de l'obésité de l'enfant de moins de 12 ans, les sensibiliser à une éducation vertébrale et aux risques de la sédentarité.

Les objectifs opérationnels et les actions :

- **Créer un groupe de travail sur la prévention des troubles rachidiens et de l'obésité de l'enfant de moins de 12 ans.** Le groupe proposera des méthodes et outils pour mettre en place ce dépistage, les diffusera aux professionnels et les impulsera sur l'ensemble du territoire.

-**Recenser l'ensemble des professionnels formés à ses actions (médecins, infirmiers scolaires et libéraux, kinésithérapeutes).** Des courriers seront envoyés aux professionnels concernés.

- Recenser les actions déjà réalisées dans les écoles primaires.** La CPTS devra se rapprocher des 25 écoles primaires du territoire pour effectuer ce recensement par courrier ou par téléphone.
- Recenser le nombre d'élèves de CM1 sur le territoire.** Ce recensement se fera en même temps que le précédent.
- Recruter et former les kinésithérapeutes du territoire avec le soutien de l'URPS MK Occitanie.** Les kinésithérapeutes seront contactés pour leur exposer cette action de prévention et leur proposer d'y participer. Une formation de 2 jours est nécessaire.
- Créer un support commun établis par l'équipe pluridisciplinaire en charge du projet.**
- Informers et solliciter les écoles primaires du territoire puis les médecins généralistes pour la partie après dépistage.** Un courrier type sera créé et envoyé aux écoles. Il en sera de même pour les médecins généralistes.
- Mettre en place les actions de prévention pour les classes de CM1 sur le territoire.**

Les ressources disponibles :

Salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques : outils de présentation (colonne vertébrale, accessoires)

Numériques :

Humaines : Formateurs

Le calendrier prévisionnel :

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Créer un groupe de travail																									
Recenser les PS formés à ses actions																									
Recenser les actions réalisées dans les écoles																									
Recenser le nombre d'élèves de CM1																									
Recruter et former les MK																									
Créer un support commun																									
Solliciter les écoles primaires																									
Informers les MG																									
Mettre en place les actions de prévention																									
Evaluer																									

Les indicateurs :

De moyens :

- nombre de kinésithérapeutes ayant participé aux formations de prévention des troubles rachidiens en milieu scolaire
- nombre d'écoles qui ont participé à l'action de prévention des troubles rachidiens auprès des élèves de CM1.

D'efficacité :

- nombre d'enfants de CM1 qui ont participé au dépistage des troubles rachidiens et de l'obésité et à une éducation vertébrale.

2.4 L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire :

Le constat :

- Toutes les communes du territoire sont classées en ZAC traduisant une offre de soins et un accès aux soins moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.
- La démographie médicale et paramédicale est tendue pour la majorité des professions.
- Des professionnels de santé sur le territoire sont formés et accueillent des jeunes en formation
- Les formes d'exercice coordonné facilitent l'installation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire (La MSP de Mauvezin a attiré 1 jeune médecin et la MSP de Samatan 2 jeunes médecins, une psychomotricienne)
- La CPTS peut être un facteur favorisant l'installation de nouveaux professionnels sur le territoire qui souhaitent travailler en exercice coordonné.

La population ciblée :

Les professionnels médicaux ou paramédicaux en formation et/ou qui souhaitent s'installer.

Les acteurs concernés :

- les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux)
- les collectivités (mairies, département)

L'objectif général :

Rendre le territoire dynamique et attractif en vue d'attirer de nouveaux professionnels et d'inciter ceux travaillant déjà sur le territoire à y rester.

Les objectifs opérationnels et les actions à mettre en œuvre :

- **Encourager les professionnels de santé à l'accueil de stagiaires.** Un état des lieux doit être réalisé sur les maîtres de stages de chaque profession pour avoir une meilleure visibilité des lieux d'accueil.

- Evaluer les attentes et besoins des étudiants pour favoriser leur installation.** Un questionnaire sera créé pour comprendre leurs freins et leurs motivations afin de pouvoir agir sur certains leviers en fonction des résultats.
- Proposer un accompagnement et des aides à l'installations.** Des partenariats avec les mairies pourraient être développés concernant le logement, les locaux professionnels... et avec le CD32 pour les médecins.
- Développer des partenariats avec les écoles et centres de formation.** Le travail en exercice coordonné de la CPTS pourrait être présenté aux étudiants.
- Intégrer les étudiants dans la dynamique pluriprofessionnelle.** Afin de favoriser l'interconnaissance avec les professionnels du territoire, les étudiants doivent avoir accès à l'annuaire du territoire du site internet de la CPTS, être intégrer aux groupes WhatsApp, et des réunions de formation ou d'échanges de pratiques ou de présentation de métiers seront mises en place.

Calendrier prévisionnel

Actions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Recenser les maitres de stage	● →																	
Créer, diffuser, analyser le questionnaire				● →														
Développer les partenariats Mairies CD32						● →												
Développer les partenariats avec les écoles									● →									
Mettre en place des réunions d'échanges										● →								
Evaluer												🕒						🕒

Les ressources disponibles : salle de réunion

Les ressources à mettre en œuvre :

Logistiques :

Numériques : site internet

Humaines :

Indicateurs :

De moyens

-Nombre de stagiaires accueillis sur le territoire par an par profession

-Nombre de professionnels formés à l'encadrement de stagiaires

D'efficacité

-Nombre de nouveaux professionnels installés sur le territoire

3. Organisation et fonctionnement de la CPTS

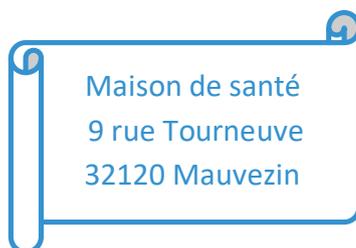
A. La structuration juridique :

La CPTS du sud est gersois est portée par une association Loi 1901 depuis le 23 novembre 2020.

L'association a pour but de porter la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du territoire de Mauvezin à l'Isle-en-Dodon, dont les objectifs s'inscrivent dans une approche populationnelle et sont :

- ✚ L'organisation de réponses à un besoin de santé des habitants du territoire de Mauvezin à l'Isle-en-Dodon
- ✚ Faciliter la coordination, la continuité, la qualité et l'efficience des soins curatifs, préventifs délivrés aux habitants du territoire.
- ✚ Faciliter l'accès aux soins et à la promotion de la santé
- ✚ Faciliter l'organisation de l'offre de soins et de santé du territoire
- ✚ Faciliter l'implication des habitants dans les démarches en santé
- ✚ Lutter contre les inégalités sociales de santé

Le siège social de l'association se situe à :



B. Les membres de l'association :

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les statuts.

L'association se compose de :

- ✚ **Membres Fondateurs** : ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou

morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration de son projet de santé.

 **Membres Actifs (adhérents)** : ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire, qui contribuent à l'objet de l'association en apportant leur concours à la réalisation des projets.

 **Membres d'Honneur** : ce titre peut être décerné par délibération du conseil d'administration aux personnes physiques ou morales qui rendent ou ont rendu des services importants à l'association.

L'association est constituée actuellement de :

 40 professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) qui ont réglé leur cotisation mais cela n'est significatif de la réalité des professionnels qui adhèrent au projet.

 2 membres MSP (Mauvezin et du bassin de la Save)

 Les membres partenaires :

3 hôpitaux de proximité (Mauvezin et Samatan/Lombez et Gimont)

Le Gérontopôle

8 Ehpad

3 SSIAD

La MDS de Mauvezin

Le CPEF de l'Isle Jourdain

Les CLIC de l'Isle Jourdain et Gimont

Le laboratoire des Cèdres

Le futur DAC

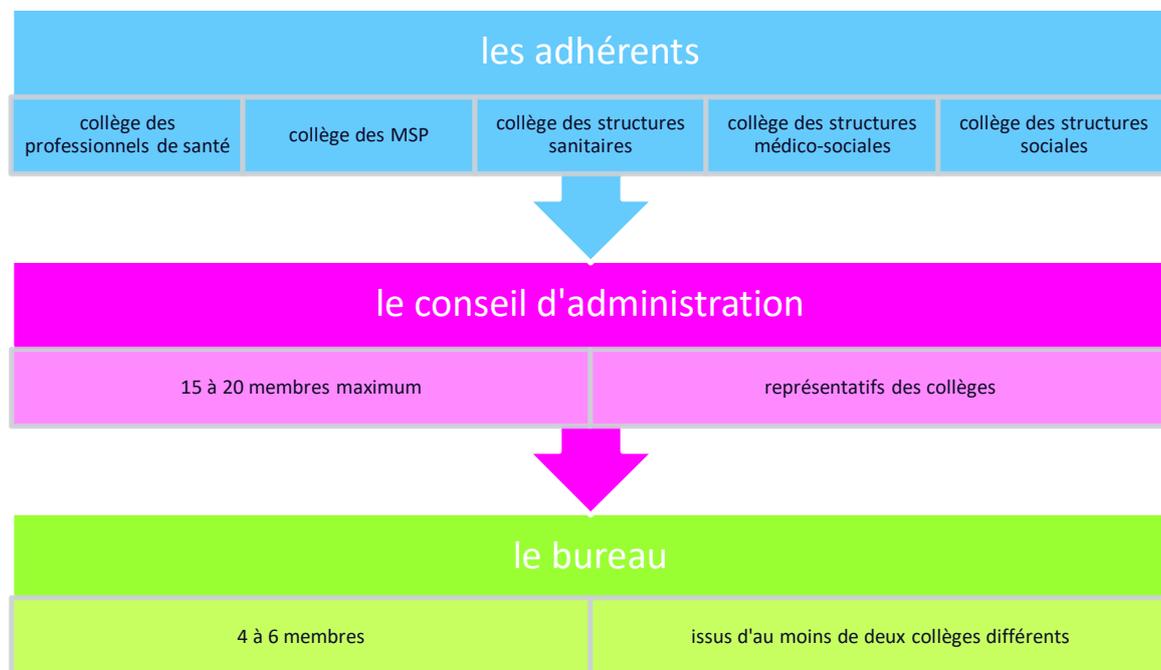
Les réseaux 2PAO, Diabète Occitanie, l'IREPS

La Mutualité Française.

Les communautés des communes Bastides de Lomagne et de la Gascogne Toulousaine.

La diffusion du projet de santé permettra de nouvelles adhésions. De plus, certains partenaires n'ont pas encore pu être rencontrés.

C. La gouvernance :



Chaque membre du collège professionnels de santé et du collège des MSP présent ou représenté dispose de **deux voix** lors de chaque décision collective.

Pour les collèges des structures du secteur sanitaire, médico-social et social, chaque membre du collège présent ou représenté dispose **d'une voix** lors de chaque décision collective.

L'ensemble des adhérents est convoqué au moins une fois par an pour l'assemblée générale.

L'assemblée générale est compétente pour :

- ✚ Approuver le rapport moral ;
- ✚ Approuver le rapport financier et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes ;
- ✚ Adopter l'affectation des résultats ;
- ✚ Approuver le budget de l'exercice suivant ;
- ✚ Fixer le montant de la cotisation ;
- ✚ Procéder au renouvellement du conseil d'administration tous les 3 ans ;
- ✚ Désigner le commissaire aux comptes ;
- ✚ Délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an et chaque fois qu'il est convoqué par le/la président/e ou à la demande d'un tiers de ses membres.

Le/la président/e convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA.

L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote. Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA ou majorité des suffrages exprimés.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

Il dispose d'une compétence générale pour toutes les matières intéressant l'association et qui ne sont pas réservées à l'AG.

Le CA élit en son sein un bureau comprenant à minima :

- Un/une président-e ;
- Un/une vice-président-e ;
- Un/une secrétaire et éventuellement un/une adjoint-e ;
- Un/une trésorier-ère et éventuellement un/une adjoint-e.

Nom Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Structure
BEDARD Angiolina	Psychologue	Lombez	MSP
BIAJOUX Quentin	Pharmacien	Gimont	
CASTADERE Jean Marc	Médecin généraliste	L'Isle-Jourdain	
CLARAC Agnès	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
CONTE Arnaud	Médecin généraliste	Samatan	MSP
FOURCADE Fabien	Médecin généraliste	Mauvezin	MSP
LEVEQUE Carine	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
CLAUZET Marion	Infirmière	Saint-Cricq	
MINGUEZ Audrey	Kinésithérapeute	L'Isle-Jourdain	
MERHILOU Pascal	Infirmier	Cazaux-Savès	MSP
PIOT Laurence	Pharmacienne	Mauvezin	
RAYO Marine	Infirmière	L'Isle-Jourdain	
SUINOT Christophe	Kinésithérapeute	L'Isle-Jourdain	
THAU Fabienne	Sage-Femme	Mauvezin	MSP
TREMOULET Laurent	Infirmier	L'Isle-en-Dodon	

Le Bureau : Les membres du bureau sont issus d'au moins deux collèges différents. Ils sont élus pour trois ans renouvelable deux fois.

-  Le ou la président/te doit être un professionnel de santé libéral en activité. Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile. Il peut engager une action en justice au nom de l'association. Il ordonne les dépenses relatives au fonctionnement de l'association. Il préside le CA et l'AGO. En cas d'absence le CA désigne un président de séance parmi ses membres.
-  Le ou la vice-présidente assiste le président dans ses fonctions.
-  Le ou la secrétaire de l'association tient à jour les écritures relatives au fonctionnement des instances de l'association.
-  Le trésorier tient les comptes de l'association. Il rend compte à l'AGO annuelle de la gestion financière de l'association. Il peut avoir l'appui d'un comptable si cela est jugé nécessaire.

Fonction	Nom Prénom	Profession
Président	CASTADERE Jean-Marc	Médecin généraliste
Vice-présidente	LEVEQUE Carine	Infirmière
Vice-présidente	THAU Fabienne	Sage-Femme
Trésorier	SUINOT Christophe	Kinésithérapeute
Trésorier adjoint	BIAJOUX Quentin	Pharmacien
Secrétaire	MERHILOU Pascal	Infirmier
Secrétaire adjoint	FOURCADE Fabien	Médecin généraliste

D. La coordination des acteurs

Deux niveaux de coordination sont définis :

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

Afin d'écrire le projet de santé, la CPTS a utilisé les fonds FIR pour rémunérer une coordinatrice à l'initiative du projet à raison d'un jour par semaine.

Des groupes de travail ont été constitués sur WhatsApp et sur Zoom autour des missions socles et complémentaires.

Ces groupes ont permis la réalisation des fiches actions présentes dans ce projet de santé. Ils continuent d'être alimentés et sont des lieux d'échanges pour les membres de la CPTS.

Un groupe WhatsApp existe également pour le conseil d'administration.

Le projet de la CPTS du sud est gersois va nécessiter par la suite des ressources humaines pour animer, accompagner et mettre en oeuvre le projet de santé. La CPTS aura besoin de salarier à temps plein la coordinatrice qui a commencé la formation de coordinateur portée par la FORMS et l'EHESP en mai 2021.

Les missions estimées seraient :

➤ La coordination des actions de la CPTS

En tant que chef de projets, piloter l'ensemble des actions du projet de santé : organisation, mise en oeuvre opérationnelle et évaluation.

-  planifier et organiser les réunions telles que les réunions de projets ou les réunions de concertation pluriprofessionnelle
-  faire le lien entre les membres de la CPTS : impulser une dynamique d'équipe et fédérer les professionnels et les idées

- ✚ mettre en place le projet de santé de la CPTS et les actions de prévention : organiser le planning et les groupes de travail, définir les objectifs et les moyens, développer des partenariats, mobilisera les professionnels et évaluera l'impact des actions
- ✚ aider à choisir et à déployer le système d'information, rechercher des prestataires, organiser les rencontres, les démos et les formations.
- ✚ réaliser une veille juridique et documentaire
- ✚ impliquer les usagers dans les actions

➤ **Le développement de partenariats**

Pour mener à bien les projets et actions de la CPTS, il est souvent essentiel de s'appuyer sur des ressources extérieures : acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, collectivités territoriales, institutions, associations, entreprises, etc.

- ✚ mettre en place des synergies, définir les conditions de partenariats et établir une contractualisation si nécessaire.
- ✚ chercher des soutiens financiers. Ce type de partenariat nécessite des temps de rencontres et de suivi avec le financeur, la réalisation d'un dossier de demande de subvention ou la réponse à un appel à projet.
- ✚ faire le lien avec le prestataire du système d'information choisi et également d'autres prestataires selon les outils mis en place.
- ✚ gérer les relations avec les partenaires institutionnels.

➤ **La communication**

Communiquer avec les publics cibles :

- ✚ Les professionnels de santé membres de la CPTS, lorsqu'une action doit être mise en place ou lorsqu'il y a un événement majeur
- ✚ Les patients, pour leur expliquer le parcours de soins, leur faire part d'une action de prévention ou diffuser une enquête de satisfaction
- ✚ Le grand public, pour informer de la mise en place d'une action de prévention ou diffuser des messages de santé
- ✚ Les partenaires, pour les mobiliser, les impliquer et suivre les actions

➤ **La gestion administrative**

- ✚ élaborer et suivre le budget prévisionnel en lien avec l'expert comptable et le trésorier, lié aux projets et actions ainsi qu'aux ACI et aux recrutements.
- ✚ rechercher les financements, en construisant des dossiers de demandes de subvention ou en répondant à des appels à projets de collectivités territoriales, d'institutions ou de fondations.
- ✚ réaliser les rapports d'activités, transmis aux financeurs de ces projets ou relatifs aux ACI

-
- organiser les Assemblées Générales, Conseils d'Administration et réunions de Bureau de la CPTS
 - participer au recrutement et à l'intégration des nouveaux arrivants.

Pour réaliser les missions du projet de santé :

Chaque membre du conseil d'administration devra faire partie d'au moins 1 groupe de travail.

Il n'y a pas de nombre maximum de participants aux différents groupes de travail.

Pour chaque groupe de travail, un membre adhérent sera désigné responsable par le groupe (et celui-ci devra être validé par le Conseil d'Administration). Cette désignation est à renouveler au bout d'un an.

Le rôle du responsable du groupe de travail sera de :

- Participer activement à la rédaction ou l'amélioration de la fiche action correspondant à son groupe ;
- Coordonner les actions du groupe de travail.
- Etre en lien avec la coordinatrice.
- 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 responsable peut inviter toute personne physique s'il juge sa présence utile au bon déroulement du groupe de travail de par son expertise. Il devra en informer le groupe de travail au début de séance.

CONCLUSION

« Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas » Lao TSEU.

L'élaboration de ce projet de santé est le premier pas de la construction de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Sud Est Gersois.

Les professionnels de santé libéraux du territoire vont devoir maintenant se mobiliser, se structurer pour mettre en oeuvre les actions déclinées dans leur projet.

Mais ce dernier ne pourra éclore sans la participation indispensable des différents acteurs que sont l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, les URPS, la FORMS, les patients, le secteur social, médico-social et les collectivités.



Rédaction et mise en page : Angélique Dardenne
Corédaction : les membres du conseil d'administration