

21/10/2022

Projet de santé de la CPTS de Montauban

ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE – CPTS MONTAUBAN

INTRODUCTION

La CPTS de Montauban est la plus grande du département du Tarn-et-Garonne avec 77 000 habitants en 2020, de niveau 2, et regroupe une partie importante des professionnels de santé et des structures sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.

Ce territoire attractif, par sa proximité avec la métropole toulousaine et deux grands axes autoroutiers, voit sa population croître d'année en année¹. A contrario, le nombre de professionnels de santé stagne, voire se raréfie pour plusieurs catégories. Pour une partie de la population, l'accès à un médecin traitant est de plus en plus difficile, dans un département dont la démographie des médecins généralistes est l'une des plus faibles d'Occitanie.

Ce territoire est aussi marqué par une précarité importante et une augmentation des inégalités sociales de santé. Par ailleurs, de nombreux professionnels et usagers font le constat d'une incompréhension de l'organisation du système de santé, d'une perte d'efficacité, mais aussi, d'une rétraction de l'offre de soins.

Face à cette situation, des professionnels de santé du territoire et plus particulièrement ceux de ville ont décidé de se constituer en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) dans une logique de projet populationnel. Le projet se concrétise en février 2020, avec la formation d'un noyau de professionnels de santé, peu avant l'arrivée de l'épidémie de COVID-19. L'émergence de cette crise sanitaire suivie de la crise des soins non programmés sur fond de crise démographique professionnelle notamment sur les soins non programmés confirme leur conviction : s'organiser en concertation et en pluridisciplinarité, placer l'utilisateur au cœur du dispositif de santé tout en intégrant une réflexion populationnelle.

Ainsi, ce dispositif vise un décloisonnement pluriprofessionnel qui :

- promeut les coopérations,
- permet de mieux se connaître pour mieux se coordonner,
- mène des actions pour améliorer la santé et la prise en charge de la population,
- améliore la vie quotidienne des professionnels de santé et l'attractivité du territoire.

Les professionnels engagés dans le projet de CPTS souhaitent que chacun trouve sa place et s'engage en fonction de son aspiration. Ils ont également la volonté de donner la parole à la population : usagers du système de santé, aidants, citoyens, élus.

La force de ce projet est d'être porté par les professionnels du territoire et de relier les acteurs de soins de premier et second recours, et de tous les établissements ou organisations de santé, médico-sociaux et sociaux.

Il permettra la mise en place d'un dispositif souple et adaptatif, à la main des professionnels, dans un but d'efficacité et de pertinence au service de la population.

1. METHODOLOGIE DE REALISATION DU PROJET DE SANTE	7
1.1 Points-clés	7
1.2 Méthode.....	7
1.3 CHRONOLOGIE.....	7
1.4 LA REALISATION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	8
1.4.1 Un diagnostic statistique et épidémiologique du territoire	9
1.4.2 Un diagnostic qualitatif par la réalisation d'un questionnaire court et des entretiens individuels.....	10
1.5 LE CHOIX DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET	11
2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL	11
2.1 PORTRAIT DEMOGRAPHIQUE ET CONDITIONS DE VIE.....	11
2.1.1 Points-clés.....	11
2.1.2 Nombre de communes et population dans le territoire de la CPTS	11
2.1.3 Répartition et évolution de la population.....	14
2.1.4 Population par catégorie socio-professionnelle.....	14
2.1.5 Population scolarisée, Diplômes et formation	14
2.1.6 Composition des ménages	15
2.1.7 Niveaux de précarité	15
2.1.8 Analyse synthétique des caractéristiques démographiques et populationnelles du territoire	16
2.2 L'ACCES AUX SOINS.....	18
2.2.1 Points-clés.....	18
2.2.2 Un accès difficile aux médecins traitants.....	18
2.2.3 Accès aux autres professions de santé	20
2.2.3.1 <i>Plusieurs professions de santé présentent des indicateurs favorables</i>	20
2.2.3.2 <i>... mais avec des difficultés d'accès aux soins pour plusieurs professions de santé</i>	21
2.2.3.3 <i>Accès aux soins et pharmaciens</i>	22
2.2.4 Accès aux soins non programmés	23
2.2.4.1 <i>Plus de la moitié des professionnels proposent des créneaux d'accès à des soins non programmés</i>	23
2.2.4.2 <i>Des passages aux urgences inadéquats et des admissions directes en service de médecine inférieures à la Région</i> ... 23	
2.2.5 Analyse synthétique sur la mission socle ACCES AUX SOINS	24
2.3 LE PARCOURS DES USAGERS : PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT	25
2.3.1 Points clés	25
2.3.2 La prise en charge des maladies chroniques.....	25
2.3.2.1 <i>La forte prévalence du diabète de type 1 et 2</i>	25
2.3.2.2 <i>Analyse synthétique du parcours des personnes atteintes de maladies chroniques</i>	27
2.3.3 Les problématiques de santé mentale en constante progression au sein de la population	27
2.3.3.1 <i>Analyse synthétique du parcours en santé mentale</i>	29
2.3.4 Le parcours des personnes âgées de plus de 65 ans	30
2.3.4.1 <i>Les difficultés de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et en situation d'isolement</i>	30
2.3.4.2 <i>De nombreuses personnes âgées polymédiquées</i>	30
2.3.4.3 <i>La prévention de la grippe saisonnière</i>	31
2.3.4.4 <i>Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement en direction des personnes âgées</i>	31
2.3.5 Des inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap	32
<i>Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap</i>	32
2.3.6 Les besoins spécifiques des personnes en situation de précarité ou d'isolement social.....	33
<i>Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité</i>	34
2.3.7 Des difficultés de coordination entre professionnels.....	34
2.3.7.1 <i>Des difficultés de prise en charge pluri-partenariales</i>	34
2.3.7.2 <i>Une circulation de l'information à améliorer</i>	35
2.3.7.3 <i>Un lien ville-hôpital à renforcer</i>	35
2.3.8 La prise en charge des cas complexes	36
2.3.9 La prévention assurée par les acteurs de soins de premier recours	37
2.3.9.1 <i>Les actes de prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé libéraux</i>	37
2.3.9.2 <i>« Les antibiotiques, c'est pas automatique » : prévention de l'antibiorésistance</i>	38
2.3.9.3 <i>La prévention auprès des enfants</i>	38
2.3.9.3.1 <i>D'avantage d'enfants en surcharge pondérale</i>	38
2.3.9.3.2 <i>Les vaccins obligatoires</i>	38
2.3.9.3.3 <i>La santé bucco-dentaire</i>	39

2.3.9.3.4 Le soutien à la parentalité : un axe d'intervention prioritaire	39
2.3.9.4 Analyse synthétique des actions de prévention	39
2.4 LA LUTTE CONTRE LE COVID-19.....	40
2.4.1 Points-clés.....	40
2.4.2 Epidémiologie	40
2.4.3 Actions.....	40
2.5 ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS.....	41
2.5.1 Points-clés.....	41
2.5.2 Des conditions de travail perçues comme difficiles par les professionnels	41
2.5.2.1 Des situations de mal-être au travail de plus en plus fréquentes.....	41
2.5.2.2 Un sentiment d'isolement principalement lié au manque de communication et de ressources	42
2.5.3 Des actions de formation à soutenir et à développer	42
Synthèse Accompagnement des professionnels.....	42
2.6 OFFRES DE SOINS, MEDICO-SOCIALES ET SOCIALES.....	43
2.6.1 Points-clés.....	43
2.6.2 Les professionnels de santé libéraux.....	43
2.6.2.1 Les médecins généralistes de soins de 1 ^{ers} recours.....	43
2.6.2.2 Les médecins de soins de second recours	43
2.6.2.3 Les infirmiers	43
2.6.2.4 Les kinésithérapeutes.....	44
2.6.2.5 Les sage-femmes	44
2.6.2.6 Les orthophonistes.....	45
2.6.2.7 Les chirurgiens-dentistes.....	45
2.6.2.8 Les diététiciens	45
2.6.2.9 Les psychologues	45
2.6.2.10 Les pharmacies	46
2.6.2.11 Les laboratoires de biologie médicale	46
2.6.2.12 Les laboratoires d'anatomo-pathologie	46
2.6.2.13 Les orthoptistes libéraux et mixtes.....	46
2.6.2.14 Les pédicures-podologues	46
2.6.3 Les exercices coordonnés ou non.....	47
2.6.3.1 Types d'exercices	47
2.6.3.2 MSP.....	47
2.6.3.2.1 La MSP Bellevue.....	47
2.6.3.2.2 MSP Ingres	47
2.6.3.3 ESS.....	48
2.6.4 Les structures de coordination et les réseaux de santé.....	48
2.6.4.1 Une structuration en cours des dispositifs de coordination et des réseaux de santé.....	48
2.6.4.2 La communauté 360 du Tarn-et-Garonne dédiée aux personnes handicapées et aux aidants	48
2.6.5 L'offre hospitalière	49
2.6.5.1 MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Urgence	49
2.6.5.2 SSR à compléter lors du recrutement du coordinateur (post signature ACI)	52
2.6.5.3 HAD à compléter lors du recrutement du coordinateur (post signature ACI).....	52
2.6.5.4 PSYCHIATRIE	52
(cf Offre de soins en santé mentale)	52
2.6.6 Offre de soins en santé mentale	52
2.6.6.1 Démographie professionnelle	52
2.6.6.2 Organisation des services de psychiatrie.....	53
2.6.6.2.1 CH Montauban	53
2.6.6.2.2 Fondation John Bost	53
2.6.6.3 Des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont présents sur le territoire.	54
2.6.6.4 Le Conseil Local en Santé Mentale de la ville de Montauban.....	54
2.6.7 Offre de soins en addictologie	54
2.6.7.1 Le CH de Montauban	54
2.6.7.2 L'Association Addictions France (anciennement ANPAA)	54
2.6.7.3 Le Centre d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) EPICE 82 .54	54
2.6.8 L'accompagnement socio-sanitaire.....	55
2.6.9 L'accompagnement médico-social	55
2.6.9.1 L'accompagnement des personnes âgées	55
2.6.9.2 L'accompagnement des personnes en situation de handicap.....	56

2.6.9.2.1 Établissements et services pour l'enfance et la jeunesse en situation de handicap.....	56
2.6.9.2.2 Etablissements et services pour adultes en situation de handicap	57
2.6.9.2.3 La Maison Départementale des Personnes Handicapées	57
2.6.10 Les acteurs de prévention.....	57
2.7 DEMANDES EN SANTE.....	59
2.7.1 Démocratie	59
2.7.2 IREPS santé perçue.....	59
3. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET.....	60
3.1 ORIENTATIONS.....	60
3.1.1 Diagnostic de santé	60
3.1.2 Enjeux.....	60
3.1.3 Méthode projet.....	60
3.1.4 Missions Axes.....	60
3.2 DEFINITION DES MISSIONS.....	62
3.2.1 Points-clés.....	62
3.2.2 RECAPITULATIF DES ACTIONS ET DES PILOTES.....	62
3.2.3 MISSION TRANSVERSALE : INCLUSION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	62
4.2.3. Inclure les professionnels de santé dans la CPTS de Montauban	62
3.2.4 MISSION SOCLE 1 : ACCES A LA SANTE ET AUX SOINS.....	65
3.2.4.1 1.1 Faciliter l'accès à un médecin traitant.....	66
3.2.4.2 1.2 Faciliter la prise en charge des soins non programmés en ville	69
3.2.5 MISSION SOCLE 2 : ORGANISATION DE PARCOURS PLURI-PROFESSIONNELS AUPRES DES PATIENTS.....	72
3.2.5.1 2.1 Améliorer le parcours de la personne atteinte d'une Insuffisance cardiaque.....	73
3.2.5.2 2.2 Améliorer la coordination des prises en charge en santé mentale	76
3.2.5.3 2.3 Mieux préparer la sortie d'hospitalisation des personnes âgées.....	79
3.2.5.4 2.4 Développer les Équipes de Soins Primaires	83
3.2.6 MISSION SOCLE 3 : DEVELOPPEMENT DES ACTIONS TERRITORIALES DE PREVENTION.....	85
3.2.6.1 3.1 Développer des actions de prévention en nutrition et activité physique.....	86
3.2.6.2 3.2 Développer des actions de prévention permettant de limiter le risque iatrogénique.....	90
3.2.6.3 3.3 Développer le soutien à la parentalité pendant la période des 1 000 premiers jours de l'enfant	93
3.2.7 MISSION FACULTATIVE 1 : DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS.....	96
3.2.7.1 4.1 Favoriser la démocratie sanitaire au sein de la CPTS de Montauban	97
3.2.7.2 4.2 Mettre en place un comité éthique	100
3.2.8 MISSION FACULTATIVE 2 : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE ...	103
3.2.8.1 5.1 Accompagnement des professionnels autour de la prise en charge des addictions.....	104
3.2.8.2 5.2 Favoriser l'adhésion des professionnels à la CPTS.....	107
Fiche action à travailler (post signature ACI).....	107
4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT.....	109
5.1 GOUVERNANCE (scénario envisagé).....	109
4.2 COORDINATION DES ACTEURS	110
4.3 SYSTEMES D'INFORMATION.....	111
4.4 BUDGET PREVISIONNEL.....	112
4.4.1 Partie 1 : Fonctionnement général de la CPTS	112
4.4.2 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 1 : Accès aux soins	113
4.4.3 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 2.....	114
4.4.4 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 3.....	115
4.4.5 Partie 2 : Fonctionnement de la mission 4 – Participation à la gestion de crise sanitaire grave.....	116
4.4.6 Partie 2 : fonctionnement de la mission 5 complémentaire.....	117
4.4.7 Partie 2 : Fonctionnement de la mission 6 complémentaire	117
4.4.8 Partie 3 : Budget global de la CPTS.....	118
4.5 PLANIFICATION DU PROJET.....	120
5. ANNEXES.....	120
5.1 COMPTE-RENDU DU QUESTIONNAIRE QUALITATIF	120
5.2 STATUTS JURIDIQUES DE LA CPTS.....	151
5.3 REGLEMENT INTERIEUR.....	151
5.4 CONVENTIONS DE PARTENARIATS FORMALISES.....	151

5.5 LES QUARTIERS DE VEILLE ACTIVE DU GRAND MONTAUBAN	152
5.6 ZONAGE PAR PROFESSIONS DE SANTE	152
5.6.1 Zonage des médecins généralistes	152
5.6.2 Zonage des infirmières libérales en 2018	153
5.6.3 Zonage des masseurs-kinésithérapeutes.....	153
5.6.4 Zonage des sages-femmes.....	154
5.6.5 Zonage des orthophonistes	154
5.6.6 Zonage des chirurgiens-dentistes.....	155
5.7 LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES.....	156
5.8 ORGANISATION DE LA PDSA	157
5.8.1.1.1 Le transport des patients	158
5.8.1.1.2 Le système de garde des pharmacies.....	158
5.9 AIDES A L'INSTALLATION ET EXERCICE COORDONNE MEDECINS.....	158
5.11 IDESP ASALEE.....	160

1. METHODOLOGIE DE REALISATION DU PROJET DE SANTE

1.1 Points-clés

Les points clés

- Appui méthodologique de qualité concernant le projet de CPTS à partir du guichet URPS
- Élaboration d'un diagnostic territorial précis notamment à partir des vécus
- Les vécus conditionnent l'implication réelle des acteurs et déterminent plus fortement le succès de la démarche que le diagnostic objectif (données, épidémiologie, système) qui vient dans un second temps
- Ancrage du projet dans la réalité de terrain

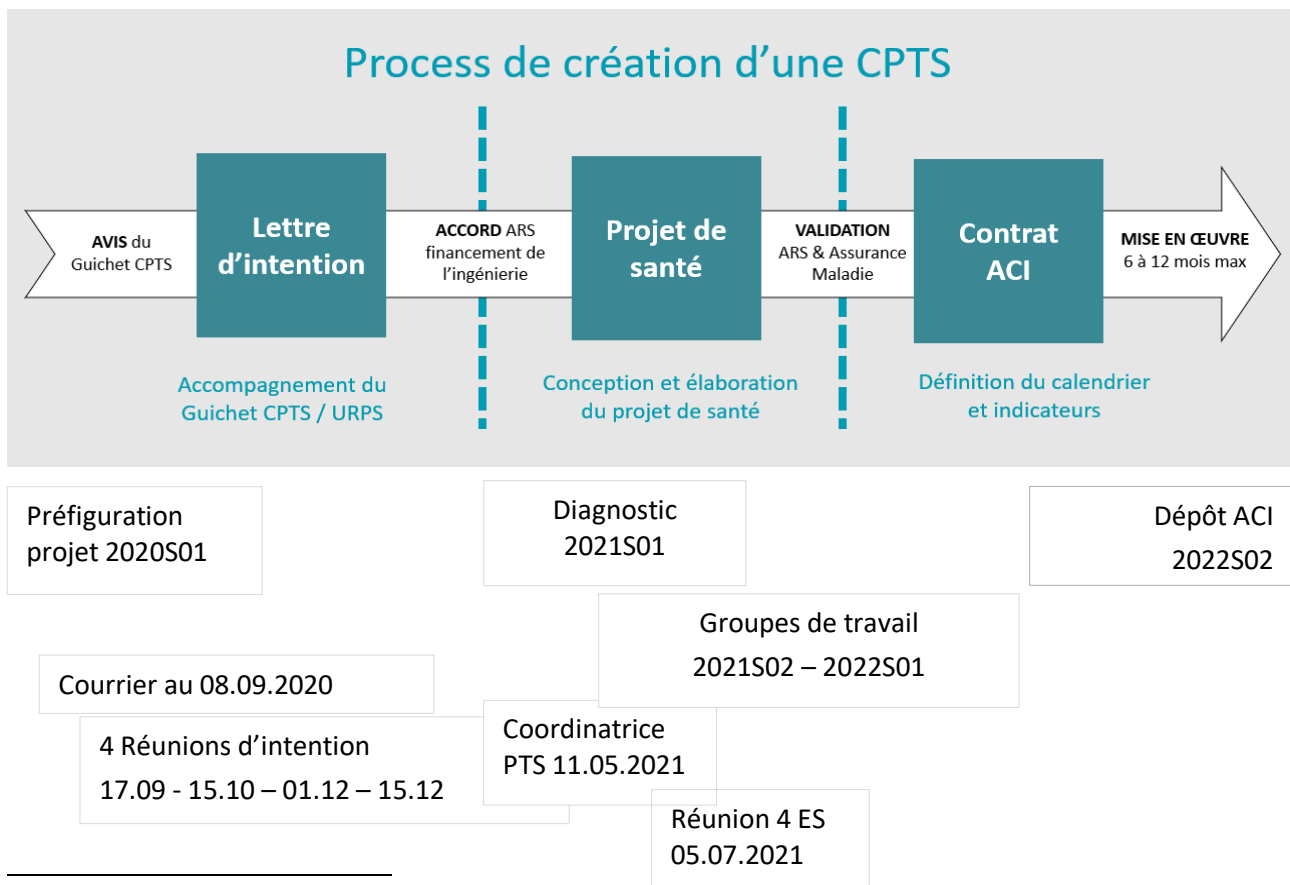
1.2 Méthode

Le projet s'appuie surtout sur le cadre méthodologique proposé par le Guichet unique des URPS Occitanie².

1.3 CHRONOLOGIE

L'association interprofessionnelle de préfiguration de la CPTS de Montauban a été créée **en septembre 2020** dans le but de concevoir, de formaliser le projet de santé et de proposer des outils de fonctionnement.

Voici la chronologie globale d'élaboration du projet de santé :



² à partir du guichet <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/outils-pour-votre-projet/>

Dépôt LDI 11.01.2021

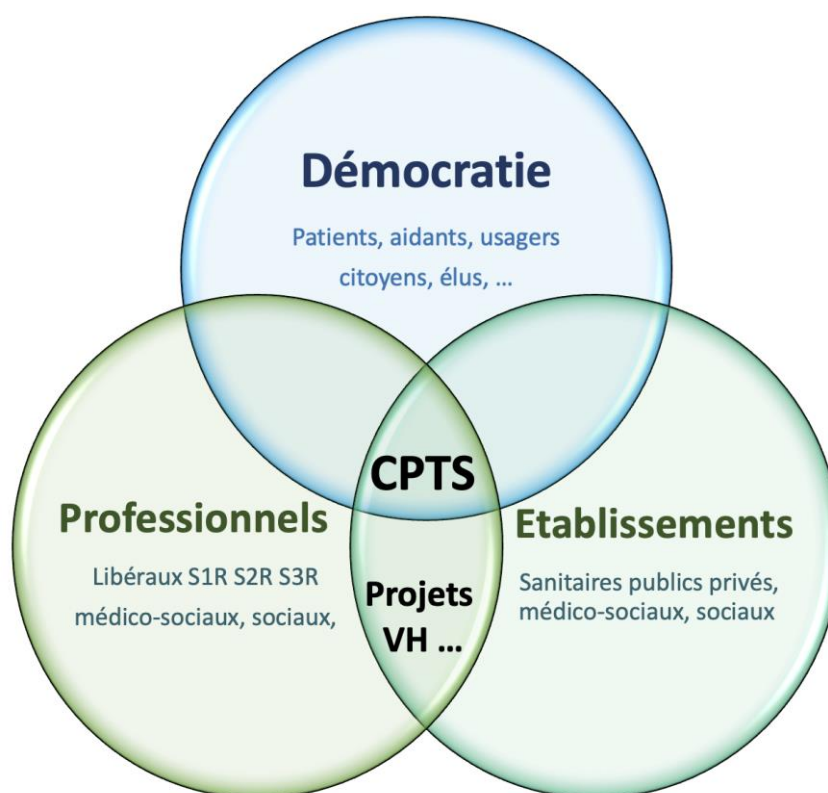
Envoi ES le 28.03.2021

1.4 LA

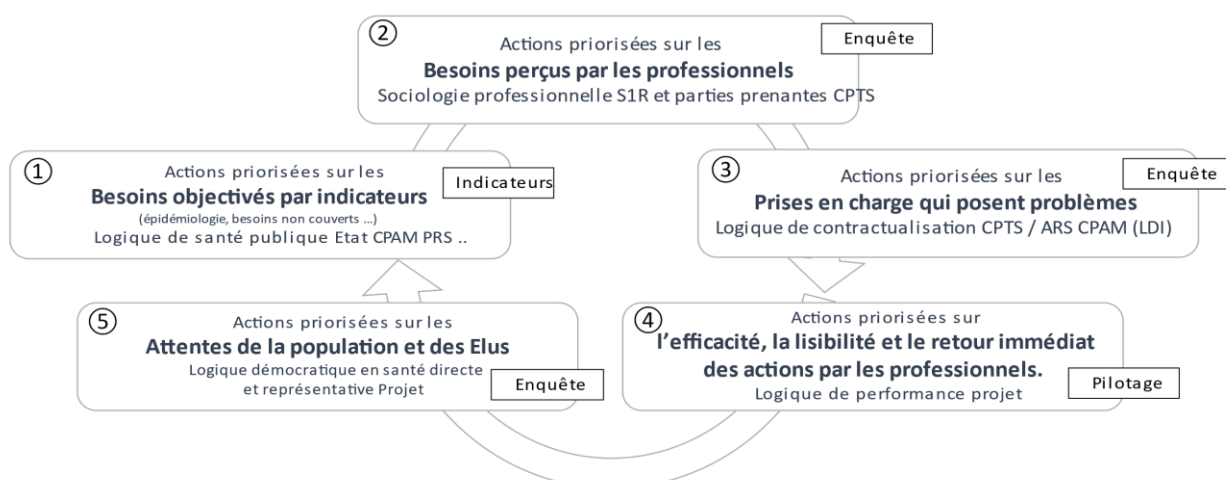
NOSTIC TERRITORIAL

Les membres du groupe projet ont appuyé la nécessité d'un diagnostic étoffé, précis et complet permettant la mise en œuvre de projets en adéquation avec :

- Les besoins en santé de la population,
- Les attentes et les aspirations des professionnels de santé,
- Les enjeux et les problématiques des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.



La méthodologie de diagnostic repose sur le principe du schéma énoncé ci-dessous :



Le diagnostic réalisé pour la CPTS de Montauban repose à la fois sur une approche quantitative et qualitative, permettant un croisement des données et ainsi un choix dans la priorisation des projets proposés.

1.4.1 Un diagnostic statistique et épidémiologique du territoire

Les sources du diagnostic quantitatif sont :

- ➔ L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques - <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- ➔ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) – Site Rezone CPTS - <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/>
- ➔ L'Agence Régionale de Santé (ARS) :
 - Le Programme Régional de Santé Occitanie
 - Diagnostic du Programme Territorial de Santé Mentale (PTSM) du Tarn-et-Garonne
 - Le Pôle « Études et Statistiques » du 9/07/2020 ;
 - Données du zonage 2018
- ➔ L'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT)
- ➔ Le site Carto Santé : [CartoSanté \(atlasante.fr\)](http://atlasante.fr)
- ➔ Le contrat de Ville du Grand Montauban – 2015-2020
- ➔ Carto Santé : [CartoSanté \(atlasante.fr\)](http://atlasante.fr)
- ➔ [L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(ATIH\)](#)

Mais aussi :

- ➔ REZONE sur les 9 communes de la CPTS de Montauban - CNAMTS
- ➔ L'état de santé de la population publié en 2017 par Santé publique France page 65 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- ➔ Diagnostic pour l'élaboration du PRS Occitanie 2017-2022 - Service statistique de l'ARS Occitanie
- ➔ Diagnostic pour l'élaboration du CLS du Grand Montauban 2015-2020 - Agglomération du Grand Montauban
- ➔ élaboration et mise œuvre du PTSM du Tarn-et-Garonne - Pôle d'animation territoriale de la DD82 de l'ARS
- ➔ Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Chan Chee C. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2019-02-05;(3-4):48-54.
- ➔ RETEX sur la gestion de la vague 1 de l'épidémie par les Centre Ambulatoire Dédié à la COVID19 du TG en lien avec l'URPS Médecin Occitanie
- ➔ Projet du nouvel Hôpital de Montauban - CME du CH de Montauban

1.4.2 Un diagnostic qualitatif par la réalisation d'un questionnaire court et des entretiens individuels

Le diagnostic qualitatif a été réalisé entre le mois de juin et septembre à travers :

- ➔ L'envoi d'un questionnaire court auprès des professionnels de santé du territoire via un Google Forms qui a obtenu 132 réponses. (Cf. annexe)
- ➔ La réalisation de près d'une quarantaine d'entretiens individuels qualitatifs s'appuyant sur l'idée d'une bonne représentativité de chaque profession. (Tableau en annexe).
- ➔ Des échanges monoprofessionnels pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens.
- ➔ Des rencontres stratégiques pour débiter de nouveaux partenariats auprès des établissements sanitaires, médico-sociaux et des élus locaux.

Ces temps d'échanges successifs auprès des acteurs de santé du territoire ont permis de dégager ou confirmer des axes de travail structurant pour la CPTS. Ils ont permis de mieux comprendre les pratiques des professionnels de santé, leurs vécus ainsi que leurs besoins et attentes concernant les projets à mettre en œuvre sur ce territoire.

1.5 LE CHOIX DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET

Les éléments qualitatifs du diagnostic ont permis d'asseoir les orientations stratégiques du projet.

Le groupe projet a fait le choix en septembre 2021, de débiter quelques **groupes de travail pluriprofessionnels thématiques**. Ce travail d'échange entre acteurs de santé a pour but de poser des bases du déploiement des futures actions et d'ancrer le projet dans la réalité du terrain.

Les objectifs de ces groupes de travail sont les suivants :

- ➔ Valider le diagnostic en santé mentale en lien avec les soins de premier recours ;
- ➔ Proposer des orientations stratégiques pour la CPTS de Montauban ;
- ➔ Présenter de nouveaux outils pour améliorer la coordination des professionnels ;

Les thèmes des groupes de travail proposés :

- 1-Groupe « Santé Mentale et soins de premier recours »
- 2-Groupe « Personnes Âgées : mieux préparer la sortie d'hospitalisation »
- 3-Groupe « Nutrition et Activité Physique »
- 4-Groupe « Accompagnement des professionnels de santé dans la prise en charge des addictions »
- 5-Groupe « Télémédecine »

Par ailleurs, une réunion d'information autour de **l'outil SPICO** a été réalisée par l'interCPTS82 et e-santé Occitanie le 29 juin 2021 à 13h. Sur une cinquantaine de professionnels de santé, 19 professionnels de la CPTS de Montauban étaient présents et 26 ont été demandeurs du contenu de la présentation sans pouvoir y participer.

D'autres groupes de travail seront à créer et animer pour répondre aux axes retenus.

Les récents échanges autour du projet ont permis de finaliser la rédaction du projet de santé en incluant finalement 9 communes au projet et non 11 communes (retrait des communes d'Albias et de Saint-Etienne de Tulmont). Ainsi quelques éléments de diagnostic peuvent s'en retrouver légèrement impacter sans que cela apporte un bouleversement majeur dans les données de santé et leurs analyses.

2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL

2.1 PORTRAIT DEMOGRAPHIQUE ET CONDITIONS DE VIE

2.1.1 Points-clés

Les points clés

- Population essentiellement urbaine
- En croissance démographique et économique
- Moins vieillissante que la région
- Un profil avec des contrastes sociaux marqués voir précaire

2.1.2 Nombre de communes et population dans le territoire de la CPTS³

D'une superficie de 290 km², le territoire de la CPTS de Montauban est situé dans le département du Tarn-et-Garonne (82) au sein de la Région Occitanie. Ce territoire comprend 9 communes et 72 173 habitants en 2019.

3 Données issues du diagnostic CPTS REZONE

Population des 9 communes - données INSEE (MAJ 2022 - Recensement 2019)

ZIP et ZAC⁴, une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories :

- ➔ Les ZIP ou zones d'intervention prioritaire, les plus fragiles
- ➔ les ZAC ou zones d'action complémentaire, fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

Communes	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage médecine générale (zones sous-denses)
Montauban	82121	60 952	2	-
Montbeton	82124	4 243	0	-
L'Honor-de-Cos	82076	1 578	0	ZIP
Léojac	82098	1 277	0	-
Lacourt-Saint-Pierre	82085	1 225	0	-
Lamothe-Capdeville	82090	1 063	0	-
Villemade	82195	761	0	-
Albefeuille-Lagarde	82001	630	0	-
Piquecos	82140	444	0	ZIP
Totaux	9	72 173	2	2

Selon l'INSEE, la majorité de la population est concentrée sur la commune de Montauban avec 61 372 habitants, correspondant à 84% de la population du territoire de la CPTS de Montauban⁵ et 23% du Tarn-et-Garonne. **La CPTS de Montauban représente 27% du Tarn-et-Garonne.**

Rezone sous-estime de 420 habitants (0,7%) la démographie de la commune de Montauban puisque la population légale officielle de Montauban est de **61 372 habitants** sur le dernier recensement officiel date de 2019 avec une estimation de 62 912 habitants à Montauban en 2022. Le nombre d'habitants pour 2022 est calculé à partir du taux d'évolution moyen annuel de la population de Montauban sur la période de 2014 (58 826) à 2019 (61 372), soit **0,83 % par an**. La population de Montauban est donc en hausse. C'est une population qui rajeunit avec un indice de vieillissement de **90 personnes de 65 ans ou plus pour 100 habitants de moins de 20 ans**.

Sur le long terme la population est passée de 45 895 habitants en 1968 à 61 372 habitants en 2019, soit une évolution de 34 % sur une période de 51 ans. Si l'on poursuit de façon linéaire la tendance de l'évolution de la population de Montauban sur la base du taux d'évolution moyen annuel récent (2014-2019), le nombre d'habitants de Montauban en 2025 sera de 63 961 personnes, soit une hausse de 2 589 habitants (4 %). **En 2030, la population de Montauban serait de 66 658 habitants**, soit une hausse de 5 286 habitants (9 %).

La densité est de 289 habitants au km², ce qui est caractéristique d'un territoire majoritairement urbanisé.

Selon l'INSEE en 2018, le nombre d'habitants est de 72 173 habitants, **la CPTS est donc de taille 2**.

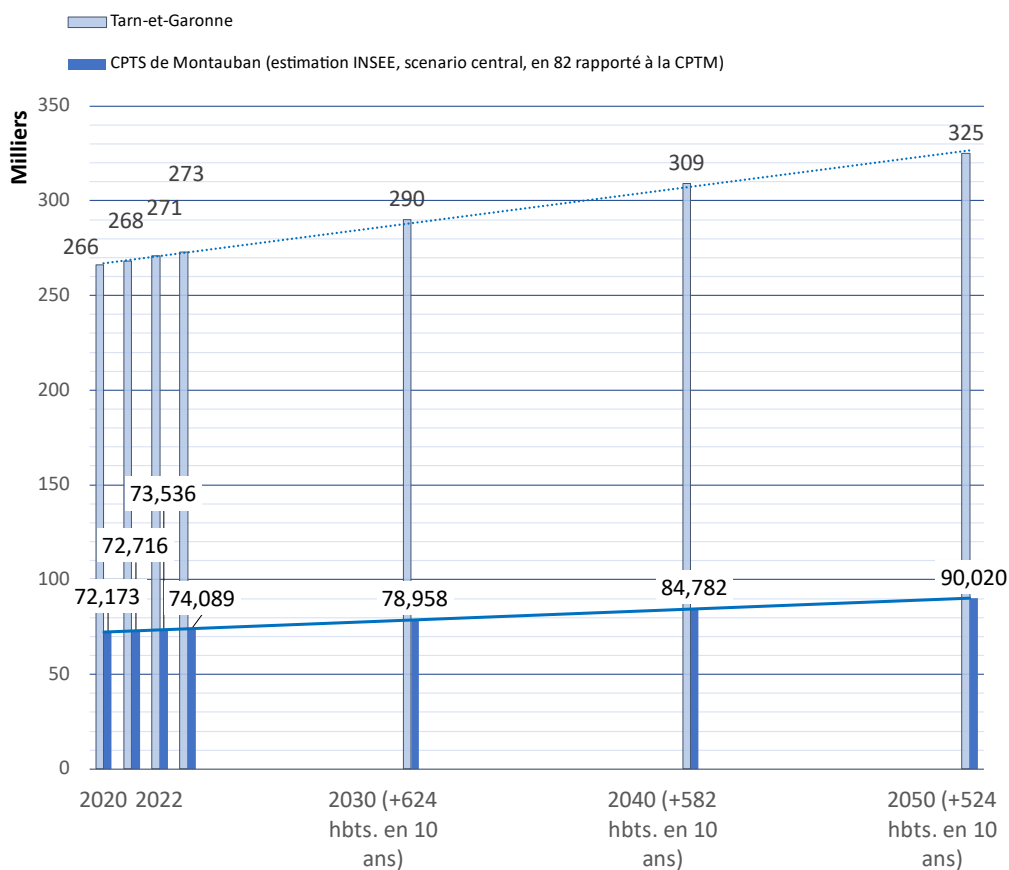
Population par département d'Occitanie en 2013 et projections en 2050 Source : Insee, Omphale 2017 - scénario central

⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

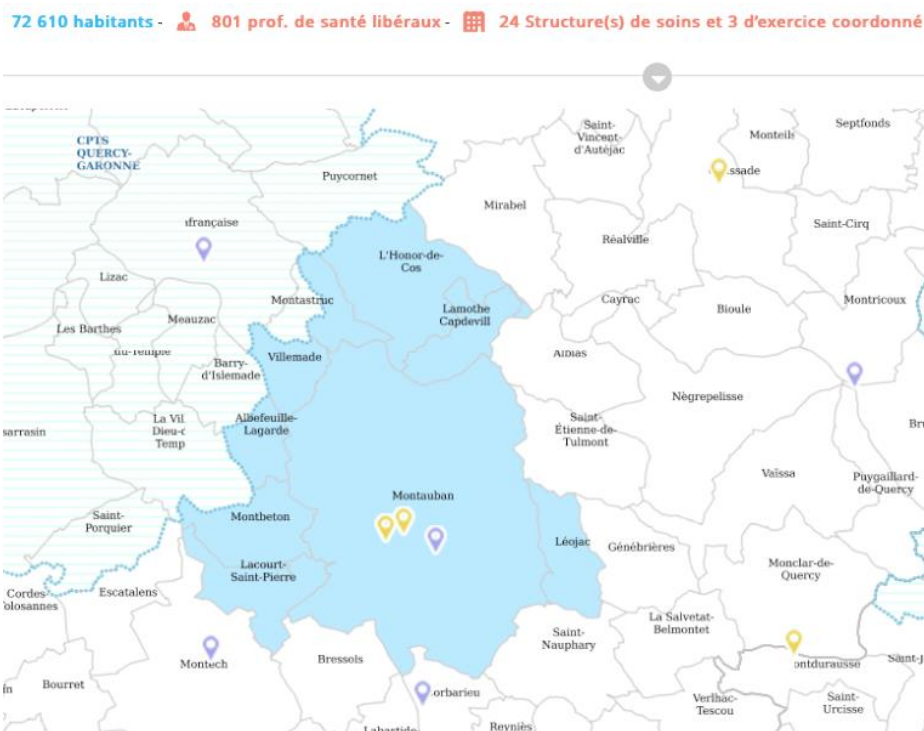
⁵ Au 1er janvier 2022, la France comptait 67 813 396 habitants, la région Occitanie 6 053 548 habitants et 264 216 habitants ont été recensés dans le Tarn-et-Garonne selon l'Insee. Ce chiffre est en légère augmentation comparée à l'année précédente, où l'INSEE comptait 262 863 hbt. Soit un croit démographique de 1 353 habitants ou +0,51%.

	Population		Croissance annuelle moyenne entre 2013 et 2050 (%)	dont solde naturel	dont solde migratoire	Part des 65 ans ou plus (%)	
	2013	2050				2013	2050
Haute-Garonne	1 298 600	1 767 300	+ 0,84	+ 0,58	+ 0,25	15,1	21,5
Tarn-et-Garonne	250 300	325 100	+ 0,71	+ 0,00	+ 0,71	20,1	30,3
Hérault	1 092 300	1 383 500	+ 0,64	+ 0,23	+ 0,41	19,2	28,0
Occitanie	5 683 900	6 934 300	+ 0,5	+ 0,1	+ 0,5	20,2	29,5
Aude	364 900	439 000	+ 0,50	- 0,27	+ 0,77	22,9	35,4
Pyrénées-Orientales	462 700	549 500	+ 0,47	- 0,21	+ 0,67	23,2	34,1
Gard	733 200	844 700	+ 0,38	- 0,06	+ 0,44	20,1	32,3
Tarn	381 900	438 600	+ 0,37	- 0,09	+ 0,47	22,7	31,5
Lozère	76 600	87 000	+ 0,35	- 0,41	+ 0,76	22,5	34,0
Gers	190 300	215 600	+ 0,34	- 0,41	+ 0,75	24,7	34,8
Ariège	152 700	171 600	+ 0,32	- 0,37	+ 0,68	23,3	35,4
France	65 779 400	74 024 500	+ 0,3	+ 0,2	+ 0,1	17,5	27,1
Aveyron	277 700	300 500	+ 0,21	- 0,44	+ 0,66	24,8	35,9
Lot	173 800	187 300	+ 0,20	- 0,64	+ 0,84	26,1	39,9
Hautes-Pyrénées	228 900	224 700	- 0,05	- 0,38	+ 0,33	24,2	33,2

Le gain estimé par le modèle central de prédiction INSEE du Tarn-et-Garonne rapporté à la CPTS de Montauban, 9 codes géographiques, est de 500 à 600 habitants par décennie soit 50 à 60 par an. En 2022, la population estimée sur la CPTS, serait de 74 089 habitants et 74 646 en 2023. Le seuil des 80 K habitants, ACI niveau 3, serait franchi en 2032 avec 9 codes géographiques dans 10 ans.



Carte Rezone de la CPTS



2.1.3 Répartition et évolution de la population

Entre 2012 et 2017, le territoire de la CPTS de Montauban connaît une croissance démographique forte. L'évolution annuelle moyenne de la population est de +1,4%, due principalement au solde positif des entrées et sorties (+1%) et au solde naturel positif (+0,4%).

En 2017, la part des jeunes de **moins de 15 ans** est de **18%** (part plus importante qu'en Occitanie (16,7%). La part des personnes âgées de + de 60 ans est de 26,8% dont 9,6 % de personnes âgées de plus de 75 ans. Elle est relativement équivalente à la population d'Occitanie.

2.1.4 Population par catégorie socio-professionnelle⁶

La concentration d'emplois est forte sur ce territoire (131,3 pour le territoire de la CPTS vs 98,4 pour l'ensemble de la France).

La **part des chômeurs** sur l'ensemble de la population est de **10,7%**, cette part étant relativement équivalente à celle de la France. Le taux de chômage est **plus élevé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans**, et plus particulièrement **pour les femmes** (33,5% - + 6,5 points de % par rapport aux hommes).

Le statut des femmes dans l'emploi est plus précaire que les hommes, avec 25,5% de femmes avec un contrat à temps partiel vs 7,5% des hommes.

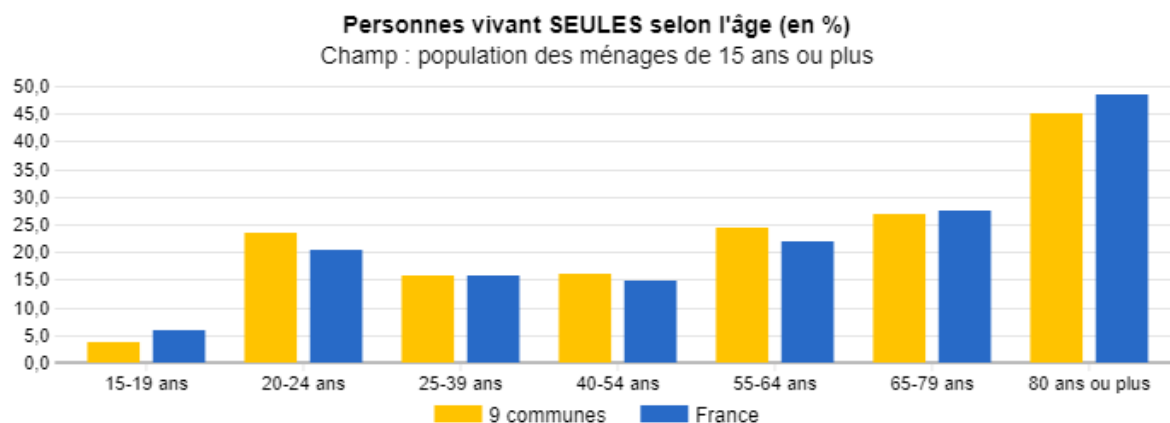
2.1.5 Population scolarisée, Diplômes et formation

En 2017 sur le territoire de la CPTS de Montauban, l'ensemble de la population scolarisée représente 17 199 personnes. La part des 18-24 ans scolarisés est de 42,8%, ce taux étant nettement inférieur à celui de la France (-9,4 points de %).

⁶ Données issues de l'ARS Occitanie – Pôle « Etudes et Statistiques » - le 9/07/2020

2.1.6 Composition des ménages

En 2017, une part importante des ménages est composée d'une seule personne : 15,3% des ménages sont des hommes seuls et 21,5% des ménages sont des femmes seules. Ce sont les personnes âgées qui sont les plus représentées : 45% des personnes âgées de 80 ans et + et 27% des 65-79 ans vivent seules.

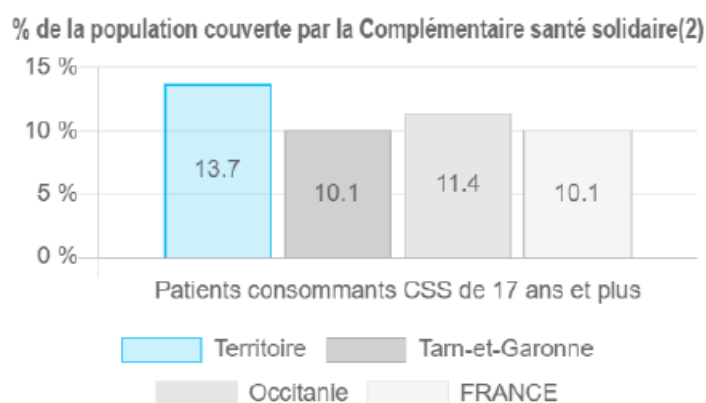


Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2017

Par ailleurs, les familles monoparentales représentent 10,6% des ménages. Leur part a légèrement augmenté entre 2012 et 2017 (10%).

2.1.7 Niveaux de précarité

Dans le territoire de la CPTS, 13,7%⁷ de la population bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (CSS). Cette part est supérieure au département du Tarn-et-Garonne (10,1%), à la Région Occitanie (11,4%) et à la France (10,1%).



Les autres indicateurs de précarité montrent ce même taux élevé.

- 4,1% de la population a bénéficié de l'ACS (Aide pour une Complémentaire santé), cette part étant supérieure au département (+1,2 points de %) et à la Région Occitanie (+0,9 points de %) ;
- 0,6% de la population a bénéficié de l'AME (Aide Médicale d'Etat), cette part étant supérieure au département (+1,2 points de %) et à la Région Occitanie (+0,9 points de %) ;

⁷ Données issues du Rezone CPTS - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

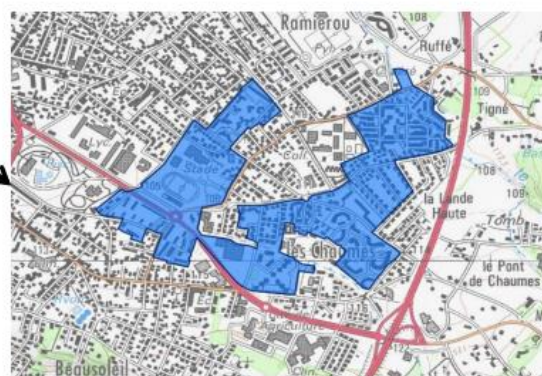
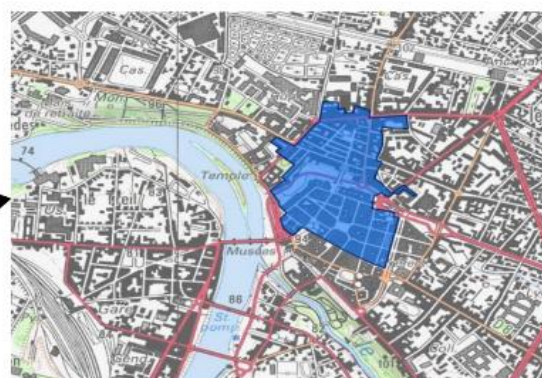
Les deux quartiers prioritaires du territoire⁸

Le territoire de la CPTS de Montauban compte deux quartiers prioritaires, à savoir les quartiers « **Cœur de Ville** » et « **Médiathèque-Chambord** », tous deux situés dans la commune de Montauban. Ils ont été identifiés comme prioritaires au regard du critère unique du revenu appliqué pour la définition de la géographie prioritaire 2014-2020 – concentration de populations à bas revenu.

Quartier	Population ciblée	Revenu médian annuel	Seuil maximum (critère unique du revenu médian annuel)
Cœur de Ville	3 440	10 600 €	11 400 €
Médiathèque-Chambord	3 630	8 700 €	11 400 €

Source : courrier de M. le Préfet de Tarn-et-Garonne à Mme la Présidente du Grand Montauban du 30 juillet 2014.

Périmètre réglementaire des deux quartiers prioritaires du Grand Montauban



Source : Ministère de la Ville – Géoportail de l'IGN - <http://www.ville.gouv.fr/?geographie-prioritaire-de-la->

2.1.8 Analyse synthétique des caractéristiques démographiques et populationnelles du territoire

A proximité de la métropole toulousaine, la CPTS de Montauban est la plus grande du département avec une croissance démographique et économique forte. Elle se caractérise par un niveau de précarité élevé avec la

⁸ Données issues du Contrat de Ville Grand Montauban – 2015-2020

présence de 2 quartiers prioritaires Politique de la Ville. Les projections démographiques montrent un vieillissement de la population.

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET POPULATIONNELLES DU TERRITOIRE	
Forces	Faiblesses
CPTS la plus peuplée du département Croissance démographique et économique Attractivité du territoire Concentration des emplois	Vieillesse de la population – de nombreuses personnes âgées isolées à domicile ; Précarité de la population 2 Quartiers prioritaires Politique de la Ville (QPV) 3 K familles monoparentales, 2,7 K personnes âgées isolées Taux de chômage plus élevé chez les jeunes de 15-24 ans et chez les femmes – statut des femmes dans l’emploi plus précaire Un taux de scolarisation des jeunes de 18-24 ans plus faible qu’en France Augmentation du nombre de familles monoparentales
Opportunités	Menaces
Proximité de Toulouse 2 grands axes autoroutiers Urbanisation du territoire	Croissance démographique des personnes âgées et très âgées en augmentation à partir de 2022 Creusement des inégalités sociales de santé : impact majeur en Tarn-et-Garonne et sur Montauban

2.2 L'ACCES AUX SOINS

2.2.1 Points-clés

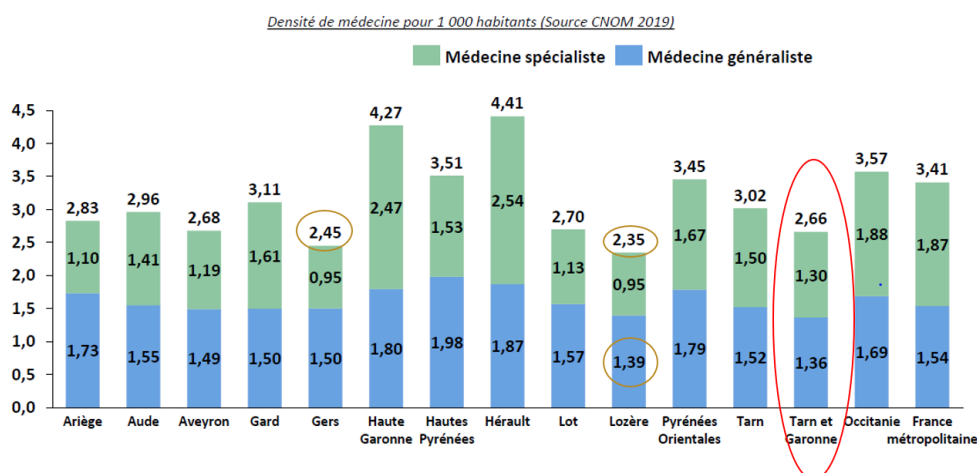
Les points clés

- Faible densité de médecins généralistes traitants et de spécialistes d'organe
- Démographie réputée favorable de certaines professions de santé occultant des difficultés d'accès aux soins
- Mésusage des services d'urgences

2.2.2 Un accès difficile aux médecins traitants⁹

La densité des médecins généralistes libéraux est de 9,8 pour 10 000 habitants. La densité est en légère baisse. Entre 2014 et 2020, elle a baissé de 1,1 médecins pour 10 000 hab.

La densité des médecins généralistes du département du Tarn-et-Garonne est une des plus faibles de la région Occitanie :



Sur le territoire de la CPTS de Montauban, 1 commune (l'Honor de Cos) est en Zone d'Intervention Prioritaire¹⁰ (ZIP). Ces zones classées en ZIP représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie et les exonérations fiscales.

En septembre 2019, parmi les patients consommant¹¹ du territoire, 6300 patients n'avaient pas de médecin traitant¹², ce qui correspond à une part de 9,7% (8,9% des patients consommant et 0,8% des + de 70 ans). Si l'on compare à l'échelle du département, de la région Occitanie et de la France, ce taux est moins élevé (respectivement -0,1 et -0,4 et -0,7).

Cette part concerne plus particulièrement les patients âgés de 17 à 70 ans avec une part de 12,4% d'entre eux qui n'ont pas accès à un médecin traitant. Cette part est plus faible pour les personnes âgées de + de 70 ans : 537 n'ont pas de médecin traitant, soit 4,3% de cette tranche d'âge). Cette part est inférieure au département (-1,4 points), à la Région Occitanie (-1,6) et à la France (-1,1).

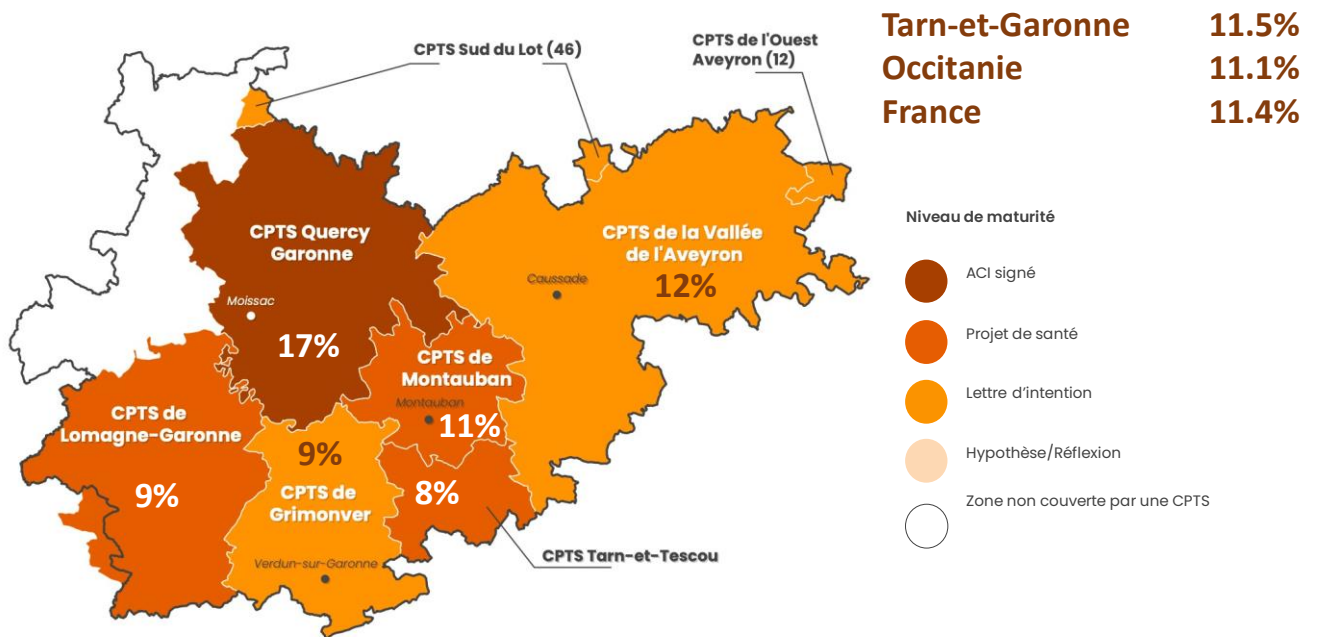
9 Sources : <https://cartosante.atlasante.fr/>

10 Zonage médecine générale en 2018

11 Définition du patient consommant : au moins une consommation dans la période de référence (sept. 2019)

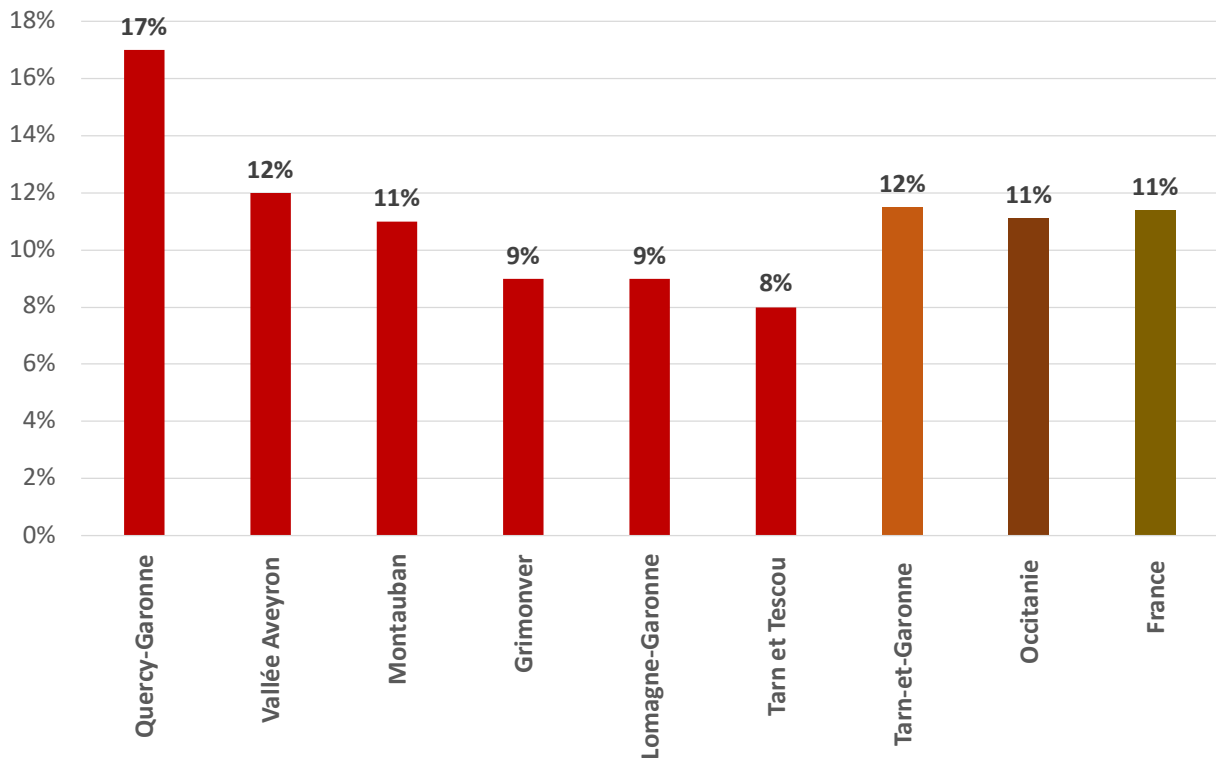
12 Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (quand difficulté d'accès aux soins)

AXE 1 – interCPTS82 – taux des 17 ans et plus sans Médecin Traitant – source Rezone 2022

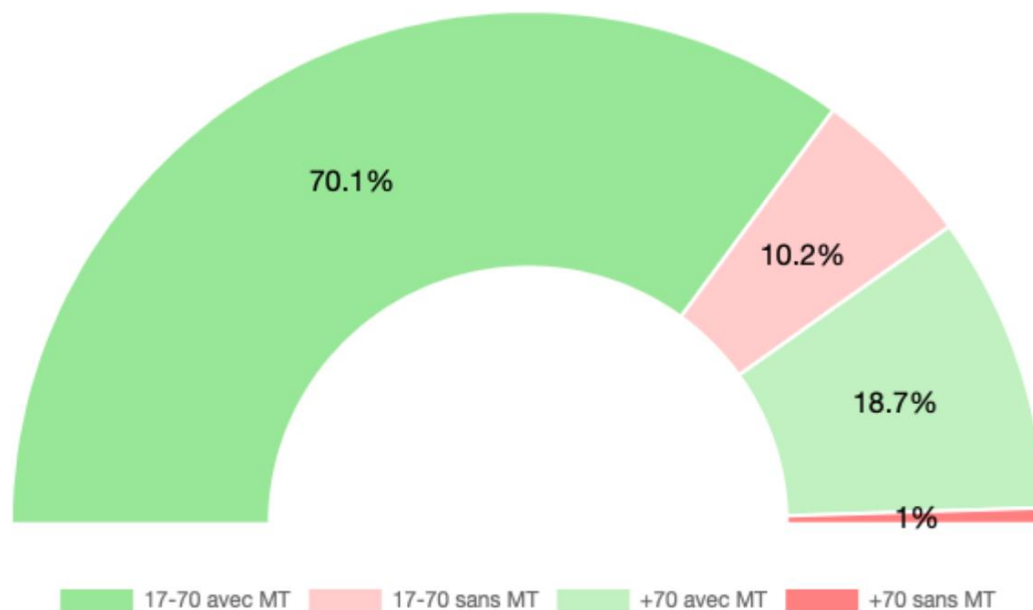


interCPTS82 - Proportion de consommateurs >17 a. sans Médecin Traitant

source : rezone 2022



Répartition des consommateurs de 17 ans et plus sur la CPTS de Montauban. Source : Rezone 2022



Parmi les patients atteints d'une ALD, 585 patients âgés de + de 17 ans n'avaient pas de Médecin Traitant, soit 3,9% parmi les ALD et 0,9% de la population du territoire. Ce taux est légèrement inférieur en comparaison à la région Occitanie (-0,3 points) et à la France (-0,2 points de pourcentage).

Parmi les patients âgés de + de 17 ans, 13,7% bénéficient de la CSS. Parmi les bénéficiaires de la CSS : 1300 patients n'avaient pas de MT, soit 2,7% de la population dans la même tranche d'âge. Ce taux est bien plus élevé comparativement au département (+0,7 points de pourcentage) à la région Occitanie (+0,6 points) et à la France (+0,8 points). Par ailleurs, nous pouvons constater des inégalités importantes d'accès aux soins en fonction des bénéficiaires et non bénéficiaires de la CSS, avec 19% des bénéficiaires de la CSS qui n'ont pas de MT, alors que ce taux est de seulement 9,7% pour les non bénéficiaires de la CSS.

Une grande majorité de médecins indiquent refuser de nouveaux patients, mais n'en connaissent pas le nombre exact, le barrage étant le plus souvent fait par les secrétariats. La part des médecins généralistes à l'âge proche de la retraite augmente d'année en année. Depuis une dizaine d'années, elle a augmenté de 19,2 points de %. Les médecins qui partent à la retraite trouvent difficilement des remplaçants. Selon plusieurs usagers sans médecin traitant, ceux-ci font le tour des cabinets médicaux, sans solution ou alors acceptent d'avoir un médecin éloigné de leur domicile.

2.2.3 Accès aux autres professions de santé

2.2.3.1 Plusieurs professions de santé présentent des indicateurs favorables...

Sur le territoire de la CPTS, **plusieurs professions paramédicales sont situées en zone surdotée**, comme les infirmiers, les kinésithérapeutes, les dentistes, les orthophonistes et les sage-femmes¹³.

En outre, le territoire de la CPTS n'est pas concerné par la possibilité d'exonérations fiscales.

Concernant les infirmiers, entre 2011 et 2020, le nombre et la **densité d'infirmiers** dans la zone n'a cessé d'augmenter (127 en 2011). Leur densité est largement supérieure à la France avec un taux de **26,8** pour 10 000

13 Pour certaines professions, l'ensemble de la zone n'est pas toujours en zone sur-dotée. Certaines communes sont dans des zones intermédiaires.

habitants (15,2 en France – 20,6 dans la zone en 2014). Les personnes âgées de 60 à 74 ans représentent la part la plus importante des bénéficiaires des actes infirmiers (29,6%). Les personnes âgées de + de 75 ans représentent une part de 29% et ce sont eux qui consomment le plus d'actes infirmiers (61,8%). En 2018, on recense 14 016 bénéficiaires.

Concernant les kinésithérapeutes, entre 2011 et 2020, leur nombre dans la zone a augmenté (79 en 2011 vs 119 en 2020). Leur densité est largement supérieure à la France avec un taux de 15,2 pour 10 000 habitants en 2020 (11 en France – 12,9 dans la zone en 2014). Tout comme les infirmières, le nombre moyen d'actes par bénéficiaire augmente au fur et à mesure de leur âge.

Concernant les sage-femmes, leur **densité** en 2019 est de **3 pour 10 000 femmes**, elle est supérieure à celle de la France (1,9/10 000 femmes). Les visites à domicile sont sous-représentées (0,7% vs 2% en France).

Concernant les orthophonistes, leur **densité est de 41 pour 100 000 habitants**, ce taux étant supérieur à la France (31,3 pour 100 000 hab.). 17 orthophonistes sont salariés. Seule la commune de Leojac est en zone sous-dotée. Les bénéficiaires des actes d'orthophonie sont principalement des enfants (80% des bénéficiaires). Le nombre de **patients** est d'environ **80 pour un orthophoniste**. Cette quantité est relativement identique à la région et à la France.

Concernant les chirurgiens-dentistes, c'est une profession mixte, relativement jeune avec 46,4% des chirurgiens-dentistes âgés de moins de 40 ans (plus élevé qu'en France avec 34,4% de – de 40 ans). Entre 2011 et 2020, le nombre de chirurgiens-dentistes a peu augmenté, avec 8 dentistes supplémentaires. Leur **densité est de 7,2 pour 10 000 habitants**, ce taux étant supérieur à la France (5,3 pour 10 000 hab.). Les personnes âgées de 45 à 60 ans sont celles qui bénéficient le plus des actes dentaires.

2.2.3.2 ... mais avec des difficultés d'accès aux soins pour plusieurs professions de santé

Bien que le territoire soit indiqué comme « surdoté », le questionnaire qualitatif révèle que les orthophonistes et les kinésithérapeutes ne sont pas assez nombreux comparativement au bassin de vie. En effet, la totalité des professionnels questionnés (16 kinésithérapeutes et 6 orthophonistes) indiquent refuser des patients pour de nouvelles prises en charge. 6 kinésithérapeutes indiquent refuser entre 10 et 20 patients par semaine, et parfois ne décrochent même plus le téléphone.

Les orthophonistes indiquent mettre en place des listes d'attente ; le délai pour un premier rendez-vous peut atteindre trois ans, avec un risque évident d'aggravation des pathologies. Beaucoup ne peuvent plus se déplacer au domicile des patients. Autre problématique : des postes n'étant pas pourvus dans les structures médico-sociales, les prises en charge se reportent sur le libéral. Les situations de burn-out sont de plus en plus fréquentes.

Le compte-rendu du diagnostic qualitatif indique que 83% des infirmiers ont eu à refuser de nouveaux patients. Le nombre de refus n'excède généralement pas un ou deux patients par mois.

Voici un récapitulatif des réponses fournies par le questionnaire qualitatif :

Refus de nouveaux patients	Infirmier	Kinés	Psychos	S-F	Orthophonistes
OUI	43 / 83%	16 / 100%	3 / 33%	4 / 80%	6 / 100%

Par ailleurs, l'accès à des médecins spécialistes, tels que les psychiatres, les dermatologues, les ophtalmologistes, se révèle difficile par le temps d'attente pour un premier rendez-vous ou l'impossibilité d'obtenir un premier

rendez-vous. La densité des psychiatres libéraux est de 3,5 pour 100 000 habitants¹⁴, elle est nettement inférieure aux taux régionaux (9.5) et nationaux (9.3). Compte-tenu de la cinétique démographique, cet écart pourrait se creuser dans les prochaines années.

	Tarn et Garonne	Occitanie	France métropolitaine
Psychiatres libéraux ou mixtes	3.5	9.5	9.3
Psychologues libéraux	44.9	52.6	39.5

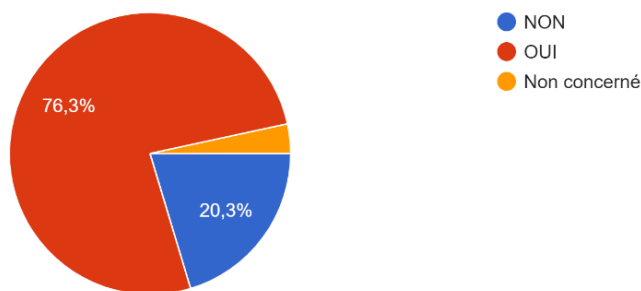
Face à ces difficultés d'accès aux soins, des filières d'accès direct se mettent en place, comme avec les orthoptistes qui peuvent dorénavant prescrire des lunettes pour les patients âgés de 18 à 42 ans.

D'autres problématiques d'accès aux soins existent notamment pour les diététiciens et les psychologues, dont les actes ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. De nouveaux dispositifs de remboursement apparaissent, tels que le remboursement par des Mutuelles ou la mise en place du programme « Ecoute moi » ou du dispositif national « Mon-psy ». Néanmoins, de tels dispositifs peinent à se mettre en place, soit parce qu'ils sont méconnus du public, soit parce que certains psychologues ne souhaitent pas se conventionner avec l'assurance-maladie et être soumis à une prescription, estimant que l'acte est dévalorisé (temps de consultation et rémunération trop faibles). Par ailleurs, les lieux de prise en charge gratuits pour les usagers (CMP, Maison des Adolescents) ont une file active importante et le temps d'attente pour une première consultation peut se révéler très long et inadapté à la situation.

De manière générale, l'accès aux soins pour la population de la CPTS semble difficile. Ainsi, le questionnaire qualitatif indique que plus de ¾ des professionnels de santé refusent de nouvelles prises en charge.

Vous arrive-t-il de refuser des patients pour de nouvelles prises en charge ?

118 réponses



2.2.3.3 Accès aux soins et pharmaciens

La majorité des pharmaciens du territoire pratiquent la vaccination et permettent un meilleur accès à celle-ci (grippe et Covid). Ils pratiquent également les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour le COVID et l'angine. Les Tests de dépistage de la grippe sont réalisés dans une bien moindre mesure.

Par ailleurs, des bilans de médication sont proposés par les pharmaciens. Ce bilan permet une analyse des traitements médicamenteux du patient âgé polymédiqué. Celui-ci se déroule sous forme de plusieurs entretiens,

14 Ibid.

à l'officine avec le pharmacien, dans un espace de confidentialité. 60% des pharmaciens qui ont répondu au questionnaire proposent des bilans de médication. Les pharmaciens souhaiteraient développer cette activité.

2.2.4 Accès aux soins non programmés

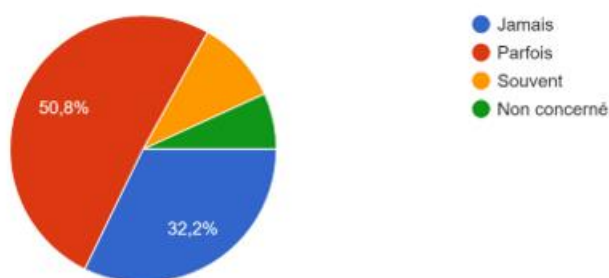
2.2.4.1 Plus de la moitié des professionnels proposent des créneaux d'accès à des soins non programmés

Le questionnaire qualitatif indique que plus de la moitié des professionnels proposent des créneaux d'accès à des soins non programmés, avec 55,1% des répondants. Parmi eux, les médecins (73%), les infirmiers (62%), les sage-femmes (80%) et les orthoptistes sont ceux qui proposent le plus de plages de soins non programmés.

De plus, près de 65% des professionnels de santé interrogés confient refuser des prises en charge urgentes faute de ressources suffisantes. Ce sont les kinésithérapeutes qui indiquent en refuser le plus souvent (8/16). La majorité des professionnels en refusent moins de 5 par semaine. Ces retours terrains posent la nécessité de structurer les soins non programmés à l'échelle de la CPTS.

Les psychologues, les sage-femmes et les orthoptistes ne refusent quasiment jamais des prises en charge non programmées.

Vous arrive-t-il de refuser des patients pour des prises en charge urgentes faute de ressources suffisantes ?
118 réponses



La gestion des soins non programmés est notée comme une difficulté dans la pratique quotidienne, notamment pour les médecins, les kinésithérapeutes, les sage-femmes et les orthophonistes. Les médecins et les sage-femmes précisent rencontrer des difficultés à réaliser des visites à domicile en urgence.

2.2.4.2 Des passages aux urgences inadéquats et des admissions directes en service de médecine inférieures à la Région¹⁵

Le territoire de la CPTS de Montauban présente une part élevée de passages aux urgences non suivi d'hospitalisation, avec 14 884 patients en 2019 (23,1% des passages). Cette part est plus élevée que celle du département (+2,9 points), de la Région Occitanie (+1,7) et de la France (+0,9). Plusieurs facteurs à cela : difficulté et/ou méconnaissance d'accès aux soins non programmés en ville, patients sans médecin traitant, décalage entre urgence ressentie et urgence réelle. Notons que la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée sur le territoire par les médecins généralistes avec régulation préalable et relais à compter de 22h par les services d'urgences.

15 Données issues du CPTS REZONE - Source ATIH (Année 2019)

L'été 2022 a vu l'accès direct aux services d'urgences brutalement supprimé et remplacé par une régulation systématique de toutes les demandes, en raison d'une pénurie de personnel médical.

Concomitamment, un centre d'accueil de soins non programmés non régulé (Centre Médical de Soins Immédiats) a vu le jour à Montauban, ouvert en journée du lundi au vendredi, avec plateau technique de radiologie périphérique et à terme automate de biologie.

La part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services est de 46,5%, ce qui correspond à 2313 patients. Cette part, quasiment équivalente à celle du département, est plus élevée que sur le reste de la France (+5,7 points de pourcentage) mais est moins élevée que dans le reste de la Région Occitanie (-3 points de %). Soins programmés et non programmés ne sont pas distingués.

2.2.5 Analyse synthétique sur la mission socle ACCES AUX SOINS

ACCES AUX SOINS	
Forces	Faiblesses
<p>Existence de la MSP Bellevue et Ingres 1 MSP en projet Les patients en ALD et les personnes âgées sont mieux couverts pour l'accès à un MT que dans le reste du département, de la Région Occitanie et de la France. Environ 46% d'admissions directes, programmées et non programmées, en service de médecine à la demande d'un médecin de ville. Une part d'admissions directes en service de médecine supérieure à la France. Infirmiers, sage-femmes et psychologues en nombre suffisant sur le territoire. Plus de la moitié des professionnels proposent des créneaux d'accès à des soins non programmés. PDSA assurée tous les jours par les MG jusqu'à 22h.</p>	<p>Densité en médecins libéraux Une part importante de médecins proches de la retraite 6 300 patients sans médecin traitant (environ 10% de la population consommatrice de soins), dont 537 personnes âgées de plus de 70 ans, 585 atteints d'une ALD. Des inégalités d'accès à un médecin traitant pour les personnes précaires (1300 patients précaires sans MT) et les nouveaux arrivants. Des passages aux urgences inadéquats. Des visites à domicile de plus en plus difficiles à réaliser faute de temps des médecins. Difficultés d'accès aux médecins spécialistes (psychiatres, dermatologues, ophtalmologues...) Peu d'habitudes de travail en pluriprofessionnalité Difficultés de recrutement au sein des établissements hospitaliers et médico-sociaux. Difficultés d'accès aux orthophonistes, kinésithérapeutes, dentistes. Des soins non remboursés (psychologues, diététiciens). File-active importante pour les lieux de prise en charge gratuits (CMP, MDA, ...) 65% des professionnels de santé refusent des prises en charge urgentes.</p>
Opportunités	Menaces
<p>1 nouvelle MSP en cours d'élaboration Projet création nouvel hôpital GHT Internes en médecine générale</p>	<p>Crises sanitaires et risques émergents : pandémie, canicules ; Éloignement offre publique du centre-ville de Montauban / Risque d'augmentation des inégalités sociales de santé par difficultés d'accès géographique</p>

De nouveaux dispositifs de remboursement (Mutuelles, ...) Développement des bilans de médication Présence d'un centre de soins non programmés.	Des professions en zone surdotée alors qu'il existe des difficultés d'accès. Multiplication de dispositifs entraînant une illisibilité pour les patients et les professionnels.
Enjeux	
Améliorer l'accès aux médecins traitants, à certains spécialistes d'organe, aux orthophonistes et aux kinésithérapeutes ; Structurer la réponse aux soins non programmés	

2.3 LE PARCOURS DES USAGERS : PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT

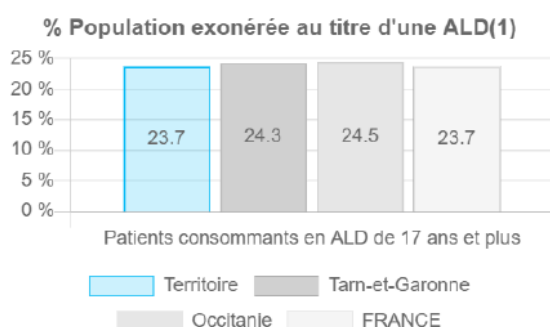
2.3.1 Points clés

<p>Les points clés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pathologies les plus fréquentes : diabète, affections psychiatriques, Insuffisance cardiaque, obésité ▪ Maintien à domicile ▪ Iatrogénie ▪ Précarité ▪ Coordination ▪ Sécurisation des échanges ▪ Prévention

2.3.2 La prise en charge des maladies chroniques

2.3.2.1 La forte prévalence du diabète de type 1 et 2

Sur le territoire de la CPTS, 23,7% de la population est exonérée au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD). Ce taux est relativement équivalent aux autres territoires :



Si l'on se réfère à la liste des Affections de Longue Durée (ALD), les 5 pathologies prépondérantes sur le territoire sont les suivantes :

- Les **diabètes de type 1 et 2** avec **4,6 %** des patients consommant¹⁶ (3 698 patients) – Ce taux est moins élevé que sur le reste du département (-0,4 points de %), de la Région Occitanie (-0,3 points de %) et de la France (-0,5 points de %) ;
- Les **affections psychiatriques de longue durée** avec **3,4%** des patients consommant (2 738 patients) – Ce taux est plus important que sur le reste du département (+0,7 points de %), de la Région Occitanie (+0,5 points de %) et de la France (+0,9 points de %)
- Les **tumeurs malignes**, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique avec **3,3%** des patients consommant (2 692 patients) – Ce taux est moins élevé que sur le reste du département (-0,2 points de %), de la Région Occitanie (-0,7 points de %) et de la France (-0,5 points de %)
- Les **maladies coronaires** avec **2,5%** des patients consommant (2 039 patients) - Ce taux est légèrement moins élevé que sur le reste du département (-0,2 points de %) et de la Région Occitanie (-0,1 points de %). Il reste néanmoins plus élevé que sur le reste de la France (+0,2 points de %).
- Les **insuffisances cardiaques graves**, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves avec **2,4%** des patients consommant (1 909 patients) - Ce taux est légèrement moins élevé que sur le reste du département (-0,3 points de %) et de la Région Occitanie (-0,1 points de %). Il reste néanmoins plus élevé que sur le reste de la France (+0,2 points de %).

Notons des indicateurs favorables pour les dépistages¹⁷ du cancer du sein, du cancer colo-rectal et de l'utérus :

- En 2020, 64,4% des femmes âgées de 50 à 74 ans participent au dépistage organisé du cancer du sein, correspondant à 8 599 femmes. Ce taux est plus favorable comparativement au département (+2,5 points de %), à la Région Occitanie (+4,1 points de %) et à la France (+2,8 points de %).
- Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 57,8% des femmes âgées de 25 à 65 ans ont bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, correspondant à 12 221 patientes. Ce taux est favorable comparativement au département (+1,6 points de %), à la Région (+5,4 points de %) et à la France (+7,3 points de %) ;

Les problématiques citées majoritairement, partagées par plusieurs professions de santé, liées à la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques, sont les suivantes :

- La prise en compte des douleurs chroniques ;
- La prise en compte des situations interculturelles avec barrière de la langue ;
- Les difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité, etc.) ;
- Les difficultés de diagnostic ;
- La prise en charge des personnes en situation d'obésité et de surpoids ;
- La prise en charge en oncologie : des soins de base sont proposés, mais il manque une prise en charge complète (psychologie, esthétique, prise en compte de l'entourage, ...) ;
- La réalisation de soins techniques à coordonner avec un prestataire.

16 Définition Pathologies patients consommant : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue
17 Ibid.

2.3.2.2 Analyse synthétique du parcours des personnes atteintes de maladies chroniques

MALADIES CHRONIQUES	
Forces	Faiblesses
<p>Un taux de patients en ALD équivalent à la France</p> <p>Un pourcentage de patients atteints de diabète, de tumeurs malignes moins élevé que sur le département, la Région, la France.</p> <p>Mortalité prématurée par cancer moindre</p> <p>Sous-Mortalité par pathologies cardiovasculaires ;</p> <p>Indicateurs pour le dépistage des cancers favorables (sein, colo-rectal, utérus).</p>	<p>Prévalence des affections psychiatriques de longue durée</p> <p>Mortalité par alcool plus dégradée</p> <p>De nombreuses situations interculturelles avec barrière de la langue</p> <p>Nombre important de personnes en situation d'obésité et de surpoids ;</p> <p>Prise en charge partielle des soins en oncologie ;</p>
Opportunités	Menaces
<p>AAP Cancérologie</p> <p>AAP de la HAS sur les PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)</p>	<p>Epidémie de Covid a influé sur le bien-être et la prise en charge des autres pathologies ;</p> <p>Clivages importants entre plusieurs acteurs clés du territoire</p>
Enjeux	
<p>Développement de protocoles communs de prise en charge ;</p> <p>Prise en charge des situations complexes (problématiques de santé, sociales, financières)</p> <p>Parcours somatiques à formaliser</p>	

2.3.3 Les problématiques de santé mentale en constante progression au sein de la population

Notons que la prévalence des affections psychiatriques de longue durée est plus importante, comparativement à la Région Occitanie et à la France.

Plus précisément, le recours aux soins est lié principalement à ces trois pathologies :

- Le trouble de l'humeur (dépression, bipolarité) ;
- Le trouble psychotique
- Les addictions
- **Le taux de recours aux soins pour tentative de suicide est supérieur** (2,4/100,000 dans le Tarn et Garonne contre 1,5 en France). Le taux de mortalité par suicide est également plus important que dans la région et la France ;

Pour les enfants, le taux de recours aux soins ambulatoires est identique à la Région, mais inférieur à la France. Néanmoins, le nombre d'hospitalisations est plus élevé qu'en France.

Des besoins importants sont repérés pour la prise en charge des adolescents.

Remarque : au 2^{ème} trimestre 2022, le CH Montauban répond à un appel à projet de développement d'un Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie sur le modèle de celui existant dans la Haute-Garonne. Ce dispositif

prévoit un renforcement des CMP et une collaboration entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les médecins généralistes et les psychologues de ville.

Concernant la consommation d'anxiolytiques et de somnifères, voici quelques données statistiques pour la CPTS de Montauban¹⁸ :

- En 2020, parmi les patients ayant déjà bénéficié de traitements anxiolytiques : 783 patients (**16,1%**) ont initié un traitement anxiolytique (benzodiazépines) avec au moins 4 délivrances sur une période de 6 mois. Cette part, relativement égale à celle du département et de la Région, est supérieure à celle de la France (**+1** point de %).
- En 2020 et sur une période de 6 mois, parmi les patients ayant déjà consommé des benzodiazépines hypnotiques : 795 patients (47,1%) ont initié un traitement (+ de 28 unités). Cette part est plus élevée que dans le reste du département (**+0,6** points de %) et de la France (**+1,5** points de %).

À la suite de la crise COVID, plusieurs professionnels relèvent que de plus en plus d'étudiants sont en situation de mal-être. Plus généralement, les problématiques de santé mentale sont en constante progression au sein de la population.

Les professionnels de santé libéraux précisent que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou d'addictions sont des situations plus difficiles à gérer dans la pratique, notamment par des difficultés d'adhésion aux soins ou la non-observance des consultations. Par ailleurs, les infirmiers qui interviennent régulièrement seuls au domicile du patient, ne se sentent pas toujours en sécurité, avec des situations de violence ou d'agressivité. Certains patients atteints d'alcoolisme ne sont pas suivis pour ce problème et n'ont pas de protocole de prise en charge.

18 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

2.3.3.1 Analyse synthétique du parcours en santé mentale

SANTÉ MENTALE	
Forces	Faiblesses
<p>Diversité des unités d'hospitalisation¹⁹</p> <p>Densité de lits Adultes</p> <p>Lits HAD de psychiatrie</p> <p>Densité de GEM</p> <p>Densité des psychologues en libéral</p> <p>Un GEM Ado + MDA ;</p> <p>Dispositif 15-25 CH Montauban ;</p> <p>Coordination des situations complexes avec le réseau ado RESADO (11-25 ans) ;</p> <p>Lou Camin : dispositif d'accompagnement vers la réhabilitation (logements accompagnés) ;</p>	<p>Un pourcentage de patients atteints de troubles psychiatriques de longue durée plus élevé que sur le département, la Région, la France ;</p> <p>Prévalence des pathologies somatiques chez les personnes atteintes de troubles psy – sous-diagnostic des maladies somatiques ;</p> <p>Équipement hospitalisation temps plein enfants et ados</p> <p>Pas de programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ;</p> <p>Densité de psychiatres inférieure à la Région Occitanie et à la France dans tous les secteurs ;</p> <p>Absence de psychiatrie infanto-juvénile libérale</p> <p>Manque de coordination entre libéraux, entre le secteur libéral et les institutions – pas d'espace de coordination des soins ;</p> <p>Coût financier des prises en charge psychologiques ;</p> <p>Délais longs pour une prise en charge en psychiatrie,</p> <p>Manque de liens entre l'éducation nationale et le premier recours ;</p> <p>Manque d'informations sur l'offre de soins</p> <p>Stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques ;</p> <p>Accompagnement vers la réhabilitation peu développé.</p>
Opportunités	Menaces
<p>PTSM ;</p> <p>CLSM avec un Groupe Opérationnel de Suivi (GOS) ;</p> <p>Remboursement de certaines consultations de psychologues depuis début 2022</p> <p>Mise à disposition d'un répertoire pédagogique « Via Psy » pour le 82 en 2022-2023 ;</p> <p>SISM (Semaine d'Information de la Santé Mentale) chaque année avec un collectif de professionnels</p>	<p>Population instable, complexe (addictions, précarité, désinsertion, ...) ;</p> <p>Épidémie de Covid a influé sur le bien-être ;</p> <p>Accroissement des problématiques de santé mentale ;</p> <p>Épuisement des proches-aidants majoré par la crise du COVID-19</p> <p>Image négative de la psychiatrie</p>

¹⁹ Diversité des unités d'hospitalisation : Une offre de soins structurée autour d'unités sectorielles d'hospitalisation à temps plein (urgence, courte durée, réhabilitation), d'hospitalisation à temps partiel, d'alternatives à l'hospitalisation et de consultations ambulatoires en CMP - Des services intersectoriels pour des publics spécifiques : personnes âgées, addictions, équipe mobile psychiatrie précarité

Appel à projet DSPP	Des visions différentes du symptôme en fonction des professionnels ; Multiplication des dispositifs de coordination
Enjeux repérés par les professionnels	
Adhésion aux soins, observance des consultations et du traitement, confiance envers le soignant ; Repérage et orientation plus précoce des enfants, adolescents et adultes en souffrance psychique ; Prise en charge des troubles métaboliques liés à la pathologie psychiatrique ; Améliorer la prise en compte des aidants familiaux (contribue à l'adhésion aux soins) ; Développer le nombre de psychologues conventionnés CPAM ; Développer les soins ambulatoires, de l'ETP ; Développer la coopération ville-hôpital	

2.3.4 Le parcours des personnes âgées de plus de 65 ans

2.3.4.1 Les difficultés de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et en situation d'isolement.

Actuellement, la demande des personnes âgées est de rester au domicile le plus longtemps possible, quelles que soient les incapacités. Ceci majore les difficultés de prise en charge ressenties par les professionnels de santé :

- Les personnes âgées isolées, au niveau géographique, familial (absence ou dysfonctionnement familial) ou au niveau des ressources matérielles et financières ;
- L'accompagnement de la fin de vie, la mise en place des soins palliatifs ;
- Les troubles cognitifs, les troubles du comportement
- Des difficultés de suivi à domicile par les médecins traitants
- Des difficultés pour recruter des aides-soignants dans les SSIAD ;
- Des listes d'attente sur les SSIAD et les ESA.
- Des difficultés de coordination / articulation entre les différents intervenants du domicile ;
- Des actions de prévention insuffisantes et des hospitalisations pouvant être évitées ;
- Des sorties d'hospitalisation peu ou pas anticipées et coordonnées avec les soins de ville.

Les usagers et les aidants se sentent souvent peu pris en compte, avec un cloisonnement, une illisibilité des organisations, tant au niveau local que national. De nombreux proches aidants sont souvent en situation d'épuisement. Cela a été majoré par la crise COVID 19.

2.3.4.2 De nombreuses personnes âgées polymédiquées

Le risque iatrogène augmente avec le nombre de médicaments prescrits, en lien avec les situations complexes de poly-pathologie.

Les indicateurs du territoire de la CPTS de Montauban sont défavorables. Parmi les patients âgés de plus de 65 ans, **14,8%** (2 573 patients) **ont reçu au moins 10 molécules** distinctes délivrées 3 fois dans l'année²⁰. Cette part est légèrement plus élevée que celle du département (+0,2 points de %) et de la Région Occitanie (+0,3 points de %), mais reste néanmoins moins élevée que sur l'ensemble de la France (-1,1 points de %).

20 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à juin 2020)

Parmi les patients consommants âgés de plus de 75 ans (hors ALD pour troubles psychiatriques) **7,2%** d'entre eux (374 patients) ont reçu **au moins 2 psychotropes (hors anxiolytiques)** prescrits à la même date, remboursés, de 2 classes ATC différentes²¹. Cette part est plus élevée que dans l'ensemble du département (+0,9 points de %), de la Région Occitanie (+1,6 points de %) et de la France (+1,8 points de %).

2.3.4.3 La prévention de la grippe saisonnière

En 2020, **66,2%** des patients consommant âgés de + de 65 ans ont été vaccinés contre la grippe saisonnière, correspondant à 11 685 patients. Ce taux est favorable comparativement au département (+3,3 points de %), à la Région (+4,4 points de %) et à la France (+3,9 points de %).

2.3.4.4 Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement en direction des personnes âgées

PARCOURS PERSONNES AGEES	
Forces	Faiblesses
Plateforme de répit sur tout le territoire de la CPTS Existence d'unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé Equipe mobile géronto-psy Présence d'une USLD Un taux favorable de vaccination contre la grippe saisonnière	Polymédication plus importante sur le territoire de la CPTS ; Nombre important de personnes âgées isolées à domicile ; Epuisement des proches aidants ; Personnes âgées sans médecin traitant ; Difficultés d'accès à des avis de spécialistes ; Densité de SIAAD Densité de places en EHPAD Pas de SPASAD Des difficultés de recrutement d'AS pour le SSIAD ;
Opportunités	Menaces
Programme ICOPE (CHU Toulouse) Création du DAC	Accroissement du nombre de personnes âgées dans les années à venir ; Epuisement des proches-aidants majoré par la crise du COVID-19 ; Alourdissement du profil des PA (+ de GIR 1 et 2) à domicile Difficultés de recrutement de personnel spécialisé au sein des établissements (AS, IDE, MG salariés, spécialistes, ...) ; Cloisonnement, illisibilité des organisations
Enjeux	
Diminuer le nombre de personnes âgées polymédiquées ; Accompagnement à la fin de vie, soins palliatifs ; Prise en charge des troubles cognitifs ;	

21 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Prise en charge des situations complexes (problématiques de santé, sociales, financières) ;
 Articulation entre les différents intervenants du domicile ;

2.3.5 Des inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap rencontrent régulièrement des difficultés pour bénéficier d'une prise en charge adaptée en établissement. Le maintien à domicile est alors un choix contraint.

L'accès aux soins de ces personnes semble difficile pour les consultations dentaires, les consultations de gynécologie et d'autres soins de médecine spécialisée, notamment par inadaptation des locaux. Par ailleurs, le temps d'attente pour l'accès aux services à domicile pour enfants, tels que les SSIAD, SAMSAH ou SESSAD, demande parfois plusieurs mois d'attente avant une première prise en charge.

Le besoin de répit pour les proches aidants reste également un point à améliorer, peu de dispositifs existant pour répondre à ce besoin.

Notons également l'absence d'établissements spécialisés pour les déficients sensoriels.

Des personnes en situation de handicap accompagnées au sein des établissements médico-sociaux présentent, dans 90 % des cas des pathologies associées se surajoutant à la problématique du handicap. Citons par exemple les maladies endocriniennes, les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et les maladies de l'appareil circulatoire. Le recours aux hospitalisations est parfois nécessaire, mais elles sont rendues difficiles par les troubles comportementaux. De plus, les usagers indiquent que les professionnels de santé sont peu formés aux différents types de handicap ce qui entraîne des difficultés d'accompagnement. Les professionnels du secteur du handicap proposent la création de dispositifs apprenants avec les acteurs du sanitaire, par exemple par l'amélioration des connaissances sur les Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins (PNDS).

Les problématiques de polymédication sont également rencontrées pour ce public et nécessite des prises en charge médicales renforcées. Par ailleurs, les établissements médico-sociaux rencontrent des difficultés pour recruter certains professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) ou pour accéder à certaines prises en charge libérales (spécialistes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens). L'accès aux actions de prévention reste également difficile.

Plus généralement, les professionnels regrettent l'absence d'une filière de soins spécifique pour les personnes en situation de handicap. Actuellement, le centre hospitalier de Montauban ne propose pas d'accompagnement spécifique. Une réflexion est en cours pour la mise en œuvre de la charte Romain Jacob.

Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur parcours de soins repose sur une approche globale et pluridisciplinaire de la personne impliquant de prendre en considération ses attentes et ses choix afin qu'elle puisse être actrice de son parcours et, finalement, acquérir une autonomie.

Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	
Forces	Faiblesses
Taux d'équipement de foyers de vie, MAS et FAM	Des comorbidités (endocrinologie, diabète, obésité, troubles mentaux, addictions, maladies de l'appareil circulatoire, ...) Polymédication plus importante pour ce public Difficultés d'accès aux médecins spécialistes ; Absence de projet hospitalier pour l'accueil des personnes en situation de Handicap ;
Densité de logements accompagnés	
Un établissement expérimental pour l'accueil des Personnes Handicapées Vieillissantes (ARSEAA)	
Un CMPP	
Densité de GEM	
Une Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) porté par le CAMSP de Montauban ;	

Mise en place de la Prestation de Coordination de Soins Externalisés (PCPE) pour la prise en charge de soins en direction des personnes en situation de handicap.	<p>Taux d'équipement en établissements médico-sociaux inférieur à la région et à la France.</p> <p>Manque de places dans les structures spécialisées pour enfants (IME, ...) – Des prises en charge inadaptées et des maintiens à domicile contraints. Listes d'attente pour les services à domicile enfant (SSIAD, SAMSAH, SESSAD)</p> <p>Absence d'établissements spécialisés pour les déficients sensoriels ;</p> <p>Pas d'établissements d'hébergement pour les enfants en situation de handicap ;</p> <p>Postes vacants en salariat entraînant un transfert au libéral ;</p> <p>Manque de prise en charge psychologique des personnes en situation de handicap ;</p> <p>Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (vieillesse des aidants) ;</p>
Opportunités	Menaces
Charte Romain Jacob Création du DAC	<p>Epuisement des proches-aidants majoré par la crise du COVID-19</p> <p>Difficultés de recrutement de personnel spécialisé au sein des établissements</p>
Enjeux	
<p>Réduire les inégalités d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ;</p> <p>Favoriser l'accès aux actes de prévention ;</p> <p>Former les professionnels de santé au handicap ;</p> <p>Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (PHV) ;</p> <p>Inclusion des personnes en situation de handicap (FALC) ;</p> <p>Accès aux soins spécialisés des PH (Hôpital, médecins spécialistes, ...)</p>	

2.3.6 Les besoins spécifiques des personnes en situation de précarité ou d'isolement social

Les difficultés principales en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité sont celles en lien avec :

- L'accès à une prise en charge spécifique en santé mentale,
- L'accès à un médecin traitant,
- L'accès spécialisé en addictologie,
- L'accès à des soins bucco-dentaires,
- L'accès à des actions de prévention en santé.

Les publics accompagnés présentent de grandes difficultés pour accéder aux dispositifs de soins de droit commun en raison notamment :

- D'une méconnaissance des acteurs de santé par les publics ;
- D'un refus par les publics à bénéficier de soins (d'autres priorités ciblées) ;
- De barrière de la langue avec des problématiques d'interprétariat

Les professionnels de l'accompagnement social indiquent que les populations migrantes ont un besoin fort dans l'accès aux droits et aux soins. Ceux-ci indiquent également rencontrer des difficultés à capter les publics qui sont hors établissements d'hébergement.

Plus globalement, les professionnels du secteur de la précarité ressentent un manque de légitimité pour s'adresser aux professionnels du sanitaire (manque de vocabulaire, connaissances médicales, ...). A l'inverse, ceux-ci estiment que les professionnels du secteur sanitaire ne connaissent pas bien les dispositifs en direction des publics en situation de précarité. La mise en place d'actions de prévention spécifiquement dédiées au public en situation de précarité semblerait pertinente, notamment sur les axes suivants : la réalisation de bilans de santé globaux, l'évaluation du statut vaccinal, le travail autour des représentations et la sensibilisation à la vaccination, la prévention des addictions, la sensibilisation autour des soins d'hygiène et des soins bucco-dentaires.

Analyse synthétique du parcours et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité

PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	
Forces	Faiblesses
Ouverture de places en hébergement social Places en CADA et CAO Dispositifs innovants (ACT, LHSS, ...) Plateforme 3S Centre d'Examen de Santé de la CPAM	Inégalités d'accès aux soins : part plus importante des personnes précaires sans médecin traitant ; Difficultés d'accès aux soins de santé mentale, en addictologie, en soins bucco-dentaires, à des actions de prévention en santé ; Surpopulation carcérale ; Taux de recours en hospitalisation et aux urgences important ; Non-recours aux soins faute de moyens Méconnaissance des acteurs de santé par les publics ; Situations interculturelles avec barrière de la langue
Opportunités	Menaces
Création d'un observatoire (Relience 82) Création du DAC	Crise COVID-19
Enjeux	
Améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun ; Développer l'interprétariat ; Développer des actions de prévention auprès des publics précaires ; Améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun des populations migrantes ; Acculturation entre les acteurs du social et du sanitaire	

2.3.7 Des difficultés de coordination entre professionnels

2.3.7.1 *Des difficultés de prise en charge pluri-partenariales*

En-dehors des MSP existantes ou en cours de création, les acteurs du territoire de la CPTS de Montauban sont peu habitués à des pratiques collaboratives et de travail en pluridisciplinarité formalisées. Les réseaux sont souvent informels.

Ainsi, de nombreux professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, orthophonistes, orthoptistes) précisent le manque de coordination et de collaboration, et ce à différents niveaux :

- Entre médecins généralistes et spécialistes ;
- Entre Infirmiers et médecins traitants ;
- Entre pharmaciens, médecins traitants et spécialistes ;
- Entre psychologues, médecins traitants, psychiatres et neuropédiatres ;
- Entre orthophonistes et spécialistes ;
- Entre orthoptistes et ophtalmologistes ;
- Entre les libéraux et les établissements médico-sociaux ;
- Entre les libéraux et les établissements hospitaliers ;
- Etc.

Les coordinations pluri-partenariales sont indispensables lorsque la juxtaposition des intervenants devient anarchique.

2.3.7.2 Une circulation de l'information à améliorer

L'outil de communication le plus utilisé dans la pratique reste le téléphone. De nombreux professionnels n'utilisent pas la messagerie sécurisée. Certains courriels envoyés via l'outil Médimail ne sont pas lus et des informations médicales sont ainsi perdues. Le DMP et l'outil SPICO sont sous-utilisés, par méconnaissance de l'outil ou par difficultés d'utilisation dans la pratique (dysfonctionnements, ergonomie inadaptée, temps passé, ...).

Le partage et la circulation de l'information entre le médecin et les autres professions de santé semble problématiques. Plusieurs professionnels disent rencontrer régulièrement des difficultés à joindre le médecin traitant. De plus, le non-partage du dossier médical, le manque d'informations concernant la pathologie du patient, le nonaccès au dernier bilan biologique et des ordonnances illisibles, peuvent entraîner des difficultés de prise en charge.

Les complications administratives sont également soulevées par les infirmiers et les pharmaciens. Les orthophonistes sont parfois confrontés à des demandes administratives abusives (comptes-rendus, attestations, etc.). Les pharmaciens et les infirmiers précisent rencontrer des désaccords sur le plan réglementaire avec les prescripteurs : ordonnances envoyées par mail non sécurisé, faites sans avoir vu au préalable le patient, des ordonnances non conformes sur le plan réglementaire et des recommandations, ainsi que la prescription d'actes hors nomenclature.

2.3.7.3 Un lien ville-hôpital à renforcer

Concernant le lien ville-hôpital, plusieurs problématiques sont soulevées par les professionnels du premier recours :

- Des sorties d'hospitalisation non organisées, sans courrier de sortie, sans aides adéquates proposées ;
- Des sorties d'hospitalisation plus difficiles le week-end, avec notamment l'absence de médecins traitants ;
- Un manque de lits d'hospitalisation.

Globalement, les professionnels de santé ont le souhait de travailler en pluridisciplinarité, avoir davantage d'échanges et de partage, notamment via le développement des échanges numériques et la mise en place d'un dossier médical partagé. Les professionnels de santé se sentent démunis, par manque de temps et par la difficulté à trouver des outils de travail adaptés et efficaces. De plus, la multiplication d'outils de coordination proposés par différents prestataires ne facilite pas leur mise en place.

2.3.8 La prise en charge des cas complexes



Avec au total la citation de 257 mots-clés, la notion de cas complexe est perçue différemment selon les professionnels. En résumé, voici les principaux mots-clés cités par l'ensemble des professionnels :

Polypathologie (29) / isolement (20) / pluridisciplinarité (14) / Multi-facteurs (12) / Environnement difficile (familial / entourage / logement) (12) / coordination (9) / Barrière de la langue (10) / dépendance (8) / Problèmes de communication (7) / Difficultés de diagnostic (5) / Manque d'information (5) / Lourd (5) / fin de vie (5) / Agressivité (5) / Refus de soins (4) / Soins techniques (4) / Age (3) / détresse (3) / Intransigeance (3) / handicap (3) / Errance médicale (3) / social (3)

Ceux-ci se regroupent en 4 catégories :

- **L'état du patient ou de la pathologie (cité au total 48 fois)** : polypathologie, symptômes, souffrance, chronicité, stagnation, gravité, urgence, crise, évolutif, décompensation, pronostic, polymédiqué ;
- **La situation individuelle et le comportement du patient (cité au total 31 fois)** : barrière de la langue, agressivité, intransigeance, dépendance, handicap/invalidité, âge, détresse, désorientation, difficultés d'adaptation, traumatisme, désespoir, fragilité, ...
- **Les modalités et difficultés de prise en charge (cité au total 110 fois)** : pluridisciplinarité, coordination, problèmes de communication, incompréhension, difficultés d'accès aux soins, déni, non-observance, sans solution, errance médicale, absence de suivi, chronophage, incohérences, manque d'outils, ...
- **L'environnement du patient (cité au total 57 fois)** : isolement, solitude, entourage familial absent ou dysfonctionnel, logement inadapté ou insalubre, précarité, difficultés sociales et financières, ...

Plusieurs professionnels notent également qu'un cas complexe se caractérise par divers facteurs concomitants, par exemple un patient polypathologique, en situation d'isolement et ayant des difficultés à communiquer avec son entourage.

37,5% des professionnels disent facilement trouver une réponse à un cas complexe, 56% parfois et 6% d'entre-deux disent ne jamais trouver de solution. Ceux-ci indiquent le besoin de temps pour trouver des solutions, la nécessité de faire du « bricolage », ce qui peut générer de l'incertitude. Plusieurs professionnels déplorent le manque de disponibilité des structures de soins, le cloisonnement avec certaines institutions, comme avec les établissements scolaires, le CMP, le CMPP. D'autres ont le sentiment de ne pas être soutenus. Le développement d'un réseau interprofessionnel, le travail d'équipe, l'avis de spécialistes et la collaboration avec les établissements hospitaliers est primordial.

COORDINATION DES PROFESSIONNELS	
Forces	Faiblesses
Développement des cabinets médicaux pluridisciplinaires, des MSP ; Création de réseaux informels entre professionnels ;	Territoire peu habitué aux pratiques collaboratives ; Manque de communication médecins – autres pros Manque de communication entre pairs ; Absence de collaboration entre plusieurs professions de santé ; Environ 40% des professionnels questionnés n'utilisent pas Medimail ; Sous-utilisation de SPICO et du DMP ; Non partage du dossier médical ; Sorties d'hospitalisation non-organisées ; Cloisonnement des institutions
Opportunités	Menaces
Mise en place du Dispositif d'Appui à la Coordination Développement de nouveaux outils de coordination	
Enjeux	
Soutenir le développement des outils numériques de coordination Soutenir le développement des pratiques collaboratives	

2.3.9 La prévention assurée par les acteurs de soins de premier recours

2.3.9.1 Les actes de prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé libéraux

Le compte-rendu du questionnaire qualitatif indique que 95% des professionnels de santé libéraux font de la prévention dans leurs pratique quotidienne. Plus de la moitié d'entre eux participent à des actions de prévention, par exemple par une participation à la campagne de communication du Mois Sans tabac ou dans le cadre d'Octobre Rose.

Parmi eux, les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les psychologues, les orthoptistes et les diététiciens sont ceux qui y participent le plus.

Les thèmes de prévention le plus souvent abordés par les professionnels sont les suivants :

- L'éducation thérapeutique du patient (abordé par 61,3% des professionnels) ;
- La prévention du Covid-19 (57,7% des professionnels) ;
- Les accidents de la vie courante (56,2% des professionnels) ;
- La nutrition et l'activité physique (54% des professionnels) ;
- La vaccination (51,1% des professionnels) ;
- Les évènements climatiques (canicule, exposition au froid) (48,9% des professionnels) ;

Les professionnels ont compris l'importance de la prise en compte des déterminants de santé (travail, loisirs, etc.). Dans tous les soins qui sont réalisés auprès des patients, des actions de prévention peuvent être proposées. Par exemple, l'action d'un professionnel de santé pour l'accompagnement d'un patient diabétique peut s'articuler autour de plusieurs actions :

- Education nutritionnelle par l'adaptation de l'alimentation ;
- Réalisation d'un bilan pour proposer une activité sportive adaptée ;
- Eduquer le patient sur le suivi de son traitement.

La prévention proposée par les professionnels de santé libéraux permet une prise en charge individualisée, en adaptant les messages de prévention auprès du patient. Néanmoins, les professionnels manquent d'un cadre précis, permettant notamment de connaître les actions probantes et de mesurer l'efficacité de leurs interventions. De plus, les actions de prévention nécessitent une intervention en pluridisciplinarité et en articulation avec les actions proposées par les acteurs de prévention.

2.3.9.2 « Les antibiotiques, c'est pas automatique »²² : prévention de l'antibiorésistance

En 2020, parmi les patients ayant consommé des antibiotiques, 38,9% d'entre eux (9 552 patients) ont consommé des antibiotiques générateurs d'antibiorésistance. Cette part est moins élevée que dans le reste du département (-0,6 points de %) et de la Région (-0,3 points de %), mais reste néanmoins plus élevée que dans le reste de la France (+2,3 points de %).

Pour les enfants de – de 4 ans ayant consommé des antibiotiques, 26,9% d'entre eux (377 patients) se sont vu prescrire au moins une délivrance de céphalosporine de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. Cette part est plus élevée que dans le reste de la Région (+1,6 points de %) et de la France (+3,1 points de %).

Pour les enfants âgés de 4 à 16 ans ayant consommé des antibiotiques, 17,4% d'entre eux (741 patients) se sont vu prescrire par le médecin traitant au moins une délivrance de céphalosporines de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. Cette part est plus élevée que dans le reste du département (+0,6 points de %), de la Région (+2,8 points de %) et de la France (+3,7 points de %)

2.3.9.3 La prévention auprès des enfants

2.3.9.3.1 D'avantage d'enfants en surcharge pondérale

30 et 40% des résidents IME ont un problème de surcharge pondérale

2.3.9.3.2 Les vaccins obligatoires

Le territoire de la CPTS affiche des indicateurs favorables pour la vaccination des enfants de moins de deux ans :

- 86,8% des patients consommant de moins de 2 ans ont bénéficié des deux doses nécessaires de vaccin ROR (Rougeole/Oreillons/Rubéole), correspondant à 692 enfants. Ce taux est favorable comparativement au département (+2,9 points de %), à la Région (+6,2 points de %) et à la France (+3,9 points de %) ;
- 96,2 % des patients consommant de moins de 18 mois ont reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C, correspondant à 795 patients. Ce taux est favorable comparativement au département (+1,3 points de %), à la Région (+1,7 points de %) et à la France (+0,6 points de %).

22 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2020 au 31/12/2020 pour la vaccination contre la grippe saisonnière / Année 2020 pour les autres vaccins)

2.3.9.3.3 La santé bucco-dentaire²³

Les affections bucco-dentaires sont extrêmement fréquentes. La carie touche plus d'un tiers des enfants de 6 ans, 45% des enfants de 12 et plus de ¾ de la population adulte.

Le dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des jeunes proposé par la CPAM vise à :

- Favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste ;
- Instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Le dispositif a été étendu en 2018 aux jeunes de 21 et 24 ans.

Il se déroule en deux temps :

- Un examen bucco-dentaire (EBD) et des conseils d'éducation sanitaire ;
- Des soins consécutifs éventuels.

En 2020, 71,1% des enfants de moins de 16 ans ont reçu au moins un acte dentaire dans les 18 mois, correspondant à 3076 enfants. Ce taux est relativement équivalent à celui du département (+0,6 points de %) et de la France (+1,1 points de %), néanmoins il est défavorable au taux régional (-1,9 points de %).

2.3.9.3.4 Le soutien à la parentalité : un axe d'intervention prioritaire

Les professionnels indiquent que l'amélioration de l'hygiène de vie des enfants (alimentation, sommeil, santé bucco-dentaire, gestion des écrans, développement psychomoteur ...) et des adolescents (consommation d'alcool) sont des axes d'intervention prioritaire, notamment par une amélioration du soutien à la parentalité. Selon le retour de psychologues et d'acteurs médico-sociaux, le travail de prévention et d'information auprès des parents est primordial, en transmettant des informations ciblées et des recommandations. La Société Française de Pédiatrie en publie régulièrement.

Il est nécessaire d'inciter les professionnels à travailler davantage en réseau et à s'appuyer sur les dispositifs existants, tels que le REAAP 82, afin d'accompagner les parents et les futurs parents dans leur fonction parentale. Ce soutien est encore plus nécessaire pour les publics les plus éloignés et isolés, souvent mal repérés par les professionnels.

2.3.9.4 Analyse synthétique des actions de prévention

PREVENTION	
Forces	Faiblesses
<p>Espérance de vie meilleure</p> <p>Taux de dépistages cancer du sein, colorectal et col de l'utérus favorable</p> <p>Bonne couverture vaccinale des enfants âgés de moins de 2 ans</p>	<p>Polymédication des plus de 65 ans</p> <p>+ de consommation de somnifères</p> <p>Prescription d'antibiotiques aggravant l'antibiorésistance ;</p> <p>Surcharge pondérale en grande section maternelle 2014</p> <p>Manque de connaissances des professionnels en prévention : comment aborder et motiver les personnes à prendre soin de leur santé, prescription APA, ...</p> <p>Prévention bucco-dentaire des enfants moins favorable que dans la Région Occitanie</p>
Enjeux	
<p>Maintien d'autonomie des personnes âgées</p> <p>Polymédication des PA</p>	

23 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Observance du traitement pour les patients atteints de troubles psychiques	
Prévention et dépistage en milieu scolaire	
Soutien à la parentalité	
Opportunités	Menaces
Rôle important des pharmaciens et infirmiers ASALEE dans la prévention PTSM AAP 1000 jours Une antenne IREPS dans le 82 CLS Montauban	Défaut de lisibilité des dispositifs qui œuvrent dans la prévention (IREPS, CLS, CLSM, CPTS, ...)

2.4 LA LUTTE CONTRE LE COVID-19

2.4.1 Points-clés

Les points clés

- Une épidémie hors normes
- Rôle inédit du 1^{er} recours dans la gestion d'une crise sanitaire

2.4.2 Epidémiologie

L'épidémie de COVID-19 est apparue en France en mars 2020.



2.4.3 Actions

Les patients atteints de Covid-19 présentant une forme simple ou modérée sont pris en charge en ville. Cette prise en charge ambulatoire est organisée par les professionnels de santé habituels des patients.

Sur le territoire de la CPTS, un projet de centre de consultation éphémère avait été élaboré en mars-avril 2020 afin d'anticiper un débordement des capacités d'accueil de ville.

Grâce aux confinements puis à la vaccination et à l'évolution de l'épidémie, ce centre n'a pas eu à fonctionner.

Ce travail a toutefois été une préfiguration du rôle que pourrait et devrait jouer un premier recours coordonné dans la gestion des crises sanitaires.

Pharmaciens, IDE, médecins, kiné, sage-femmes pratiquent les prélèvements et la vaccination.

Dans le département du Tarn-et-Garonne, au 28/10/2021, 88,2% de la population majeure est complètement vacciné

Afin de capitaliser sur ces expériences et de répondre notamment aux exigences de l’Avenant 2, un groupe de travail sera déployé (post signature ACI) afin de proposer un action gestion de crise sanitaire.

2.5 ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

2.5.1 Points-clés

Les points clés

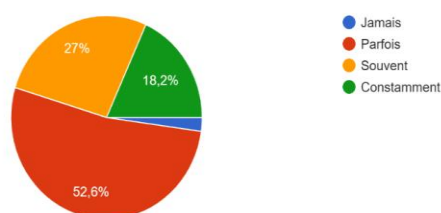
- Mal-être au travail
- Formations

2.5.2 Des conditions de travail perçues comme difficiles par les professionnels

2.5.2.1 Des situations de mal-être au travail de plus en plus fréquentes

Parmi les répondants au questionnaire qualitatif, 18% des professionnels indiquent avoir constamment le sentiment d’être débordé, 27% souvent et 27% parfois. Seulement 2,2% des professionnels ne se sentent jamais débordés. Les professionnels les plus concernés par ce sentiment sont les kinésithérapeutes et les orthophonistes. Dans une moindre mesure, les médecins puis les pharmaciens sont concernés par cette problématique.

Dans le cadre de votre activité professionnelle, avez-vous le sentiment d’être débordé ?
137 réponses



Les professionnels expliquent ce sentiment par le manque de temps, une charge de travail trop importante, un rythme de travail soutenu entraînant de la fatigue et du mal-être au travail. De plus, les contraintes administratives et la gestion du planning en fonction des contraintes des patients alourdissent la charge de travail. Les kinésithérapeutes se sentent débordés, alors même que les contraintes liées au zonage ne permettent pas l’installation de nouveaux professionnels sur le territoire. Les dépistages et la vaccination liée à l’épidémie de Covid-19 augmentent la charge de travail des pharmaciens et des médecins.

2.5.2.2 Un sentiment d'isolement principalement lié au manque de communication et de ressources

Le sentiment d'isolement concerne 28% des répondants. Il concerne plus particulièrement les infirmiers (41% des répondants) et les psychologues (22% des répondants).

2.5.3 Des actions de formation à soutenir et à développer

91% des répondants au questionnaire qualitatif indiquent suivre régulièrement des formations. Depuis l'émergence de la crise Covid-19, le e-learning s'est développé ; cependant ceci ne répond pas au besoin d'échanges entre professionnels que seul le présentiel permet.

Les thèmes de formation souhaités par les professionnels répondants sont les suivantes :

- Les plaies et cicatrisation ;
- La prise en charge des patients atteints de BPCO ;
- L'entretien motivationnel (accompagnement des troubles métaboliques pour des patients atteints de troubles psychiques, accompagnement des addictions)
- Les soins somatiques pour des personnes atteintes de troubles psychiques ;
- La clinique des troubles psychiques et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques ;
- La prescription et l'accompagnement de l'activité physique adaptée.

Synthèse Accompagnement des professionnels

ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS	
Forces	Faiblesses
La majorité des professionnels suivent régulièrement des formations ; Développement des structures pluridisciplinaires ; Syndicats et URPS ; Création de réseaux informels entre professionnels	Environ 40% des professionnels questionnés n'utilisent pas Medimail ; Seulement 9,5% des professionnels questionnés utilisent SPICO ; 39,4% des professionnels questionnés n'utilisent pas de messagerie sécurisée 18,2% des professionnels questionnés se sentent constamment débordés et 27% souvent 71,3 % des professionnels questionnés se sentent isolés dans leur pratique ; Manque de communication médecins – autres pros Manque de communication entre pairs ; Absence de collaboration entre plusieurs professions de santé ;
Enjeux	
Développement des outils de communication sécurisés (SPICO, ...) Développement de la qualité de vie au travail ; Gestion de l'administratif ;	
Opportunités	Menaces
Apport des formations en distanciel Reprise des formations en présentiel	Manque de temps des professionnels Absence de remplaçants

2.6 OFFRES DE SOINS, MEDICO-SOCIALES ET SOCIALES

2.6.1 Points-clés

Les points clés

- Des professions en tension, d'autres difficiles d'accès malgré une démographie apparemment favorable
- Des professions et des structures en mutation
- Une offre riche, parfois fragile, avec des manques

2.6.2 Les professionnels de santé libéraux

Code	Libellé	Population	Nbre d'omnipraticiens	Nbre d'infirmiers	Nbre de masseurs-kinésithérapeutes	Nbre de chirurgiens-dentistes	Nbre d'orthophonistes	Nbre de sages-femmes
82001	Albefeuille-Lagarde	633	0	4	0	0	0	0
82002	Albias	3 246	3	5	2	1	2	0
82076	L'Honor-de-Cos	1 577	0	2	1	0	0	0
82090	Lamothe-Capdeville	1 073	0	3	0	0	0	0
82098	Léojac	1 284	0	2	0	0	0	0
82121	Montauban	60 810	74	174	96	51	29	12
82124	Montbeton	4 279	0	5	5	3	1	0
82140	Piquecos	434	0	2	0	0	0	0
82161	Saint-Étienne-de-Tulmont	3 788	1	5	3	1	2	0
82195	Villemade	744	0	2	0	0	0	0

Source : INSEE - FNPS

2.6.2.1 Les médecins généralistes de soins de 1^{ers} recours

En 2020, le territoire de la CPTS compte 56 médecins généralistes sur la commune de Montauban, 3 à Albias et 1 à Saint-Etienne de Tulmont. Ce sont au total 60 MG actifs sur le territoire de la CPTS. 28 d'entre eux ont 60 ans ou plus, ce qui correspond à un taux de 36,8%.

2.6.2.2 Les médecins de soins de second recours

Voici ceux qui sont en activité sur le territoire de la CPTS de Montauban :

- 7 pédiatres
- 9 ORL
- 5 neurologues
- 14 gynécologues obstétriciens
- 4 psychiatres en libéral mais pas de pédopsychiatre en libéral

2.6.2.3 Les infirmiers²⁴

En 2020, 199 infirmiers sont implantés sur le territoire, dont 174 à Montauban. L'ensemble des communes sont pourvues.

24 Sources : <https://cartosante.atlasante.fr/>

L'activité principale des infirmiers concerne la prise en charge de personnes âgées dépendantes ou de personnes atteintes de maladies chroniques (cancer, diabète, etc.) Des soins ponctuels sont également réalisés (pansements, prise de sang, ...).

Notons la présence de pratiques spécifiques :

- Infirmières en Pratique Avancée en pathologies chroniques stabilisées (2 sur le territoire)

Nouveau métier intermédiaire de grade master, on distingue 4 mentions :

- Les pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- l'oncologie et l'hémo-oncologie
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale
- la psychiatrie et la santé mentale

A compter de la rentrée 2022, une cinquième mention viendra compléter les champs d'actions avec la mention « urgences ».

L'infirmière en pratique avancée parcours pathologies chroniques stabilisées, assure le suivi de patients atteints de cardiopathies, de diabète, d'affections respiratoires chroniques, d'AVC, de maladies neurodégénératives.

Les patients lui sont adressés par un médecin de premier ou second recours.

Ses compétences lui permettent de prescrire le renouvellement, d'adapter les traitements, la prescription d'examens complémentaires.

Elle travaille en étroite collaboration avec le médecin et l'ensemble des acteurs dans le parcours de soins du patient.

Le déploiement en exercice libéral reste difficile.

2.6.2.4 Les kinésithérapeutes²⁵

En 2020, **102 kinésithérapeutes** sont implantés sur le territoire. Il existe 4 communes d'exercice, dont 96 à Montauban, 3 à Saint-Etienne de Tulmont, 2 à Albias et 1 à L'Honor de Cos.

2.6.2.5 Les sage-femmes²⁶

En 2020, le territoire de la CPTS compte 12 sage-femmes dans la commune de Montauban, toutes femmes et majoritairement âgées de moins de 50 ans.

Les sage-femmes assurent des actes :

- de contraception
- de dépistage du cancer du col utérin par frottis
- d'échographies obstétricales et gynécologiques pour certaines d'entre elles
- de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum
- d'IVG médicamenteuse
- de suivi du nourrisson
- de vaccination

25 Sources : <https://cartosante.atlasante.fr/>

26 Sources : <https://cartosante.atlasante.fr/>

2.6.2.6 Les orthophonistes

En 2020, **32 orthophonistes** sont implantés sur le territoire. Il existe 4 communes d'exercice, dont 29 à Montauban, 2 à Albi, 2 à Saint-Etienne-de-Tulmont et 1 à Montbeton. La majorité des professionnels exerçant dans la zone sont des femmes.

Les problématiques de santé les plus fréquentes traitées par les orthophonistes sont :

- troubles des apprentissages, langage oral et écrit, calcul et raisonnement logico-mathématique
- rééducation du langage d'origine neurologique
- rééducation des troubles de la déglutition et de la voix
- maintien et adaptation des fonctions de communication dans les maladies neuro-dégénératives

En termes de coordination, des réunions pluri-partenariales sont organisées par l'association Occitadys. Des réunions de synthèse sont également organisées par le CAMSP.

Une association de prévention « mégaphonistes 82²⁷ » propose des ateliers de langage, en partenariat avec le CAMSP. L'association prépare le contenu de l'atelier et le CAMSP s'occupe du recrutement des familles (milieux défavorisés / situation de bilinguisme).

2.6.2.7 Les chirurgiens-dentistes

En 2020, **54 chirurgiens-dentistes** sont implantés sur le territoire. Il existe 4 communes d'exercice, dont 51 à Montauban, 3 à Montbeton.

Sur le territoire, il existe 7 cabinets secondaires et 2 Centres de Soins Dentaires (CSD). La part des actes dentaires réalisés par les CSD est de 10% (taux équivalent à la France). La part des actes de prothèse dentaire réalisés par le chirurgien-dentiste (SPR)²⁸ réalisés par les CSD sont de 6%, ce taux étant inférieur à la France (- 1,6 points de %).

La part des actes de prothèse dentaire (SPR) dans la consommation est de 4,9%. Elle est inférieure à la France (5,4%).

2.6.2.8 Les diététiciens

Neuf diététiciens exercent à Montauban en activité libérale. C'est une profession majoritairement féminine. Les diététiciens interviennent autour de la prise en charge des personnes en surcharge pondérale ou d'obésité, mais également en diabétologie, cardiologie, cancérologie ou pour des problématiques de dénutrition. Des diététiciennes proposent également des sevrages tabagiques.

2.6.2.9 Les psychologues

50 psychologues sont installés à Montauban, 2 à Saint-Etienne de Tulmont et 1 à Piquecos ; au total, 53 psychologues sur le territoire de la CPTS.

Les problématiques de santé les plus fréquentes traitées par les psychologues sont les suivantes :

- Anxiété, états dépressifs
- Difficultés scolaires, phobie
- Mauvaise estime de soi
- Troubles du comportement, TCA (nécessité PEC pluri-partenariale)
- Troubles dissociatifs de l'identité
- Actes violents, crise suicidaire

Notons la présence de neuropsychologues qui peuvent réaliser des bilans pour les enfants âgés de 2,5 ans à 16 ans : évaluations psychométriques, tests de QI, évaluations sur les capacités intellectuelles, attentionnelles et cognitives et pour les adultes des bilans cognitifs.

²⁷ L'objectif de l'association Mégaphonistes 82 est de développer la prévention des troubles de la communication : voix, parole, langage oral et/ou écrit, oralité, ces troubles relevant de la compétence des orthophonistes

2.6.2.10 Les pharmacies²⁹

20 pharmacies sont présentes sur le territoire de la CPTS, dont 16 à Montauban, 1 à Saint-Etienne de Tulmont, 1 à Lamothe Capdeville, 1 à Montbeton et 1 à Albias.

2.6.2.11 Les laboratoires de biologie médicale

5 laboratoires sont présents dans la ville de Montauban : Biofusion (4 sites), Cerballiance (1 site)

2.6.2.12 Les laboratoires d'anatomo-pathologie

1 laboratoire : AMAPATH

2.6.2.13 Les orthoptistes libéraux et mixtes

Indicateur	Zone CPTS	Tarn-et-Garonne*	Occitanie
Nombre de communes d'exercice au 1 ^{er} janvier 2019 (cabinets principaux et secondaires)	1		
Nombre de cabinets principaux et secondaires au 1 ^{er} janvier 2019	24		

30

2.6.2.14 Les pédicures-podologues

La pédicurie-podologie traite les troubles cutanés, morphostatiques et dynamiques du pied et des affections unguéales du pied. Le pédicure-podologue intervient sur les pathologies et manifestations locales et non systémiques liées au pied. Cette prise en charge peut être éducative, préventive, curative et nécessiter un traitement à long terme.

Les soins chez les patients diabétiques sont pris en charge par l'assurance maladie sous condition.

Indicateur	Zone CPTS	Tarn-et-Garonne*	Occitanie
Nombre de communes d'exercice au 1 ^{er} janvier 2019 (cabinets principaux et secondaires)	4		
Nombre de cabinets principaux et secondaires au 1 ^{er} janvier 2019	23		

31

29 <https://cartosante.atlasante.fr/>

30 Données : Eléments pour un diagnostic territorial – ARS Occitanie – Septembre 2019

31 Données : Eléments pour un diagnostic territorial – ARS Occitanie – Septembre 2019

2.6.3 Les exercices coordonnés ou non

2.6.3.1 Types d'exercices

Exercices isolés

Cabinet de groupe

Centre de soins non programmés

ESP

CDS

MSP

ESS

2.6.3.2 MSP

La CPTS de Montauban possède sur son territoire deux centres de santé ayant une activité dentaire. Par ailleurs, il existe deux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP Bellevue et MSP Ingres). Une autre MSP est en projet.

2.6.3.2.1 La MSP Bellevue

La MSP Bellevue a été créée en 2018 et comprend :

- 10 médecins généralistes ;
- 7 infirmiers dont 1 ASALEE ;
- 1 diététicienne ;
- 1 orthoptiste ;
- 1 neurologue ;
- 3 sages-femmes ;
- 1 gynécologue ;
- 1 cardiologue ;
- 1 dermatologue

Le projet de santé comporte :

- Des actions de santé publique :
 - o Activité physique et cancer du sein ;
 - o Amélioration de la couverture vaccinale ;
 - o Surpoids de l'enfant
- Des protocoles pluriprofessionnels sur l'utilisation des AVK, la fragilité de la personne âgée, la iatrogénie.

2.6.3.2.2 MSP Ingres

Le territoire d'intervention de la MSP Ingres concerne le quartier prioritaire de la politique de la ville « Cœur de ville » à Montauban. Elle est composée de 5 médecins, 5 infirmières et de 2 pharmaciens sur deux sites différents. Un local est partagé entre les médecins et les infirmières.

Leur projet de santé s'articule autour de deux objectifs principaux :

- L'amélioration de l'accès aux soins et de la continuité des soins par :
 - o La mise en place de permanences infirmières en fin de matinée, afin de répondre aux besoins des usagers ;
 - o Le respect du cahier des charges ACI sur les horaires d'ouverture, les soins non-programmés (salle d'urgence et accessibilité à un véhicule SMUR-SDIS), la continuité des soins et PDSA
 - o L'équipement des professionnels de santé en télémédecine, le choix du logiciel partagé, l'utilisation de Medimail et de SPICO ;
 - o Volonté d'associer divers spécialistes et paramédicaux à la MSP

- La mise en place d'actions de santé publique et de protocoles de coopération, autour de l'amélioration de la couverture vaccinale, l'amélioration du dépistage des cancers du sein, col de l'utérus et colorectal et la mise en place de protocoles de gestion des anticoagulants oraux.

2.6.3.3 ESS

Partie à compléter lors du recrutement du poste de coordinateur.

2.6.4 Les structures de coordination et les réseaux de santé

2.6.4.1 Une structuration en cours des dispositifs de coordination et des réseaux de santé

Plusieurs structures de coordination et réseaux de santé sont présents sur le territoire.

Voici une liste des principales structures de coordination existantes sur le territoire :

- Le Dispositif d'Appui à la Coordination, voulu par le législateur et effectif depuis le 01/07/2022 résulte de la fusion des réseaux de soins et de coordination. Dans le Tarn-et-Garonne il s'agit de la fusion de RESO82 (soins palliatifs, douleur chronique et maladie neuro-dégénératives), de la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) et de la PTA (plateforme territoriale d'Appui). Sa mission est la gestion des cas complexes, toutes pathologies, âge ou handicap confondus, en gradation et subsidiarité des fonctionnements existants. Notons que le DAC est porté par l'association INTER-CPTS82.
- Le réseau de santé RESADO 82 pour les jeunes en difficulté : il propose la coordination de prises en charge de jeunes en situation complexe, sur le Tarn et Garonne. Initialement, dédié aux adolescents en difficulté, il étend aujourd'hui ses actions aux enfants en situation complexe.
- La Réponse Accompagnée pour Tous (**RAPT**), en Direction des personnes en situation de handicap, porté par la MDPH ;
- Le CLIC (centre local d'information et de coordination) porté par la Ville de Montauban ;
- La Plateforme 3S : elle centralise en un même lieu les appels d'urgence dans les domaines de la Santé (SAMU centre 15, régulation PDSA libérale du 3966), du Social (le 115 géré par RELIANCE 82) et du secours (les pompiers 18).
- La Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) des Troubles du Neuro-Développement, porté par le CAMSP de Montauban ;
- Le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisés (PCPE) rattaché au CMPP Ingres et à l'attention des enfants et leur famille
- Le CLS, un outil de coordination des politiques publiques de santé dans le territoire du Grand Montauban. Issu de la loi HPST, le CLS permet, à l'échelle de la Communauté d'Agglomération de Montauban, d'élaborer un programme d'action de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé, en partenariat avec les élus locaux et les partenaires institutionnels. Le CLS se décline autour de 3 axes stratégiques :
 - Consolidation et développement d'actions de prévention auprès des publics ciblés : en faveur des jeunes, des personnes en situation de précarité et des personnes âgées à domicile ;
 - Coordination des acteurs du champ de la santé mentale (CLSM) ;
 - Information et sensibilisation sur l'accès aux droits de tous, pour conserver une démarche globale comme socle des interventions spécifiques.
- Les Appartements de Coordination Thérapeutique : cf

2.6.4.2 La communauté 360 du Tarn-et-Garonne dédiée aux personnes handicapées et aux aidants

Une coopération s'est constituée avec l'ensemble des acteurs du handicap dans le département du Tarn-et-Garonne : ASEI, Fondation OPTEO, ARSEAA ... Un numéro vert est proposé, pour une amélioration de la prise en

compte des besoins des personnes en situation de handicap (simplicité, proximité, compétences, adaptation au contexte de crise). L'objectif est également de mieux repérer les personnes isolées ou sans solution adaptée.

2.6.5 L'offre hospitalière

2.6.5.1 MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Urgence

L'ensemble des données présentées dans ce chapitre sont issues de l'enquête SAE 2020³². Nous précisons que les données étant de 2020, celles-ci peuvent être impactées par l'apparition de la Crise Covid au début du mois de mars. Par ailleurs, les chiffres de la SAE se basent sur du déclaratif et peuvent parfois entraîner des écarts avec les chiffres réels.

4 établissements hospitaliers sont implantés sur le territoire, dont un établissement public et trois privés :

- Le CH de Montauban ;
- La clinique du Pont de Chaume
- La clinique Croix Saint-Michel ;
- La clinique Honoré CAVE.

Le tableau ci-dessous présente une synthèse de l'offre proposée au sein de ces établissements :

SYNTHESE OFFRE HOSPITALIERE		CH Montauban	Clinique PDC	Clinique Croix Saint- Michel	Clinique CAVE
Nombre de lits d'hospitalisation complète	Médecine	205	88	16	-
		11 062 séjours	6 766	2 242	-
	Chirurgie	40	60	51	33
		2 007 séjours	4 648	738	561
	Obstétrique	23	12	15	-
		1 463 séjours	521	821	-
TOTAL MCO	268	160	82	33	
		14 532	11 935	4 001	561
Ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	8 places	23 places	11 places	3 places
		1165 séjours	4 195 séjours	1665 séjours	7 708 séjours
	Médecine ambulatoire	8 places	16 places	11 places	-
		462 séjours	2 987 séjours	462 séjours	-
Gynécologie- Obstétrique	-	1 place	3 places	-	
		122 séjours	601 séjours		
Séances	OUI	OUI	NON	NON	
		3158	27 784		
Activité libérale		NON	OUI	OUI	OUI
		15 MG	90 spécialités médicales	33 spécialités médicales	11 spécialités médicales
		114 spécialités			
Urgences	OUI / NON	OUI	OUI	NON	NON
	Nombre de passages	33 852	17 211	-	-

32 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

SYNTHESE OFFRE HOSPITALIERE		CH Montauban	Clinique PDC	Clinique Croix Saint- Michel	Clinique CAVE
	Caractéristiques	SMUR Général SAMU	-	-	-
	Urgentistes	27	7	-	-
Activités autorisées					
Réanimation	OUI / NON	OUI 1734 séjours	OUI 2 139 séjours	NON	- NON
Obstétrique	Autorisé	OUI Niveau 2 882 séjours 196 séjours néonatal et soins intensifs	OUI Niveau 1 435 séjours	OUI Niveau 1 704 13 séjours néonatal	-
	IVG	OUI	OUI	OUI	-
	Sage-femmes	19	12	16	-
	Gynécologues obstétriciens	8	4	4	-
Traitement des affections cancéreuses	Chimiothérapie	OUI 3 285 séances	OUI 4 921 séances	NON	
	Radiothérapie	NON	OUI	NON	
Traitement de l'insuffisance rénale par dialyse	OUI / NON	NON	OUI 18 277 séances	NON	NON
Cardiologie	Activité interventionnelle	OUI	OUI	NON	NON
	Chirurgie cardiaque	NON	NON	NON	NON
Équipements et salles	Scanner	2	2	-	-
	IRM	2	1	-	-
	Caméra à scintillation	-	2	-	-
	Salles d'intervention	7	15	6	8
	Postes de réveil	9	22	9	11

L'offre en nombre de lits d'hospitalisation la plus importante est celle du CH de Montauban avec 268 lits d'hospitalisations en MCO. Les trois cliniques présentes sur le territoire ont une activité importante de chirurgie, regroupant 144 lits de chirurgie, représentant 78% de l'activité de chirurgie sur le territoire. Notons que la clinique du Dr Honoré CAVE propose spécifiquement des lits d'hospitalisation ophtalmologie et ORL.

Le Centre Hospitalier de Montauban possède des unités de pédiatrie et de médecine gériatrique. La clinique Croix-Saint-Michel propose également des hospitalisations de court séjour en gériatrie.

L'activité de SSR et SLD est proposée par le CH de Montauban avec 50 lits de SSR et 30 lits de SLD. 10 places en hospitalisation partielle proposés au sein du service de SSR.

L'offre du CH de Montauban est également complétée par 30 places en hospitalisation à domicile, dont une spécialité de psychiatrie.

Deux services d'accueil des urgences sont présents sur le territoire, au CH de Montauban et à la clinique du Pont de Chaume. Le nombre de passages est trois fois plus important au CH de Montauban, avec environ 34 000 passages par an. Les deux établissements sont dotés de services de réanimation, avec 3 873 passages en 2020.

2 maternités sont présentes sur le territoire, dont une maternité de niveau 2 (CH de Montauban). Trois établissements peuvent réaliser des actes d'IVG, même si plusieurs professionnels précisent des difficultés d'accès à l'IVG.

Au niveau des activités autorisées,

- Les séances de chimiothérapie sont réalisées par le CH de Montauban et la clinique du Pont de Chaume où il existe aussi une offre de radiothérapie;
- L'activité de cardiologie est réalisée à la clinique du Pont de Chaume (cardiologie interventionnelle) et au CH de Montauban . Il n'existe pas d'offre en chirurgie cardiaque ;
- Le traitement de l'insuffisance rénale par dialyse est réalisé à la clinique du Pont de Chaume ;

Au niveau des équipements, le territoire est équipé de 4 scanners et de 3 IRM. La clinique du Pont de Chaume est équipée de 2 caméras à scintillation.

Les médecins généralistes, urgentistes et spécialistes exercent de façon salariée au sein de l'hôpital de Montauban et en mode d'exercice libéral au sein des 3 autres cliniques.

SYNTHESE OFFRE HOSPITALIERE MCO

OFFRE HOSPITALIERE MCO	
Forces	Faiblesses
Territoire CPTS 2 maternités dont une de niveau 2 2 services d'urgence Offre en lits d'hospitalisation 3 Ets pratiquent l'IVG	Territoire CPTS Pas de structures en urgences pédiatriques sur le territoire Pas de maternité de niveau 3 Pas d'activité de chirurgie cardiaque Offre hospitalière fuite de 1/4 séjours vers Toulouse Fermeture d'une des maternités amenant le nombre de 3 à 2 maternités en octobre 2021
CH Montauban : Unité de pédiatrie et néonatalogie (CH MTB) 2 Unités de médecine gériatrique 1 maternité de niveau 2 – activité la plus importante parmi les 2 maternités (23 lits – 1 463 séjours) 50 lits de SSR 30 lits SLD Offre HAD – 30 places Service urgences, SMUR, SAMU Activité interventionnelle en cardiologie 114 spécialités médicales 39 IDE avec spécialisation	CH Montauban : Offre ambulatoire Pas de lit ambulatoire en gynécologie-obstétrique

15 médecins généralistes 2 odontologistes Service social	
Clinique PDC Activité de chirurgie la plus importante Offre chirurgie et médecine ambulatoire Service urgence Traitement insuffisance rénale Activité interventionnelle en cardiologie 1 place ambulatoire en gynécologie obstétrique (122 séjours) Séances ambulatoires Séjours en réanimation Scintigraphie 1 assistant de service social	Clinique PDC Fermeture de la maternité fin 2021 Pas de MG (Hors urgentistes) Pas d'IDE avec spécialisation Pas de personnel de rééducation Pas de gériatrie
Clinique Honoré Cave Spécialité activité chirurgicale 2 spécialités de pointe (ophtalmologie et ORL) Un odontologiste 2 IDE avec spécialisation	Clinique Honoré Cave Pas de service d'urgence Pas de psychologue Pas d'assistant de service social
Clinique Croix Saint-Michel 51 lits de chirurgie 1 maternité niveau 1 Offre ambulatoire gynécologie-obstétrique 1 personnel de rééducation	Clinique Croix Saint-Michel Pas de service d'accueil des urgences Pas de psychologues Pas d'assistant de service social Pas d'odontologiste

2.6.5.2 SSR à compléter lors du recrutement du coordinateur (post signature ACI)

2.6.5.3 HAD à compléter lors du recrutement du coordinateur (post signature ACI)

Somatique

(Psychiatrique : cf offre de soins en santé mentale)

2.6.5.4 PSYCHIATRIE

(cf Offre de soins en santé mentale)

2.6.6 Offre de soins en santé mentale

2.6.6.1 Démographie professionnelle

Psychiatre

Infirmière

Psychologue

2.6.6.2 Organisation des services de psychiatrie

2.6.6.2.1 CH Montauban

Le département est caractérisé par une offre hospitalière publique avec un pôle de psychiatrie rattaché au CH de Montauban : 115 lits en 2020 dont 8 en psychiatrie infanto-juvénile. La file-active globale est de 656, dont 56 pour la psychiatrie infanto-juvénile. 18 psychiatres et 16 psychologues composent l'équipe de psychiatrie. Il existe 2 unités spécifiques de gérontopsychiatrie. L'offre ambulatoire est composée de 2 CMP et de 2 CATTP. Il existe également 3 places en hospitalisation de jour pour adultes.

La psychiatrie adulte est organisée en 3 secteurs.

La psychiatrie infanto-juvénile est organisée en 1 secteur.

Les missions ambulatoires du secteur de psychiatrie enfant sont assurées :

- En propre par les CMP relevant du CH de Montauban pour une partie du territoire sur les zones de l'ouest du département.
- Pour la partie Est du département, les activités sont mises en œuvre par le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) Ingres, établissement médico-social géré par l'ASEI, dans le cadre d'une délégation de service.

Voici une synthèse de l'existant en psychiatrie infanto-juvénile :

Offre hospitalière	CH Montauban Pôle mère-enfant USAHC ³³
Offre ambulatoire	CMP (CH Montauban) CMPP Ingres (ASEI) Hôpital de jour pour adolescents Hôpital de jour pour enfants Ados : 1 CAMPA ³⁴ , un réseau ado, 1 MDA, 1 GEM Ado Pas de pédopsychiatre libéral
Offre médico-sociale	1 CAMSP 1 CMPP 1 ITEP (60 places) 4 IME 6 SESSAD 1 UEMA ³⁵

2.6.6.2.2 Fondation John Bost

Cette offre publique est complétée par l'offre privée proposée par la Fondation John Bost, située également à Montauban, avec 30 lits de prise en charge à temps complet assurant un accompagnement dans la réhabilitation psycho-sociale, avec une équipe mobile de réhabilitation, 3 places en unité de resocialisation (appartement thérapeutique) et 3 places en hôpital de jour.

33 Unités de Soins pour Adolescents : Hospitalisations et Consultations

34 Centre Médico-Psychologique et Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel pour adolescents (ouvert du lundi au vendredi)

35 UEMA : Unité d'Enseignement Maternelle Autisme

2.6.6.3 Des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont présents sur le territoire.

Le but du GEM est d'offrir à ses adhérents un espace convivial où ils peuvent se retrouver, s'entraider et organiser des activités visant tant au développement personnel qu'à la création de liens avec l'environnement social.

Les objectifs visés sont de :

- Proposer des activités favorisant l'expression et la créativité de chacun
- Rompre l'isolement en essayant de restaurer et de maintenir les liens sociaux.

Voici les GEM présents sur le territoire :

- Le GEM « Partage et Loisirs » accueille 30 usagers adhérents vivant chez leurs parents, en famille d'accueil, en maison de retraite, en maison relais ou seuls, à leur domicile.
- J'M 82
- GEM sans différence
- GEMADO – 16 à 25 ans

2.6.6.4 Le Conseil Local en Santé Mentale de la ville de Montauban

Le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) de la ville de Montauban est le dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet « santé mentale » du Contrat Local de Santé de Montauban dont il constitue un des axes de travail. Il s'agit d'une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

2.6.7 Offre de soins en addictologie

2.6.7.1 Le CH de Montauban

Le pôle addictologie prend en charge l'ensemble des addictions (aux produits ou comportementales) : tabac, alcool, cannabis, héroïne et cocaïne, ... mésusage de médicaments, addiction aux jeux, addictions alimentaires, addiction au sexe, ...

La prise en charge se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire proposant une approche globale, médicale, psychologique et sociale.

Le département d'addictologie, correspondant à un niveau de recours 2, est composé :

- D'une consultation hospitalière d'addictologie (CSAPA) : accès direct ou sur adressage par le médecin traitant. La prise en charge y est anonyme et gratuite.
- D'une équipe de liaison (ELSA) : équipe intra-hospitalière assurant la coordination en addictologie
- D'un secteur d'hospitalisation pour des sevrages simples ou complexes. Le service d'Addictologie – Médecine polyvalente est une unité de soins ouverte. Le service est composé d'une unité de 10 lits consacrés aux sevrages programmés. Ils se font le plus souvent à la suite du travail de consultation spécialisé addictologique. Ils peuvent aussi se faire à la demande du médecin traitant ou d'autres spécialités ; ils peuvent être préparés à une admission dans un SSR addictologique et s'inscrivent dans un parcours concerté.

2.6.7.2 L'Association Addictions France (anciennement ANPAA)

L'Association Addictions France est implantée dans le Tarn-et-Garonne, avec notamment la présence d'un CSAPA (consultation en addictologie).

2.6.7.3 Le Centre d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) EPICE 82

Celui-ci assure :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité (proposés de préférence sur place), l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers (aller vers)

2.6.8 L'accompagnement socio-sanitaire

L'accompagnement socio-sanitaire est proposé par plusieurs acteurs implantés dans le département :

- L'action du CH de Montauban :
 - o Via la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) généraliste et psychiatrique ;
 - o Via l'Equipe Mobile psychiatrie Précarité (EMPP)
- L'action de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie :
 - o Centre d'Examen de Santé : il offre un bilan de santé gratuit accessible tous les 5 ans et s'adresse prioritairement aux personnes éloignées du soin ou en situation de précarité ;
 - o MISAS : service destiné à améliorer l'accès aux droits et limiter le renoncement aux soins
- L'action de l'association Reliance 82 :
 - o Lits Halte Soins Santé (LHSS) avec 24 places : Les LHSS offrent une prise en charge sanitaire et sociale aux personnes rencontrant une pathologie aiguë, nécessitant des soins sans relever d'une hospitalisation et en situation d'hébergement précaire, insalubre ou d'absence de logement. La prise en charge sur les LHSS est déterminée par le médecin coordonnateur des LHSS en fonction de la pathologie du demandeur et ne peut excéder quatre mois de prise en charge ;
 - o Pôle Enfance et Famille, comprenant un lieu d'accueil et d'accompagnement axé sur la parentalité, et un appartement relais (VIF) dédié aux femmes victimes de violences conjugales ou intrafamiliales ;
- L'action de l'association UCRM via les lits de coordination thérapeutique (ACT) : structures d'hébergement temporaire de personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, porté par l'Union Cépière Robert Monnier, assurant une coordination médico-sociale ; 8 lits

Des services de droit commun de prévention, d'accompagnement et prise en charge en santé sont présents sur le territoire, en lien avec le champ du social : la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la santé scolaire, la santé au travail, le CAMSP et les services sociaux tels que les CCAS et les maisons des solidarités. Concernant les populations détenues, il existe une unité UHSA pour les soins dentaires, les soins en addictologie et de prévention.

2.6.9 L'accompagnement médico-social

2.6.9.1 L'accompagnement des personnes âgées

Au-delà de l'offre hospitalière et de professionnels de santé libéraux, le territoire de la CPTS est doté d'une plateforme d'accompagnement et de répit porté par l'APAS 82.

Un CLIC est également porté par la mairie de Montauban.

Voici ci-dessous un récapitulatif de l'offre médico-sociale proposée sur le territoire :

- 1 SSIAD (162 places)
- 2 centres de jour (20 places)
- 9 EHPADs (672 places)
- 2 EHPA (19 places)
- 1 résidence autonomie (16 places)

2.6.9.2 L'accompagnement des personnes en situation de handicap

Voici la liste des acteurs gestionnaires des établissements et services présents sur le territoire :

- La Fondation OPTEO - <https://fondation-opteo.fr/> - Enfants et Adultes – IME, FH, MAS, FV, SAVS, SAMSAH, GEM, ESAT ;
- L'ASEI - <https://www.asei.asso.fr/> - MAS, IEM, SESSAD, FAM, CMPP, SPIJ, PCPE ;
- L'Association Résilience Occitanie - <https://www.res-o.fr/> - Enfants – IME, SESSAD, UEMA ;
- L'ARSEAA – <http://www.arseaa.org/pole/pole-pousinies-bordeneuve> ESAT, FH, FV, SAVS, SAMSAH, MAPHV, FAM ;
- L'association Centre Bellissen – <http://www.bellissen.org/> - Enfants et Adultes – IME, SESSAD, FO, AJ, FAM.

2.6.9.2.1 Établissements et services pour l'enfance et la jeunesse en situation de handicap

Sur le territoire de la CPTS, l'offre médico-sociale en direction des enfants en situation de handicap est composée de :

- 4 Instituts Médico Educatifs (IME) avec au total 216 places (En direction des déficients mentaux et handicapés) :
 - o IME Pierre Sarraut – Montauban – 78 places – Fondation OPTEO
 - o IME Centre Bellissen – *Montbeton* – 55 places – Association Centre Bellissen
 - o IME Pech Blanc – Lamothe Capdeville – 50 places – Croix-Rouge Française
 - o IME Paul Soulié – Montauban – 33 places – Résilience Occitanie
- 1 I.T.E.P. de 60 places – ITEP les Albarèdes – ASEI (Pour les troubles des conduites et du comportement)
- 1 Institut pour les enfants Handicapés moteurs (Institut d'Education Motrice (I.E.M.) Fonneuve) de 26 places - ASEI
- 6 Services à domicile (SESSAD) avec au total 140 places :
 - o SESSAD Bellissen – 28 places – Association Centre Bellissen
 - o SESSAD Paul Soulié – 49 places – Résilience Occitanie
 - o SESSAD Le Pech Blanc – 13 places – Croix Rouge Française
 - o SESSAD Pierre Sarraut – 16 places – Fondation OPTEO
 - o SESSAD Les Albarèdes – 26 places – ASEI
 - o SESSAD Antenne IJA (Institut des Jeunes Aveugles) – 20 places – IJA
- 1 C.M.P.P (Centre Médico-Psycho-Pédagogique)
- 1 C.A.M.S.P. (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
- 1 Unité d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA) à Montauban – Résilience Occitanie (RESO) – 7 places

Une des particularités du territoire et du département est de ne pas disposer d'institut pour déficients sensoriels (visuels et auditifs).

De plus, il ne dispose pas non plus d'établissements d'hébergement pour enfants en situation de handicap (centres d'accueil familial spécialisé, établissement d'accueil temporaire ou foyer d'hébergement).

Dans le champ de l'enfance, le taux d'équipement en établissements pour le département est inférieur au taux d'équipement régional et national. Pour les services médico-sociaux, le taux d'équipement correspond au taux régional et apparaît comme supérieur au taux national. Une des particularités du département est qu'il ne dispose que d'un seul ITEP et d'un seul IEM.

Plusieurs associations ont été citées par les professionnels pour soutenir la prise en charge des enfants atteints d'un handicap :

- L'association Occitadys ;
- La bulle en TED (<https://billeented.fr/>) regroupant des éducatrices en libéral, afin de soutenir l'accompagnement des enfants atteints de troubles autistiques ;
- L'association Bulle d'air, pour accompagner les aidants.

2.6.9.2.2 Etablissements et services pour adultes en situation de handicap

Sur le territoire de la CPTS, l'offre médico-sociale en direction des adultes en situation de handicap est composée de :

- Hébergements pour adultes en situation de handicap :
 - o 3 foyers d'hébergement (FH) – 92 places
 - o 4 foyers de vie pour adultes en situation de handicap – 130 places
 - o 3 Foyers d'Accueil Médicalisé (F.A.M) – 82 places
- Travail protégé pour adultes en situation de handicap :
 - o 4 Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) – 294 places
- 1 établissement expérimental – Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Vieillissantes (MAPHV) - 25 places
- Services de maintien à domicile :
 - o 2 SAMSAH – 30 places dont 5 places psychique et 5 places autisme portées par l'ARSEEA
 - o 3 SAVS – 84 places

2.6.9.2.3 La Maison Départementale des Personnes Handicapées

Chaque MDPH est chargée de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. La MDPH fonctionne comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

2.6.10 Les acteurs de prévention

De nombreux acteurs régionaux, départementaux et locaux interviennent sur le territoire de la CPTS de Montauban. Les thématiques abordées et les publics ciblés sont nombreux.

En voici une liste non exhaustive.

Acteurs de prévention / Réseaux	Champs d'intervention	Public visé	Territoire d'intervention
AFCCC Occitanie	Vie affective et sexuelle	Tout Public	Région
APAS 82	Lutte contre le Covid-19	Tout Public	Département
ApetCardio Occitanie	Education Thérapeutique du Patient	Patients atteints de troubles cardiaques	Région
Bouger pour s'en sortir (Maison Sport santé)	Sport et santé Employabilité	Personnes atteintes de maladies chroniques Personnes en situation de précarité	Département
CAMSP	Dépistage et suivi Handicap	Enfants 0-6 ans	Département
Comité Départemental du Sport Adapté (CDSA)	Sport adapté	Personnes en situation de Handicap	Département
Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	Santé Bucco-dentaire Dépistage des cancers COVID-19 Examens de prévention en santé	Enfants et femmes enceintes Tout Public Tout Public	Département
La Ligue Contre le Cancer	Lutte contre le cancer	Tout Public	Département
La Maison des Adolescents (MDA)	Santé mentale	Adolescents	Département
La MGEN	Multi-thèmes	Tout Public	Région
IREPS Occitanie	Compétences psychosociales	Jeunes 15-25 ans	Région
Mutualité Française Occitanie	Multi-thèmes	Tout Public	Région
Peace and sport	Sport et santé Employabilité	Personnes en situation de précarité	Département
Planning familial	Vie affective et sexuelle	Tout Public	Département
Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)	Addictions Alimentation Etc.	Mineurs sous mesure de protection	Département
Protection Maternelle et Infantile (PMI)	Soutien à la parentalité, alimentation, hygiène, développement de l'enfant, dépistage, etc.	Enfants 0-6 ans Femmes enceintes Parents	Département
REAAP 82	Soutien à la parentalité	Parents ou futurs parents	Département
REPPPOP	Prévention de l'obésité pédiatrique	Enfants en situation de surpoids	Région
Services de santé au travail (SST) SMTI	Santé au travail	Personnels salariés	Département

Unité de prévention et de dépistage CH Montauban	Vaccination Addictions CEGIDD Etc.	Tout Public	Département
UNAFAM 82	Santé mentale	Aidants de personnes atteintes de troubles psychiques	Département
UFOLEP 82 (Maison Sport Santé)	Sport et santé	Personnes atteintes de maladies chroniques	Département

Les acteurs œuvrant dans la prévention des addictions (Addiction France, EPICE 82) sont présentés à la page 47 de ce projet de santé.

Notons l'importance particulière que jouent les infirmières ASALEE, les pharmaciens et les médecins traitants dans les messages de prévention apportés au patient :

- L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien. L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale". L'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne notamment que ces derniers contribuent aux soins de premier recours (parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage), peuvent effectuer certaines vaccinations, dont la liste est fixée par arrêté ministériel et peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.
- Concernant les infirmières ASALEE : elles ont une mission de santé publique incluant la prévention des maladies cardio-vasculaires et respiratoires avec la lutte contre le tabagisme, le développement de l'activité physique

2.7 DEMANDES EN SANTE

Une partie qui pose la question des Usagers et sera donc travaillé après le recrutement du coordinateur (post signature ACI)

2.7.1 Démocratie

2.7.2 IREPS santé perçue

3. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET

3.1 ORIENTATIONS

3.1.1 Diagnostic de santé

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

3.1.2 Enjeux

Voici les principaux enjeux repérés par les professionnels au regard du diagnostic :

1. Améliorer la **confiance de la population** envers notre système de santé, en donnant davantage la parole aux usagers, mais aussi par la création d'un comité éthique ;
2. **Diminuer les inégalités** territoriales de santé par une amélioration de l'accès aux soins pour les personnes qui en sont le plus éloignées (personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, nouveaux arrivants), par un meilleur repérage et orientation des personnes en besoin de soins ;
3. **Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées** et mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ;
4. Faire **fructifier une culture pluriprofessionnelle et des pratiques collaboratives** par le développement des outils de coopération et de coordination, la mise en place de protocoles communs, des formations pluriprofessionnelles, etc. ;
5. **Améliorer la prise en charge des situations complexes** en associant les professionnels de santé libéraux à la structuration du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) ;
6. Développer **le lien ville-hôpital** notamment
 - 1-favoriser **l'interface avec les soins ambulatoires** (UMA, UCA, CMP),
 - 2-**organiser en pertinence les sorties d'hôpital**
7. Proposer un accompagnement adapté dans **la réhabilitation des personnes atteintes de pathologies chroniques** ;
8. Développer et structurer **les actions de prévention** proposées par les acteurs de soins du premier recours.

3.1.3 Méthode projet

Nous avons constitué quelques groupes de travail afin de décliner opérationnellement ces orientations en les structurant autour des trois missions socles et des deux missions complémentaires définies dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Ce travail collaboratif a été réalisé à l'aide de « fiches missions » sur lesquelles nous avons précisé, pour chaque action :

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

3.1.4 Missions Axes

Voici un tableau récapitulatif des principaux axes d'amélioration retenus :

Intitulé de la mission	Axes d'amélioration
Action transversale (avec actions 1 2 5)	Axe 1 : favoriser l'adhésion des professionnels libéraux à la CPTS de Montauban
1.1 Faciliter l'accès à un médecin traitant	Axe 1 : définir les patients sans médecin traitant Axe 2 : créer une collaboration entre médecins pour répartir les patients sans médecin traitant Axe 3 : créer un outil d'orientation pour la population
1.2 Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	Axe 1 : mettre en œuvre une organisation coordonnée en réponse aux besoins de soins non programmés Axe 2 : orienter vers les soins de ville les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation Axe 3 : créer une articulation avec le futur SAS
2 Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	Axe 1 : améliorer la prise en charge des maladies chroniques : protocoles de coopération, développement des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) Axe 2 : mieux préparer la sortie d'hospitalisation des personnes âgées Axe 3 : améliorer la coordination des prises en charge en santé mentale ; Axe 4 : développer les équipes de soins primaires
3 Développement d'actions coordonnées de prévention	Axe 1 : prévention de la polymédication des personnes âgées et des personnes en situation de handicap Axe 2 : développer des actions de prévention en nutrition et activité physique Axe 3 : développer des actions de prévention dans le domaine de la petite enfance Axe 4 : améliorer l'accompagnement de l'arrêt du tabac
4 Développement de la qualité et de la pertinence des soins	Axe 1 : mettre en place un comité éthique Axe 2 : favoriser la démocratie sanitaire
5 Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Axe 1 : accompagner les professionnels autour de la prise en charge des addictions des patients Axe 2 : accompagner le développement des outils numériques Axe 3 : améliorer la qualité de vie au travail Axe 4 : développer les formation pluriprofessionnelles

3.2 DEFINITION DES MISSIONS

3.2.1 Points-clés

Les points clés

- Inclusion des PS
- Accès aux soins : MT et SNP

3.2.2 RECAPITULATIF DES ACTIONS ET DES PILOTES

3.2.3 MISSION TRANSVERSALE : INCLUSION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

LIBELLE DE L'ACTION

4.2.3. Inclure les professionnels de santé dans la CPTS de Montauban

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION TRANSVERSALE (1 2 5)

Pilote

LIGNIERES Arnaud
USANDIZAGA Bénédicte

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes et autres professionnels adhérent de la CPTS
Référents N3

Problématiques constatées

Taux d'inclusion à 8% sur la LDI 11.01.2021 dont 30 % de médecins généralistes (19/60)

Objectif (soins de 1^{ers} recours) opérationnel (soins de 1^{ers} recours)

Inclure les professionnels de santé dans la CPTS de Montauban notamment les médecins de soins de 1^{ers} recours

Public cible

Professionnels de santé libéraux des soins de 1^{er} recours et soins de 2nd recours du territoire de la CPTS de Montauban (550 professionnels environ)

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

Identification des professionnels de santé du territoire de santé et des référents monoprofessionnels
Mode opératoire de contact de chaque professionnel de santé
Trace de la réponse inclusion : oui ou non dans l'annuaire + base de données (ABD) + questionnaire des vécus
Inclusion des professionnels de santé volontaires notamment dans les groupes de travail et actions
Adapter la démarche à chaque profession de santé notamment les médecins (secrétariat) ou les infirmières (zones de santé)
Suivi des indicateurs (ABD) et évaluation régulière
Communication de résultats (newsletter)

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

Taux de professionnels contactés : PS contactés / PS identifiés
Taux d'adhésion : PS adhérents / PS contactés
Taux de refus : professionnels de santé refusant / contactés - Structure des refus par cause
Taux de sans réponse au bout de 3 contacts : non / contactés 3 fois
Taux de participation aux groupes de travail : PS émargeant / PS adhérent
Taux de rémunération par la CPTS hors N4 : rémunération attribuée / rémunération théorique disponible

Planning prévisionnel de mise en œuvre

Mars 2022 : nomination coordonnateur et fonction secrétariat administratif pour démarrage
Avril 2022 : nomination et mission, action des N3 + action coordonnateur
Mai à décembre 2022 : tableau de bord

Estimation des moyens nécessaires – Logistiques

Feuilles de routes et formation N3
Téléphone
Questionnaire formulaire adhésion
Base ABD Excel
Newsletter

Estimation des moyens nécessaires – Numériques/Informatiques

Questionnaire Google forms
Excel

Estimation des moyens nécessaires – Humains

*Coordonnateur CPTS
Secrétariat administratif
Référents N3 monoprofessionnel*

Inventaire des ressources déjà disponibles

*Ressources numériques
Référents N3 monoprofessionnel identifiés pour certaines professions*

Identification des freins et leviers

*Freins : absence des sens pour les professionnels de santé, implication faible des professionnels de santé notamment des médecins généralistes, méconnaissance des leviers de motivation face à une communauté professionnelle peu répondante.
Leviers : planification très claire, ressources désormais disponibles*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Cf budget

3.2.4 MISSION SOCLE 1 : ACCES A LA SANTE ET AUX SOINS

Mission socle Accès à la santé et aux soins	Priorité	Fiche-Action	Budget
Faciliter l'accès à un médecin traitant	1	OUI	Fixe : 17 500 euros Variable : 17 500 euros
Faciliter la prise en charge des soins non programmés en ville	1	OUI	Compensation des professionnels de santé : 12 000 euros Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés : 45 000 euros
Faciliter l'accès direct aux kinésithérapeutes et aux pharmaciens	2	NON	
Améliorer le lien ville-hôpital	2	NON	

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.4.1 1.1 Faciliter l'accès à un médecin traitant

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

ACCES AUX SOINS

Financement mixte avec mission accompagnement

Pilote

GOYA Mireille – Médecin Généraliste – m.goya-lavigne@orange.fr

BIRAGUE Elise – Médecin Généraliste - @

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes adhérents de la CPTS
Bureau CPTS

Problématiques constatées

Patients sans médecin traitant : identifiés par CPAM
Un peu moins de 10% de la population consommatrice de soins n'a pas de MT.
3,9% de patients en ALD sans MT. 4,3% des + de 70 ans sans MT.
Une part importante de la population précaire sans MT – Inégalités d'accès importante entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CSS (Ecart de 9,3 points de %).
Difficultés à trouver un MT pour les nouveaux arrivants.
Des médecins qui partent à la retraite ne sont pas remplacés.
Une accessibilité problématique pour les personnes dépendantes par difficulté des médecins généralistes à assurer les visites à domicile

Objectif(s) opérationnel(s)

Diminuer le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS

Public cible

Personnes en situation de précarité bénéficiaires de la CSS
Personnes en ALD
Personnes âgées de + de 70 ans
Nouveaux arrivants

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

Recenser les patients sans MT (CPAM, urgences, services sociaux, établissements, exercices coordonnés de soins de 1^{ers} recours ...) :

- Prioriser les publics visés : ALD, >70 ans très dépendant, C2S (complémentaire solidarité santé)
- Recenser les patients sans Médecin traitant à partir
 - des outils de l'assurance-maladie qui informe la coordination de la CPTS de Montauban
 - des acteurs de terrain : professionnels de soins de 1^{ers} recours notamment pharmacien infirmier, coordination CPTS, DAC.

La CPTS sera à l'interface entre le patient et le médecin traitant.

*Recenser les nouveaux médecins dans le dispositif par la coordination de la CPTS de Montauban
Créer un outil de communication afin de recenser les professionnels susceptibles d'accueillir les nouveaux patients (réunions, espace d'échanges collaboratif, organisation géographique, ...)*

La prise en charge de ces patients sera pluriprofessionnelle (MT pas seul) complétée d'une gestion des cas complexes (DAC en recours)

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

*Progression du nombre de **MG participants**
Progression du nombre de personnes avec MT / population de la communauté professionnelle
Réduction du % de patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de + de 70 ans, ou couverts par la CSS en fonction des besoins identifiés sur le territoire*

Planning prévisionnel de mise en œuvre

*Juin 2023 au plus tard (6 mois max post signature ACI) : démarrage
Janvier 2024 : déploiement de l'action
Janvier 2026 : mission déployée
Janvier 2028 : évaluation finale*

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

*Outils de recensement et de communication (outil informatique, espace d'échange collaboratif, outil de communication envers la population)
Salle de réunion (lien avec les acteurs du recensement, groupe de travail médecins)*

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

Espace d'échange collaboratif type SPICO

Estimation des moyens nécessaires - Humains

*Temps de coordination
Temps de secrétaire administrative*

Inventaire des ressources déjà disponibles

--

Identification des freins et leviers

Freins : baisse de la démographie médicale et hausse des patients priorités, crainte des contraintes supplémentaires, pas de meilleure valorisation pour le médecin traitant d'un patient polypathologique (1 = 4),

principal frein à l'engagement des médecins généralistes dans les CPTS

Leviers : diminution de la charge en soin pour le médecin traitant, développement de la pluriprofessionnalité autour du patient, constitution de 2 nouvelles MSP sur le territoire, aides à la pratique des MG, attrait pour les jeunes médecins, implication de l'assurance-maladie, implication croissante des médecin traitant (cercle vertueux)

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

17500 (budget fixe)

17500 (budget variable)

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.4.2 1.2 Faciliter la prise en charge des soins non programmés en ville

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

ACCES AUX SOINS

Pilote

BIRAGUE Elise – Médecin Généraliste –

RAMON Stéphane – Infirmier

BISSON Florent – Pharmacien

GOYA Mireille – Médecin Généraliste – m.goya-lavigne@orange.fr

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes et spécialistes (gynécologues obstétriciens, pédiatres ...)

Chirurgiens-Dentistes

Kinésithérapeutes

Sage-femmes

Pharmaciens

IDE

CMSI

Médecins régulateurs SAMU et libéraux

CH de Montauban

Clinique du Pont de Chaume

Clinique Honoré Cave

Intercpts Tarn-et-Garonne

Problématiques constatées

Saturation des urgences :

Le service des urgences de l'hôpital de Montauban présente une part élevée de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, avec 14 884 patients en 2019 (23,1% des passages). Cette part est plus élevée que celle du département (+2,9 points), de la Région Occitanie (+1,7) et de la France (+0,9).

Au 1^{er} juillet 2022, l'accès direct à ce service a été suspendu et remplacé par un accès totalement régulé par le SAMU et/ou la régulation libérale

Orientation inadaptée vers les professionnels de santé libéraux :

Touche toutes les professions, patients non diagnostiqués, non prise en charge de la douleur,

Objectif(s) opérationnel(s)

Répondre de manière adaptée à la demande d'un patient du territoire en demande de soins non programmés sous 24 à 48h

Mettre en œuvre une organisation coordonnée pluriprofessionnelle en réponse aux besoins de soins non programmés

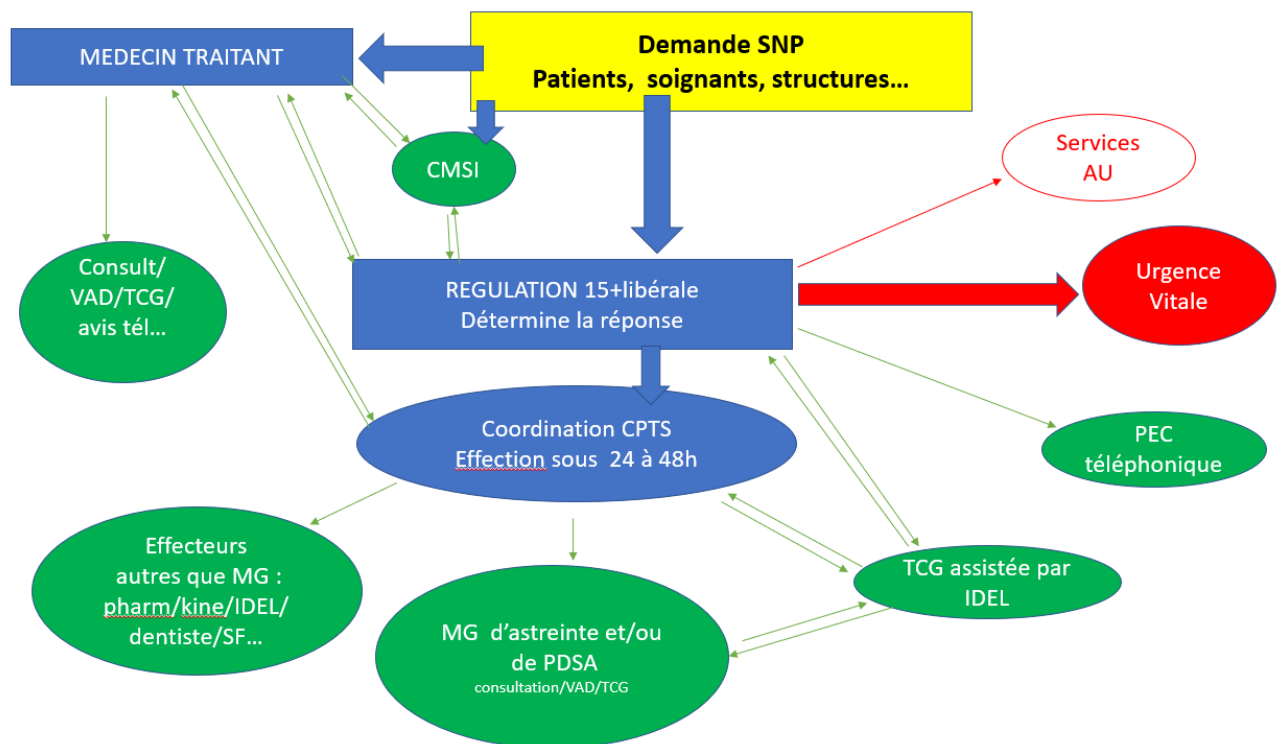
Participer à la mise en place du SAS en lien avec l'interCPTS82 et le SAMU82

Public cible

Personnes en situation de demande de soins non programmés

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches -

- Participer à la mise en place et au fonctionnement du SAS
- Collaborer avec le CMSI
- Mettre en œuvre les protocoles nationaux d'accès direct aux kinésithérapeutes et pharmaciens
- Développer la téléconsultation assistée par IDE au domicile du patient en demande soins non programmés, en continuité des soins
- Inclure d'autres professionnels en tant qu'effecteurs de la réponse aux demandes de soins non programmés
- Créer un annuaire global de ces professionnels
- Créer un numéro unique sur le territoire permettant d'organiser l'effection de la demande régulée
- Organiser et financer le transport des patients vers les lieux de soin hors transports sanitaires
- Développer les admissions directes en hospitalisation des personnes âgées
- Demander le financement spécifique dédié à l'orientation des demandes de soins non programmés.



Indicateurs retenus de suivi et de résultats

Nombre de patients adressés par le SAS au médecin généraliste dont MT, au kinésithérapeute, au pharmacien en accès direct.
Part des admissions directes des personnes âgées en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville
Nombre de téléconsultations assistées par IDE
Nombre de professionnels de santé participant en tant qu'effecteur

Planning prévisionnel de mise en œuvre

Jun 2023 : démarrage
Janvier 2024 : déploiement de l'action
Janvier 2025 : mission déployée
Janvier 2028 : évaluation finale

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

Outils de communication
Salle de réunion

Estimation des moyens nécessaires - Numériques

Matériel informatique et bureautique, standard téléphonique, agenda partagé
Matériel de téléconsultation pour les IDEL
Logiciel

Estimation des moyens nécessaires - Humains

Temps de coordination CPTS (inclusion des professionnels, agenda partagé, annuaire, ...)
Poste secrétariat

Inventaire des ressources déjà disponibles

--

Identification des freins et leviers

Freins :
Insuffisance en temps régulateur libéral
Pas de régulation déportée sur les soins de 1^{ers} recours
Modélisation de l'organisation cible
Professions médicales en tension croissantes

Leviers :
Mesure Braun : synthèse à remettre
Mise en œuvre du SAS
Régulation de l'accès aux urgences
Existence des protocoles nationaux d'accès direct kiné et pharmaciens

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Compensation des professionnels de santé : 12 000 euros
Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés : 45 000 euros
Financement spécifique SAS

Arthur Contenssou

3.2.5 MISSION SOCLE 2 : ORGANISATION DE PARCOURS PLURI-PROFESSIONNELS AUPRES DES PATIENTS

Mission socle Parcours	Priorité	Fiche-Action	Budget
Améliorer le parcours de la personne atteinte de maladie chronique	1	OUI	22 500 11 250 volet fixe
Améliorer le parcours en santé mentale	1	OUI	22 500 11 250 volet fixe
Mieux préparer la sortie d'hospitalisation des personnes âgées	1	OUI	22 500 11 250 volet fixe
Développer les équipes de soins primaires	1	OUI	22 500 11 250 volet fixe
Améliorer le parcours de la personne en situation de handicap	2	NON	
TOTAL BUDGET			90 000 euros 45 000 volet fixe 45 000 volet variable

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.5.1 2.1 Améliorer le parcours de la personne atteinte d'une Insuffisance cardiaque

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 2 : PARCOURS

Pilote -

JP Labarre
Stéphanie Vanseveren

Membres du groupe de travail

Cardiologues :
Médecin de soins de 2nd et 3^{ème} recours
établissements de santé privés : Clinique Boyé, Clinique du Pont de Chaumes, CRF Lomagne
établissements de santé publics : CH Montauban
Médecins généralistes traitants
Diététiciens
Kinésithérapeutes
IDE
Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)
IDESP ASALEE
Pharmaciens
Ergothérapeutes
Psychologues
Éducateurs APA
Associations d'usagers

GOYA Mireille – Médecin généraliste
LABARRE Jean-Philippe – Cardiologue
LARROUTURU Mathieu – Enseignant en activité physique adaptée (APA)
Pharmacien
Stéphanie Vanseveren
InterCPTS82
DAC82

Problématiques constatées

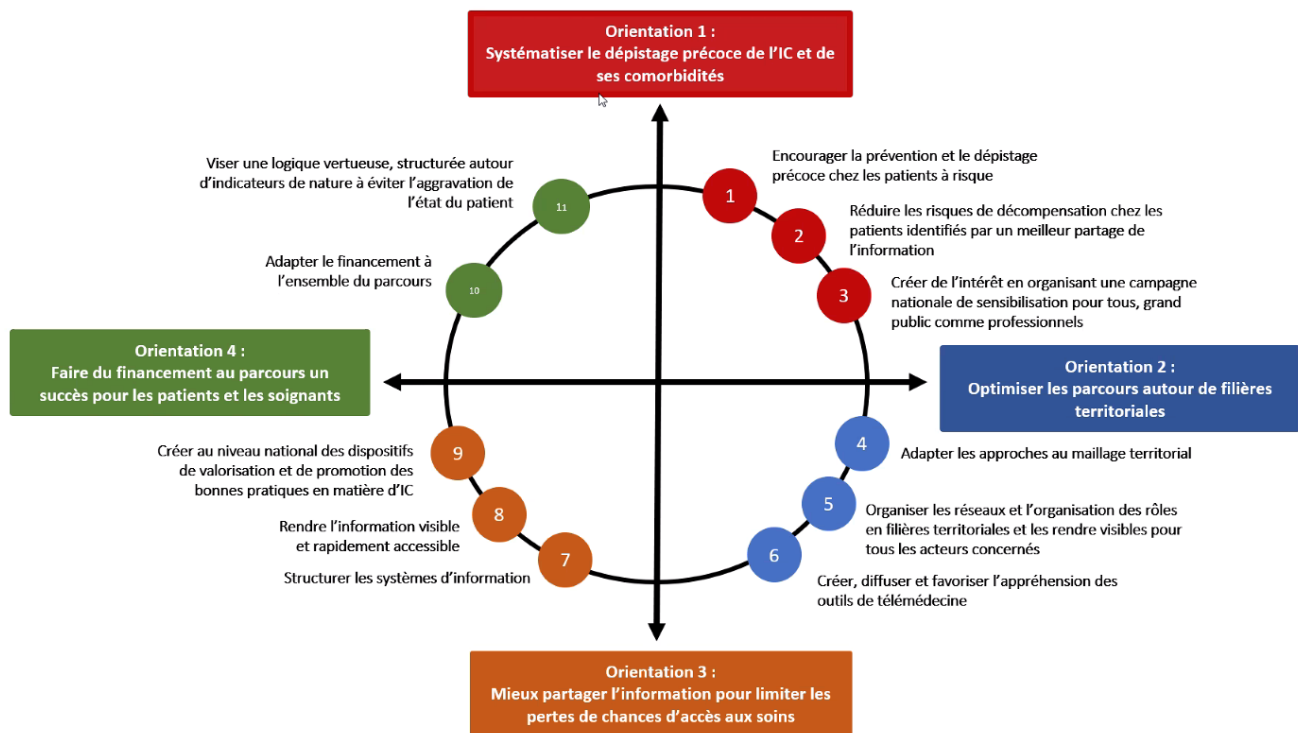
- Résumé de l'ODT à rédiger (pièce jointe)
- Les **maladies coronaires** avec **2,5%** des patients consommateurs de soins (2 039 patients) ;
- Les **insuffisances cardiaques graves**, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves avec **2,4%** des patients consommateurs de soins (1 909 patients).

Objectif(s) opérationnel(s)

Organiser la réhabilitation des patients atteints de maladie chronique dans le parcours de soin (insuffisance cardiaque, diabète, obésité)
Faciliter l'orientation des personnes dans le système de soins

Faire connaître les programmes en ETP et faciliter leur prescription
 Organiser la pluriprofessionnalité autour du patient

Rappel Optim'IC



Public cible

Patients atteints de maladies chroniques (Insuffisance cardiaque, obésité, diabète, cancer, maladie de parkinson et maladies neurodégénératives, santé mentale)

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

- Aider au développement des nouveaux outils de coordination (DMP, SPICO, ...)
- Participer au parcours de soins Insuffisance cardiaque
- Développer l'Education Thérapeutique du Patient en pathologies chroniques
- Participer au PPAC et au développement des soins de support

Les informations concernant la mise en œuvre de l'action (planning, indicateurs, moyens nécessaires,...) seront des éléments affinés lors de l'arrivée du coordinateur. Ce dernier sera à même d'évaluer avec le recul nécessaire ces points de cadre.

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

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (*salle réunions, fournitures bureau...*)

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (*identifier besoins*)

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

Identification des freins et leviers

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.5.2 2.2 Améliorer la coordination des prises en charge en santé mentale

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 2 : PARCOURS ET COORDINATION

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Stéphanie Vanseveren - Idel – stephanie.vanseveren32@gmail.com

Mireille Goya – Médecin Généraliste – m.goya-lavigne@orange.fr

Membres du groupe de travail -

Professionnels de santé libéraux : MG, psychologues, IDE libérales, pharmaciens, ...

Établissements médicaux-sociaux et sociaux

CH Montauban

Mairie de Montauban, CLSM

Réseaux de santé

Éducation Nationale

Associations d'usagers Familles de patients

Mme Stéphanie Vanseveren, Infirmière libérale ;

Mme Delphine Serveille, psychologue ;

M. Gilles Thières, psychologue ;

Mme Sylvie Blatché, infirmière libérale ;

Mme Brugiroux, infirmière en santé mentale, Relience 82 ;

M. Fabrice Caton, Directeur, Fondation John Bost ;

Mme Florence Cambon-Chevalier, Pharmacienne ;

Mme Sophie Chaumerliac, Pharmacienne ;

Dr Charlotte Dumez, Psychiatre en libéral ;

Dr Marie Jouvent, Médecin Généraliste ;

Dr Sylvain Dupouy, Pédopsychiatre et responsable de l'unité de pédopsychiatrie, CH Montauban ;

Dr Chantal Martinez, Psychiatre, CH Montauban (ou représentant CMP / HDJ / Cadre de santé) ;

Dr Mustapha Mezeraï, Psychiatre, chef de pôle, CH Montauban

Dr Sarah Delanys ?

Dr François Olivier, Psychiatre, coordinateur de l'unité HAD du CH Montauban, Président de la FERREPSY ;

Cadre supérieur de santé : F. Sintès et / ou F. Vidal

Voir Thierry Dolut (qui est à la retraite)

Dr Séverine Pavoine, Pédopsychiatre, réseau Resado 82 ;

Dr Thomas Sabrié, Médecin Généraliste ;

Mme Brigitte Suarez, Infirmière conseillère technique, Éducation Nationale ;

Mme Bénédicte Usandizaga, infirmière ASALEE ;

Mme Suzy Vinant, Mme Geneviève Lafougère, M. Pierre Defrance-Jublot, UNAFAM 82

Travailleur social ? UDAF,

GOS CLSM

Projet Territorial de Santé Mentale - Coordinateur

interCPTS82

DAC82

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

- Médecins généralistes confrontés à de nombreux motifs de consultation pour troubles psychiques

- Manque de communication entre psychiatres, généralistes, psychologues, pharmaciens, IDEL
- Manque d'effectifs en psychiatres et notamment pédo-psychiatres
- Difficultés financières d'accès aux psychologues
- Difficultés de repérage puis d'adressage des patients atteints de trouble psychique
- Augmentation des troubles psychiques du fait de la pandémie Covid, notamment chez les jeunes
- Difficultés de prise en charge des pathologies somatiques chez les patients atteints de pathologies psychiatriques : difficultés d'accès, manque de formation des professionnels, stigmatisation

Dispositifs en cours sur le territoire:

- Ecoute moi ou émanation : PEC de 12 séances psychologue dans un dispositif coordonné
- DSPP – Dispositif de soins partagés en psychiatrie
- DAC82 sur les Cas complexes
- Dispositif national Mon-Psy
- Dispositif CPAM pour les étudiants – Chèques psy
- Remboursement par certaines mutuelles de 4 séances de psychologue

Objectif(s) opérationnel(s)

Favoriser le décloisonnement des prises en charge des personnes en situation de souffrance psychique
 Améliorer la prise en compte de la souffrance psychique (deuil, burn-out, perte de travail, etc.)
 Améliorer l'orientation des patients et des aidants vers l'offre de soins ou les dispositifs adaptés à leur situation
 Améliorer les liens pharmaciens officine - médecins psychiatres
 Accompagnement personnalisé des soins, soins centrés sur le patient
 Aidants en santé mentale = plateforme répit aidants ? Education thérapeutique PRO-famille

Public cible

Personnes en situation de souffrance psychique
 Aidants des personnes en situation de souffrance psychique

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

- Informer la population sur l'offre de soins - Créer un organigramme de l'offre de soins existante ;
- Développer la connaissance des dispositifs existants auprès des médecins
- Augmenter le nombre de psychologues conventionnés sur les dispositifs;
- Développer la formation continue en santé mentale pour les MT et les IDE ;
- Proposer une nouvelle fonction dédiée à la coordination des prises en charge en santé mentale (une profession à la fois administrative et médicale : IDE, IPA, autre ?)
- Créer de nouveaux outils pour la coordination des prises en charge - Création d'un dossier partagé;
- Créer un réseau d'échanges (Logiciel, DMP, bilans de médication partagés, RCP ...)
- Favoriser une meilleure coordination somatique-psychique ;
- Contribuer au projet DSPP du CH Montauban

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

Nombre de partenaires impliqués dans le dispositif ;
 Création et diffusion de l'organigramme ;
Dispositifs

- Nombre de médecins qui rentrent dans le dispositif
- Nombre de psychologues conventionnés
- File active de patients dans les dispositifs spécifiques

Nombre de professionnels participant aux formations
 Création poste, outils pour la coordination des prises en charge en santé mentale ;

Nombre de patients suivis en psychiatrie ayant bénéficié d'un bilan somatique complet.

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Jun 2023 : démarrage
Janvier 2024 : déploiement de l'action
Janvier 2025 : mission déployée
Janvier 2028 : évaluation finale

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Activités de communication

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

logiciel de coordination unique (SPICO)

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

Financement poste de coordination

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

Identification des freins et leviers

Freins : plusieurs outils de coordination donnent l'impression d'un « mille-feuille » de dispositifs , plusieurs dispositifs de prise en charge, manque de médecins psychiatres, transmission, culture de l'échange (dossier, communication), stigmatisation (manque de connaissance sur la psychiatrie y compris pour les soignants, représentations, croyances), rôle du pharmacien (méconnaissance, difficultés à communiquer avec les médecins psychiatres), comorbidités somatiques,
Leviers : amorces de coopération dans certains dispositifs existants ou émergents, dispositif de réhabilitation, appartement thérapeutique, UNAFAM +++, formation 1ers secours en santé mentale,

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Cf budget

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.5.3 2.3 Mieux préparer la sortie d'hospitalisation des personnes âgées

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 2 : PARCOURS ET COORDINATION

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

USANDIZAGA Bénédicte – Infirmière ASALEE
LACHEZE Béatrice

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

Hôpitaux et cliniques

SSR

EHPAD

CCAS

Services à domicile (SAAD, SSIAD, ...)

Professionnels de ville (Médecins généralistes, Infirmiers libéraux, IPA, ASALEE, Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes)

Conseil départemental

interCPTS82

DAC

Mme GINESTET Patricia - Représentants des aidants

BELAVAL Edith – DA Autonomie – Conseil Départemental – edith.belaval@ledepartement82.fr

Coordonnateur de parcours DAC-InterCPTS82

Dr CANTON Jeremy – Médecin Gériatre – CH Montauban – 06 29 22 80 60 – j.canton@ch-montauban.fr – Présent

Dr BRUEL Frédéric ? – Médecin CSG –

Clinique LA PINEDE ?

Clinique Cl. du Pont de Chaume

Corentin LAVIGNE - Kinésithérapeute D.E - Corentin.lavigne@clinique-pontdechaume.fr

Clinique Boyé

Cadre de santé – Clinique Boyé

services d'urgences

Mme CANTECORP Cécile – Responsable du Pôle Séniors - ccantecorp@ville-montauban.fr

DENARDI Stéphane – Pour une responsable de secteur du SAAD - ADMR – sdenardi@fede82.admr.org

Dr GOYA Mireille – Médecin Généraliste – m.goya-lavigne@orange.fr

GUERMACHE Fadela – Responsable de la Prévention Adulte – Conseil Départemental – fadela.quer mache@ledepartement82.fr

LACHEZE Béatrice – Infirmière Libérale – beatrice.lacheze@orange.fr

PAEZ Gabriel – Kinésithérapeute - marykingaby@aol.com

PEROZZO-TORRES Véronique – Psychologue – APAS - psychologue-montauban@apas82.fr

RIMBERT Côme – Infirmier Libéral - come.rimbert@gmail.com

SABATIER Sophie – Infirmière coordinatrice - 06 24 80 45 72 – infirmieres@smad82.fr

SAPHARY Aude – Pharmacienne – MONTBETON – contact@pharmaciemontbeton.fr

TETARD Pierre – Coordinateur ESA - Ergothérapeute – 06 40 39 42 18 – ergotherapeute@smad82.fr

USANDIZAGA Bénédicte - IDE ASALEE - usandizaga.benedicte@gmail.com

BIRAGUE Elise - Médecin Généraliste

J. Vallat - Pharmacien hospitalier – Conciliation ?

IPA ?

Isabelle LAURENCE-PY – bed-manager – CH Montauban

Directrice des soins ?

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Difficultés de coordination et articulation entre les différents intervenants du domicile (Médecins, IDE, Pharmaciens) ;
Taux de ré hospitalisations important
Absence d'UCC (les professionnels sollicitent les unités de la Haute-Garonne, Lot, UHR, ...)
DMP trop peu utilisé par les professionnels.

Dans le diagnostic qualitatif, parmi les situations les plus difficiles à gérer dans la pratique, voici celles qui ont été citées par les professionnels libéraux, concernant les personnes âgées et la sortie d'hospitalisation :

- Maintien à domicile des personnes âgées isolées et très dépendantes (Médecins, infirmiers, pharmaciens) ;
- Gestion des soins non programmés (médecins, kinés) ;
- Non partage du dossier médical, difficultés de communication notamment à l'approche des week-ends (médecins, Infirmiers, kinés, pharmaciens) ;
- Lien ville-hôpital : sorties d'hospitalisation non anticipées, sans courrier de sortie, sans aides mises en place, (médecins, IDE, Pharmaciens) ;
- difficultés majorées le week-end, (Médecins, IDE, pharmaciens) ;
- Difficultés à identifier et trouver les professionnels de santé qui interviennent dans la PEC (IDE) ;
- Sentiment d'être livré à soi-même quand la coordination famille – médecin est peu ou pas existante (charge et responsabilités importantes) (IDE) ;

Secteur de l'aide à domicile : difficultés à mettre en place les aides nécessaires dans le temps imparti (demande instantanée de la part de certains services hospitaliers).

Dans la prise en charge à domicile : difficultés liées aux troubles du comportement et des chutes à répétition. Épuisement des familles et des professionnels.

Lien service de gériatrie et premier recours satisfaisant mais beaucoup plus difficile avec les autres services ou établissements L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie avant la sortie serait utile.

Ordonnances : Peu ou pas de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation

Travail à mener avec les EHPADs.

La coordination de la prise en charge repose souvent sur l'aidant. Celui-ci ne connaît pas toujours ses droits (APA, Mutuelle, ...). Rôle important du pôle partenaire aidant.

Parfois le seul moyen d'accès rapide à un plateau technique est le passage aux urgences.

Objectif(s) opérationnel(s)

Identifier les sorties en fréquence et/ou gravité qui posent le plus de problème - Cartographie des risques sur le territoire

Une prise en charge adaptée des patients en amont et en aval d'une hospitalisation

Assurer une continuité de prise en charge entre la ville et l'hôpital / Fluidifier les parcours ;

Anticiper et organiser la sortie d'hospitalisation ;

Proposer une offre de soins permettant d'accompagner le retour à domicile (post-hospitalisation) ;

Public cible

Personnes âgées en retour à domicile après une hospitalisation

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

Préparer précocement la sortie d'hospitalisation, au mieux, dans les 48 heures après l'admission, en partenariat avec l'équipe de soins primaires (médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) Réaliser une réunion de concertation de pré-sortie (pour les difficultés non résolues : trouver des interlocuteurs adaptés).

Améliorer la sortie d'hospitalisation :

- Assurer le transfert des informations nécessaires à la continuité des soins, du médecin hospitalier au médecin traitant et aux autres intervenants à domicile, avec la lettre de Liaison et les ordonnances remises au patient le jour de la sortie ;

- S'assurer, avec le patient et son entourage, de la mobilisation des ressources nécessaires en ville, pour les soins, les aides et la rééducation en relais de l'hôpital.
- Evaluer le niveau d'autonomie au moment de la sortie de l'hôpital / évaluation et suivi du patient / Plan de soins IDE (Kiné et ergo) / surveillance effets traitements médicamenteux
- Sensibiliser les médecins des services non spécialisés en gériatrie aux problématiques de perte d'autonomie, liens avec le premier recours, conciliation médicamenteuse... ;
- Développer le rôle des travailleurs sociaux ;
- *Axe numérique : Mon espace santé, Médimail, SPICO discussion coordination,*
- *SPICO peut fédérer les professionnels de santé du soins de 1^{ers} recours et du social*
- *Prévoir les limites liées à la fracture numérique chez les personnes âgées notamment : procédure B*
- *Paramétrer pour que tous les acteurs soient informés (pharmacien ...)*

Mettre en place une nouvelle offre de soins et d'accompagnement pour renforcer le maintien à domicile

- Evaluer le rôle et la place de l'infirmière en Pratique Avancée dans le parcours de soins ;
- Evaluer le rôle et place de l'infirmière ASALEE ;
- Faciliter les échanges entre les acteurs intervenant dans le maintien à domicile ;
 - Promotion des outils d'échange d'information entre la ville et l'hôpital (lettres de liaison, Dossier de Liaison d'Urgence, DMP, messagerie sécurisée, numéro d'appel direct avec le médecin traitant) ;
 - Développement du logiciel SPICO autour de la prise en charge des personnes âgées à domicile ;
 - Développement de la télémédecine
- Environnement des personnes âgées : équipements, aménagement du domicile, aidants
- Développer la fonction de référence ;
- Créer une fiche avec l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée (fonction, coordonnées, ...) ;
- Développer les Equipes de Soins Primaires et les prises en charge PRADO qui existent ;
- Améliorer la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation : avoir une meilleure visibilité du traitement administré / réalisation de conciliations médicamenteuses et de bilans de médication ; Redonner sa place au pharmacien (cf. fiche action prévention 3.2 : limiter le risque iatrogénique de la personne âgée).
- Actions de formation pour le repérage de la fragilité par les aides à domicile. Mettre en place un plan d'aide adapté par évaluation de la situation, renouer avec le suivi médical, ...

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

Nombre de dossier SPICO

Nombre d'équipe de professionnels de santé sur SPICO – nombre d'équipe absente

Nombre de fiche à J+2 et J-2 adressé par l'établissement vers les soins de 1^{ers} recours

Diminution des hospitalisations et des ré-hospitalisations

Diminution du nombre de passage aux urgences des personnes âgées

Nombre de fiches d'évaluation réalisées des ressources nécessaires à la sortie d'hospitalisation

Nombre de bilans « niveau d'autonomie » réalisés avant la sortie d'hospitalisation

Nombre d'actions de sensibilisation réalisées dans les services hospitaliers (hors services de gériatrie)

Nombre d'actions de sensibilisation auprès des assistantes sociales

Nombre d'actions de formation auprès des aides à domicile (repérage de la fragilité)

Détermination du rôle des Infirmières ASALEE et des Infirmières en pratique Avancée

Outils de communication utilisés et niveau d'utilisation (nombre de bénéficiaires, nombre de professionnels), nombre de réunions d'information sur les outils, etc.

Nombre d'outils télémédecine

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Juin 2023 : démarrage

Janvier 2024 : déploiement de l'action

Janvier 2025 : mission déployée
Janvier 2028 : évaluation finale

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Logiciel de coordination des parcours
Salle de réunion (réunions de pré-sortie d'hospitalisation)

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

Outils de télémédecine
Logiciels de coordination

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

Formateurs aides à domicile
Fonction de coordination

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

Identification des freins et leviers

Freins : manque de culture commune, méconnaissance des acteurs, objectifs opposés (libération de lits pour les établissements, sécurisation, parfois répit pour les aidants et intervenants du domicile...), manque de communication, gestion par les assistantes sociales dans les établissements (vision mono ? quand il y en a une ?),
Leviers : utiliser les fonctionnements déjà expérimentés (PRADO, expérience CHU de Nîmes, expérience SRA Grand Est), mettre en action l'interprofessionnalité et en continuité le week-end

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Cf budget

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.5.4 2.4 Développer les Équipes de Soins Primaires

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 2 : PARCOURS ET COORDINATION

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

A Définir

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes

Kiné

Pharmaciens

IDE

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Peu d'exercice coordonné sur le territoire

Difficultés à formaliser les collaborations pluriprofessionnelles

Objectif(s) opérationnel(s)

Créer des ESP

Public cible

MG ; pharmaciens ; kine ; iDE ; IPA ; sage-femmes

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

-créer un document type adaptable servant de base de travail

-mettre en place des formations pluri-professionnelles

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

Nombre d'ESP créées

Nombre de formations proposées

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Juin 2023 : démarrage

Janvier 2024 : déploiement de l'action

Janvier 2025 : mission déployée

Janvier 2028 : évaluation finale

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (*identifier besoins*)

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

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

Identification des freins et leviers

Freins : manque d'expérience, manque de compréhension de l'intérêt pour les acteurs, manque de financements, le manque de temps pour chaque professionnel de santé,

Leviers : dispositif léger, mise en œuvre plus aisée que les autres dispositifs d'exercice coordonné, numérique (SPICO), fédérer une équipe de soins autour du patient par le dossier partagé (SPICO)

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

3.2.6 MISSION SOCLE 3 : DEVELOPPEMENT DES ACTIONS TERRITORIALES DE PREVENTION

Mission socle Prévention	Priorité	Fiche-Action	Budget
Développer des actions de prévention en nutrition et activité physique	1	OUI	17 500 euros
Développer des actions de prévention permettant de limiter le risque iatrogénique	1	OUI	17 500 euros
Développer la prévention dans la petite enfance	2	OUI	17 500 euros (Budget 2023-2024)
Améliorer l'accompagnement de l'arrêt du tabac	2	NON	17 500 euros (Budget 2023-2024)
TOTAL BUDGET			35 000 euros 17 500 volet fixe 17 500 volet variable

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.6.1 3.1 Développer des actions de prévention en nutrition et activité physique

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 3 : PREVENTION

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

GUIJARRO Maria – Médecin Généraliste – Montauban - maria.guijarro@orange.fr

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

Médecins généralistes
Kinésithérapeutes, professionnels APA
Educateurs sportifs
Infirmiers libéraux et ASALEE
Diététiciens
Maisons sport-santé, opérateurs sport-santé
Associations et clubs sportifs
Pédicures, podologues, orthésistes
Mairie de Montauban
CPAM
Centre de réhabilitation et de réadaptation physique
Fédérations sport-handicap

SARTORI Delphine – Médecin Généraliste - dr.sartori.delphine@orange.fr

LAUER Davina – Directrice - EFFORMIP – davina.lauer@efformip.com

DA FURRIELA Ingrid – Infirmière libérale - ing.dafu@gmail.com

BASTIE Gabriel – Orthésiste - Quercy MEDICAL - 06 23 55 09 06

ECHEVARN Yannick – Éducatrice APA - yannick.echevarn@wanadoo.fr

FRAYSSE Pierre – Enseignant APA –

LIBOUREL Aurélia – Enseignante APA – UFOLEP 82

PEDRON Laurine – Diététicienne nutritionniste – Quercy Médical

MAS Sébastien – Educateur APA – 06 12 72 38 46 – coach.sebastien.mas@gmail.com

OUM SACK Edvie – Coordinatrice du Contrat Local de Santé (CLS)

LARROUTUROU Mathieu – APA – mat.larrourou@gmail.com

ISEPPI Pascale – Psychologue du sport – pascale.iseppi@wanadoo.fr

Problématiques constatées

Plusieurs actions sport-santé existent sur le territoire montalbanais (Programme J'ME BOOSTE, sport sur ordonnance, ...) mais nécessitent d'être coordonnées.

Plusieurs Médecins Généralistes n'ont pas suffisamment de connaissances et/ou d'outils pour prescrire, orienter et suivre les patients qui ont besoin d'une APA.

Nouveau décret sport-santé sur ordonnance, mais pas de remboursement du patient pour la pratique de l'activité physique.

Objectif(s) opérationnel(s)

Améliorer la santé et la condition physique des personnes atteintes de maladies chroniques, des personnes âgées ou en situation de handicap, par la pratique d'une activité physique ou sportive et d'un apport nutritionnel adapté à leurs besoins.

Prévention de la sédentarité à tout âge, favoriser l'insertion sociale et/ou professionnelle, améliorer la qualité de vie
Organiser des parcours pour favoriser l'accès à de l'activité physique adaptée (APA) ;

Proposer un programme APA adapté aux besoins de la personne (reconditionnement physique, remise en confiance, ...);
 Renforcer la coordination entre les différents intervenants médicaux, paramédicaux et sportifs (favoriser la cohérence et le travail en pluridisciplinarité);

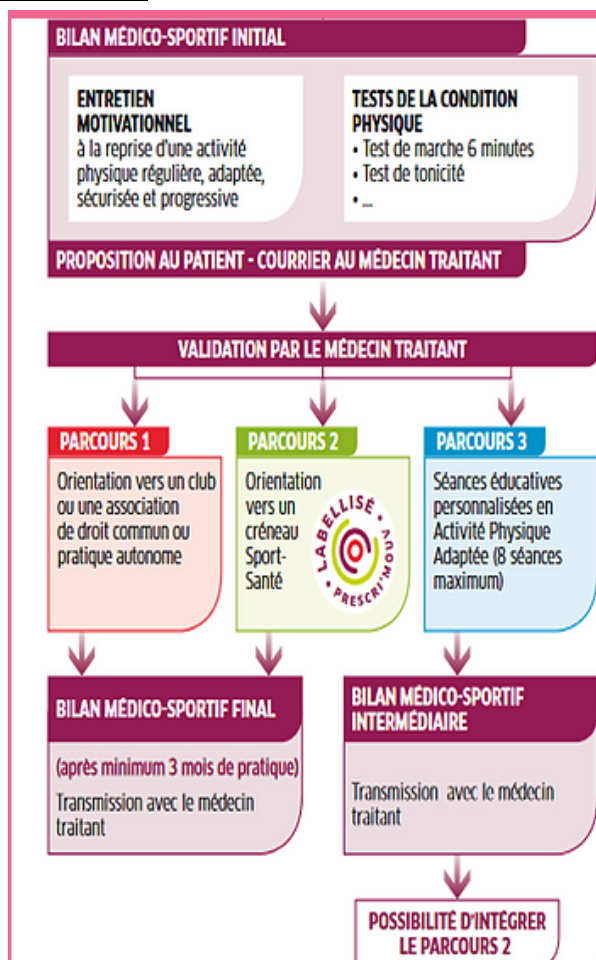
Public cible

Personnes âgées;
 Personnes en situation de handicap;
 Personnes atteintes de pathologies chroniques (obésité, diabète, BPCO, cancer, ...);
 Salariés des entreprises.

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

- Poursuivre le groupe de travail « nutrition et activité physique » de la CPTS de Montauban
- Recenser l'offre en sport (clubs sportifs, associations, ...) et en sport-santé existante sur le territoire
- Identifier les professionnels de santé déjà formés à la prescription et au suivi de l'activité physique adaptée
- Structurer et organiser un parcours coordonné pour l'accès et la réalisation de l'activité physique adaptée
- Recenser les patients pouvant s'insérer dans un parcours APA;
- Utiliser et faire connaître les outils numériques (tels que GOOVE par exemple) – Association BOUGER

Exemple de parcours à mettre en œuvre :



- Proposer un bilan et un accompagnement nutritionnel des personnes qui suivent une APA –
- Organiser des formations auprès des médecins, kinésithérapeutes et APA via l'opérateur EFFORMIP

(prescription, mise en route de l'APA, suivi des patients, ...)

- *Construire une fiche explicative sur la prescription de l'APA, réaliser une revue de littérature (références bibliographiques, recommandations HAS, ...) pour favoriser une bonne prescription et suivi de l'activité physique adaptée*
- *Développer des partenariats afin de favoriser la pratique sportive à tous les âges :*
- *Donner la possibilité de faire découvrir plusieurs activités sportives*

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

- *Nombre de prescriptions APA ;*
- *Nombre de personnes prises en charge dans un parcours APA ;*
- *Nombre de personnes qui bénéficient d'un programme et d'un suivi nutritionnel ;*
- *Evaluation de la satisfaction des patients pris en charge ;*
- *Nombre de partenaires impliqués dans l'action ;*
- *Nombre de professionnels formés et impliqués.*

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

Pour 1^{ère} partie APA : Septembre 2022

Pour 2^{nde} partie population globale : 2024

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- *Salles de réunion ;*
- *Financement des outils de communication (flyers, site internet, ...)*

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

Financement des outils numériques (GOOVE par exemple) ;

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

- *Coordonnateur CPTS ;*
- *Remboursement du temps de coordination entre les professionnels ;*
- *Financement et promotion de la Formation ;*
- *Financement des associations et clubs sportifs qui s'impliqueront dans la démarche ;*
- *Financement des diététiciens qui réaliseront le bilan nutritionnel ;*

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

- *Poste coordo ;*
- *Salles de réunion gratuites en journée ;*

Identification des freins et leviers

Freins :

Des partenariats déjà en cours de construction entre la MSP Bellevue et l'association Bouger (protocole de prise en charge) ;

Forte concurrence des structures et associations sportives, fonctionnement par AAP.

Plusieurs actions sport-santé existantes qui ne doivent pas se superposer ;

Leviers :

richesse de l'offre sur le territoire

aide financière de la CPAM pour les publics précaires (en cours de finalisation)

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

17 500 euros (volet fixe et variable)

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.6.2 3.2 Développer des actions de prévention permettant de limiter le risque iatrogénique

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 3 : PREVENTION

Pilote -

BISSON FLORENT – Pharmacien d'officine - fb.pharmaciebisson@gmail.com - 05 63 03 33 74 - 315 r Marcel Guerret – 82 000 Montauban

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes
Pharmaciens
Infirmiers libéraux
E-sante Occitanie
CPAM du Tarn-et-Garonne

Problématiques constatées

Les indicateurs du territoire de la CPTS de Montauban sont défavorables. Parmi les patients âgés de plus de 65 ans, **14,8%** (2 573 patients) **ont reçu au moins 10 molécules** distinctes délivrées 3 fois dans l'année³⁶. Cette part est légèrement plus élevée que celle du département (+0,2 points de %) et de la Région Occitanie (+0,3 points de %), mais reste néanmoins moins élevée que sur l'ensemble de la France (-1,1 points de %). Parmi les patients consommateurs de soins âgés de plus de 75 ans (hors ALD pour troubles psychiatriques) **7,2%** d'entre eux (374 patients) ont reçu **au moins 2 psychotropes (hors anxiolytiques)** prescrits à la même date, remboursés et de 2 classes ATC différentes³⁷. Cette part est plus élevée que dans l'ensemble du département (+0,9 points de %), de la Région Occitanie (+1,6 points de %) et de la France (+1,8 points de %). Les personnes en situation de handicap accompagnées au sein des établissements médico-sociaux présentent, dans 90 % des cas, des pathologies associées d'où une polymédication importante. Les conciliations médicamenteuses et le bilans de médications sont trop peu développés. La iatrogénie est responsable de 5% des hospitalisations et de 15% des admissions en réanimation tous âges confondus

Objectif(s) opérationnel(s)

Améliorer la prescription médicamenteuse des patients âgés et/ou en situation de handicap
Mieux repérer le risque de iatrogénie médicamenteuse
Mieux évaluer les potentiels effets indésirables des traitements prescrits

Public cible

Personnes âgées de + de 65 ans
Personnes en situation de handicap

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

36 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à juin 2020)

37 Données issues du CPTS REZONE - Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2020)

Sensibiliser et former les médecins à la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés et/ou en situation de handicap, via les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Supprimer les médicaments inadaptés
- S'assurer de l'efficacité des médicaments prescrits
- Réévaluer régulièrement le rapport bénéfice/risque de chaque médicament

Développer des outils pour mieux repérer le risque iatrogénique :

- Développer l'**informatisation du circuit du médicament**,
- Développer la **prescription informatisée** ;
- Développer l'**informatisation des dossiers patient** pour favoriser une meilleure liaison entre les pharmaciens, médecins généralistes et infirmiers libéraux et entre la ville et l'hôpital ;
- **Développer les bilans de médication** réalisés par les pharmaciens, développer les outils d'évaluation de la prise de médicaments (surveillance des effets indésirables, ...)

Développer des alternatives à la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

Nombre de médecins sensibilisés
Nombre de médecins utilisant la prescription informatisée
Développement du DMP
Nombre de pharmacies pratiquant les bilans de médication
Nombre de bilans de médication réalisés par les pharmaciens
Nombre d'alternatives proposées à la prise en charge des problèmes de santé

Planning prévisionnel de mise en œuvre

A définir

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

Salle de réunion (formation, sensibilisation)

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

Outil numérique cabinet médical (dossier patient)
Outils numériques de coordination des Equipes de Soins Primaires

Estimation des moyens nécessaires - Humains

Financement formation
Incitations financières bilans de médication, prescription informatisée

Inventaire des ressources déjà disponibles -

Outils numériques cabinets médicaux (la plupart sont déjà outillés)
SPICO Dossier

Identification des freins et leviers

Freins :
- Problématiques d'interopérabilité entre plusieurs logiciels, dysfonctionnements informatiques
- Utilisation limitée des outils de coordination comme SPICO Dossier

Leviers :

- *60% des pharmacies questionnées réalisent des bilans de médication (réponse au questionnaire qualitatif)*
- *Des référentiels déjà construits avec des critères identifiés comme risque potentiel dans le circuit du médicament*
- *Historique des remboursements du patients disponible par la CPAM*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

17 500 euros

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.6.3 3.3 Développer le soutien à la parentalité pendant la période des 1 000 premiers jours de l'enfant

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION SOCLE 3 : PREVENTION

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

A définir

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes, pédiatres
Pharmaciens, Sage-femmes, Psychologues, Diététiciens
Infirmières puéricultrices
Crèches, LAEP
Mutualité Française Occitanie
PMI
ARS
IREPS Occitanie
CMPP
REAAP 82

SARTORI Delphine – Médecin Généraliste – 79 Faubourg du Moustier –
82 000 Montauban – 06 84 93 94 80 - dr.sartori.delphine@orange.fr

(Axe Prévention)

VIGUE Delphine – Psychologue –

SERVEILLE Delphine – Psychologue -

GENRE Céline – Sage-Femme -

FETE Margaux – Chargée de projet – IREPS Occitanie – 10 rue Jean
Carmet – 82000 Montauban – 07 68 67 89 15

Problématiques constatées

Peu d'actions existent pour le soutien à la parentalité malgré une attente forte des acteurs(CMPP, psychologues, sage-femmes, ...);

Parents en demande de soutien parentale –

Services infanto-juvéniles peu axés sur la prise en compte des problématiques parentales ;

Pas de lieu de ressource neutre pour les parents d'enfants placés ;

Médecins généralistes peu formés au repérage du handicap dès la toute petite enfance (autisme, ...);

Objectif(s) opérationnel(s)

Développer la prévention et le soutien à la parentalité dès la conception de l'enfant

Soutenir les familles à la parentalité : soutien à l'éducation, soutien psychologique dans les problématiques rencontrées, dans le fait de devenir parent ;

Développer des actions de prévention autour de thématiques diverses : l'usage des écrans, l'alimentation de l'enfant, l'activité physique, le langage, etc.

Public cible

*Parents ou parents en devenir
Enfants âgés de 0 à 3 ans
Parents d'enfants placés / parents isolés / parents séparés*

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

- *Apporter des messages de prévention par l'intermédiaire des crèches, sage-femmes, médecins, ...*
- *Mettre en place des formations sur le soutien à la parentalité - IREPS Occitanie ;*
- *Créer une maison de l'enfance – voir lien avec le PTSM :*
 - o *Lieu de ressource et de soutien neutre – espace de parole*
 - o *Information et sensibilisation aux professionnels : aide au repérage*
 - o *Mettre en place un dispositif d'accompagnement et de soins (orientation / fléchage)*

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

*Nombre d'action de prévention menées
Publics ciblés des actions de prévention
Lieux où les messages de prévention ont été donnés
Nombre de formations réalisées, actions de sensibilisation auprès des professionnels
Création d'un dispositif d'accompagnement et de soins, d'un lieu ressource*

Planning prévisionnel de mise en œuvre

*Janvier 2024 : démarrage
Septembre 2024 : déploiement de l'action
Janvier 2026 : mission déployée*

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

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

Identification des freins et leviers

Leviers : AAP 1 000 jours

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

--

3.2.7 MISSION FACULTATIVE 1 : DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS

Mission Qualité et pertinence des soins	Priorité	Fiche-Action	Budget
Démocratie sanitaire	1	OUI	15 000 euros
Mettre en place un comité éthique	1	OUI	15 000 euros
TOTAL BUDGET			30 000 euros 15 000 euros fixe 15 000 euros variable

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.7.1 4.1 Favoriser la démocratie sanitaire au sein de la CPTS de Montauban

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION FACULTATIVE 1 / DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS

Pilote -

Membres du groupe de travail -

Associations d'usagers

Usagers, citoyens

Elus

Pôle Partenaires Aidants (PPA)

France Asso Santé

Professionnels de santé

GUINVARCH André – Secrétaire – France Asso Santé

Personnes ressources non qualifiées :

DUBOIS H.

BRENBILLA F.

Problématiques constatées

Peur de la société vs médecine

- Peur de la médecine dans la société : techniques, connaissances scientifiques que l'on ne maîtrise pas – la population n'a pas tous les tenants et les aboutissants, n'arrive pas à comprendre le fonctionnement de leur corps et de la médecine. Pour d'autres sujets : on s'en accommode (exemple du lave-vaisselle, machine à laver, voiture, ...)
- Des inégalités d'accès à la santé (entre hommes et femmes ou bien en fonction de la place dans la société - ...)

Dans la relation soignant-soigné :

- Manque de prise en compte de l'individualité de la personne / médico-centré : le corps soignant n'a pas toujours une vision globale de la personne (contexte individuel, social, histoire de vie, ...), ce qui ne lui permet pas toujours de bien soigner les personnes;
- Manque de prise en compte des besoins de la personne dans sa prise en charge – actuellement la prise en charge est la même pour tous alors que chacun a des besoins spécifiques
- Manque de relais entre la ville et l'hôpital pour prendre en compte ces besoins spécifiques ;
- La télémédecine prend de plus en plus de place dans notre système de santé, alors qu'il est souvent nécessaire de toucher le corps pour faire un bon diagnostic et que les échanges en visio limitent les interactions
- Pas suffisamment de prise en compte de la parole des usagers : on demande peu l'opinion des usagers dans l'organisation du système de santé ; il manque des espaces de parole pour prendre en compte l'avis des usagers, espaces d'échanges soignants-soignés ;
- Des incompréhensions entre le corps soignant et les usagers (position des sachants / ceux qui ne savent pas, ignorants) ; Manque d'écoute de la part du corps médical

Elaboration des politiques de santé

- *Il n'existe pas une bonne représentativité des usagers ;*
- *Les décisions prises sont trop descendantes, trop radicales, sans avoir l'adhésion de l'ensemble de la population : crée des clivages, positions extrêmes ;*
- *Manque de lisibilité du système de santé pour les usagers – Ressources du territoire insuffisamment connues ;*

Objectif(s) opérationnel(s)

*Obtenir une meilleure représentativité de l'opinion des usagers du système de soins ;
Prendre en compte l'opinion publique pour programmer / mettre en œuvre / évaluer les actions de la CPTS de Montauban ;
Mettre en œuvre des actions qui correspondent aux besoins et aux attentes des usagers et de la population*

Public cible

Population du territoire : usagers, élus, citoyens, ...

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

- *Créer un groupe de travail « Démocratie et CPTM » ;*
- *Impliquer des usagers dans la gouvernance de la CPTS ;*
- *Solliciter un bureau d'expert en concertation publique*
- *Prendre contacts avec les élus du territoire et réaliser des entretiens qualitatifs ;*
- *Travailler avec les instances de concertation déjà existantes (conseils citoyens, associations de quartier, ...)*
- *Définir les outils qui seront utilisés : Assemblées, questionnaires, médias, journaux, ...*
- *Créer un conseil communautaire usager ;*
- *Créer un questionnaire Google Forms pour la population et diffuser très largement – Faire appel à la Presse – Journal trimestriel du CD – Bulletins municipaux*
- *Questions possibles à échanger avec la population :*
 - *Quelle place donne-t-on aux usagers et aux citoyens dans le système de santé ?*
 - *Comment mieux adapter la prise en charge d'un patient en fonction des besoins qui lui sont propres (histoire de vie, environnement, entourage, ...) ?*
 - *Comment améliorer les relations soignants-soignés ? Comment améliorer la confiance, adhésion de la population ?*
 - *Comment prendre en compte à la fois la santé publique et liberté des personnes ?*
 - *Comment allier qualité de la prise en charge et enjeux financiers ?*
 - *Jusqu'à où les citoyens sont-ils prêts à aller pour être soignés ? Sont-ils prêts à payer les soins sans remboursement ? Qu'estime-t-on comme essentiel ou accessoire dans le remboursement des soins ?*
 - *Comment mieux protéger les données médicales des patients ?*
 - *Face à la crise de la Covid-19 et à l'heure du tout numérique, quelle part accorder à la télémédecine dans notre système de santé ?*
 - *Comment créer une médecine, un système de santé qui relie davantage santé physique et psychique ?*
- *Mettre en œuvre des actions qui sont envisagées par les citoyens comme pertinentes pour le territoire de la CPTS de Montauban ;*
- *Développer la pair-aidance.*

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

*Nombre d'usagers impliqués dans la gouvernance de la CPTS
Nombre d'élus contactés
Nombre de concertations organisées avec la population ;*

Nombre d'actions mises en œuvre ayant été envisagées par les citoyens comme pertinentes

Planning prévisionnel de mise en œuvre

Démarrage du travail de fond en décembre 2021

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

*Communication auprès de la population (via les collectivités territoriales) – campagne Presse
Salle de réunion
Outils Enquête Population*

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

Communication numérique population – diffusion enquête

Estimation des moyens nécessaires - Humains

Inventaire des ressources déjà disponibles -

*Salles de réunion en journée
Temps de coordination coordinateur CPTS
Outils proposés par les collectivités territoriales*

Identification des freins et leviers

*Freins : représentativité des usagers non malades
Leviers : outils de communication déjà proposés par les collectivités territoriales
Des conseils citoyens existants découpés par quartiers*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Cf budget

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.7.2 4.2 Mettre en place un comité éthique

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION FACULTATIVE 1 / DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Arnaud Lignières

Membres du groupe de travail -

Professionnels de santé du premier recours
Elus
Personnes qualifiées, spécialistes (en éthique, protection des données, en droit, ...)
Usagers du système de santé, Citoyens
Associations d'usagers, Pole Partenaire Aidants
France Asso Santé

Problématiques constatées

Système de santé et dispositifs sanitaires en constante évolution, complexité et illisibilité. Nécessité de prendre en compte la parole des usagers sur la qualité des soins qui leur sont proposés.
Pratique de la médecine : des doutes sur la position à prendre, questions éthiques ou déontologiques parce qu'il s'agit de situations difficiles et toujours singulières (prise en charge de la fin de vie, deuil, douleurs chroniques, acharnement thérapeutique, réponse à des situations urgentes, ...). Les professionnels de santé n'ont pas toujours le temps et n'ont pas toujours la distanciation nécessaire à l'ajustement de leurs pratiques.
Des questionnements de professionnels autour de la prise en charge des fins de vie à domicile, réponses aux besoins de soins des personnes atteints de troubles psychiques.
Financements : les financements publics sont-ils suffisants pour créer et faire vivre une structure innovante et complexe ?

Objectif(s) opérationnel(s)

Approfondir les questions éthiques des professionnels de santé du premier recours, développer une culture éthique entre professionnels de santé ;
Conduire une réflexion autonome, mutualiser les réflexions et fournir des avis ou des recommandations sur des questionnements récurrents ;
Créer un espace consultatif d'aide à la réflexion et à la prise de position ou de décision, penser la posture professionnelle, donner des repères et un ancrage professionnel
Eclairer les décideurs sur les enjeux et les conséquences de choix qui vont modifier de façon importante la relation avec les usagers du système de santé
Développer une stratégie de sensibilisation des acteurs de santé à l'éthique
Mener une réflexion sur un financement complémentaire dénué de conflit d'intérêt

Public cible

Professionnels de santé du premier recours

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

Promouvoir la mise en place d'un comité éthique auprès des professionnels de santé et leur en montrer l'intérêt (réponse équitable pour une réponse juste, donner du sens à l'action des intervenants, donner du sens aux textes réglementaires) ;

Écrire un document fondateur de l'organisation et du fonctionnement du comité éthique :

Définir la nature et le périmètre du comité éthique (objectifs principaux, forme juridique : commission, groupe informel, niveau d'autonomie accordé, ...)

Définir la composition du comité éthique (permettre un débat libre et une confrontation sereine)

Définir les valeurs principales du comité (humanistes, de droit, démocratiques et républicaines)

Réaliser une charte de fonctionnement du comité – règlement intérieur – Nommer un animateur (ou fonction de présidence) du comité

Définir les modalités de diffusion des productions (outils papier, numérique, ...)

Prévoir le renouvellement du comité éthique

Une fois que la mise en place du comité est validée, participer à son installation et au déroulement des réunions :

- Préciser les principales problématiques repérées par les professionnels et les usagers, par la mise en place d'un questionnaire ;
- Mettre en synergie les différents professionnels concernés par la(les) problématique(s) repérée(s)
- Choisir des personnes ressource en fonction de la spécificité du thème abordé
- Alimenter le comité par la mise en place d'une « saisine » (via une boîte numérique)
- Indiquer la fréquence des réunions (mensuelle par exemple)

Communiquer et promouvoir les travaux du comité éthique : diffusion des productions auprès des professionnels, Faire la promotion de la bientraitance des usagers du système de santé – communiquer auprès des professionnels sur les bonnes pratiques – créer un référentiel des bonnes pratiques.

Identifier les partenariats possibles avec des collectivités territoriales, établissements sanitaires, associations, pour diffusion des productions du comité éthique

Définir les financeurs autorisés autres que publics

Indicateurs retenus de suivi et de résultats

Nombre de professionnels de la CPTS intéressés par la mise en place d'un comité éthique

Nombre de réponses au questionnaire

Nombre de thématiques soulevées par les professionnels, usagers

Nombre de réunions du comité éthique / Nombre de réunions planifiées / Nombre de participants / Niveau de satisfaction des participants / Nombre de comptes-rendus

Nombre d'avis ou de recommandations formulées, articles, ouvrages, chartes, recommandations générales

Nombre de journées d'étude, séminaires, colloques

Outils de communication utilisés (journaux, ...) – nombre de partenariats établis pour communiquer sur les travaux réalisés

Pertinence du dispositif vis-à-vis de la réalité du terrain - questionnaire de satisfaction

Publics ciblés : qualité, nombre, ...

Planning prévisionnel de mise en œuvre

Promotion du comité éthique : Janvier 2023

Écriture du document fondateur : Mars 2023

Lancement du comité éthique : Septembre 2023

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

Salle de réunion – Local pour la tenue du comité éthique – quelques fournitures bureau et convivialité

Outils de communication papier (flyers, journaux, ...)

Salle pour organisation colloque ou journée d'étude

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

*Création boîte de saisine
Outils de communication numériques (site internet, réseaux sociaux, ...)*

Estimation des moyens nécessaires - Humains

*Temps de promotion du dispositif – Coordinateur CPTS
Temps de préparation et de création du dispositif – temps d’écriture du document fondateur
Temps de coordination – animation du dispositif – Animateur comité éthique
Participation des membres au comité – dédommagement financier – défraiement experts
Temps de production des outils de communication – Chargé de communication – sollicitation externe d’une boîte de com’
Temps de coordination pour la diffusion de questionnaires et des productions du comité*

Inventaire des ressources déjà disponibles -

*Salles de réunion en journée
Voir utilisation du site internet de la CPTS + réseaux sociaux CPTS pour diffusion des informations
Voir utilisation des outils de communication proposées par les collectivités territoriales, établissements sanitaires, ...
Réseaux de santé existants (RESO 82, Geronto, ...) – A coordonner avec les ressources du DAC*

Identification des freins et leviers

*Point de vigilance : le comité éthique n’a pas vocation à se substituer à d’autres instances ou groupes spécialisés (groupes d’analyse de pratiques, groupe d’étude clinique, etc.)
Leviers : coordination avec les réseaux de santé, structures de coordination existantes
Existence de groupes de résolution de cas complexes (GOS Mairie de Montauban, RESADO 82, DAC etc.)
Freins : Instance à construire, pas d’initiatives en ce sens actuellement, instance innovante*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l’action

15 000 euros

3.2.8 MISSION FACULTATIVE 2 : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Mission Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Priorité	Fiche-Action	Budget
Accompagnement des professionnels autour de la prise en charge des addictions	1	OUI	10 000 euros
Accompagner au développement de nouveaux outils de communication (SPICO, ...)	1	OUI	10 000 euros
Constituer un annuaire global des professionnels du territoire de la CPTS	1	NON	
Favoriser l'adhésion des professionnels à la CPTS	1	OUI	Budget financement poste coordonnateur
Favoriser la qualité de vie au travail des professionnels de santé	2	NON	
Développer la mise en place de formations adaptées au besoin des professionnels de santé	2	NON	Formation à la réalisation de l'entretien motivationnel Formations croisées somatique – psychique
Améliorer l'accompagnement à la gestion de l'administratif	2	NON	
TOTAL BUDGET			20 000 euros 10 000 euros fixe 10 000 euros variable

LIBELLE DE L'ACTION

3.2.8.1 5.1 Accompagnement des professionnels autour de la prise en charge des addictions

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION FACULTATIVE 2 : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

LIGNIERES Arnaud – Pharmacien – pharmacie.lignieres@resopharma.fr

BERTHOMES Pierre – Médecin en addictologie – p.berthomes@ch-montauban.fr

Membres du groupe de travail

Médecins généralistes

IDE ASALEE, libérales

ELSA CH Montauban

Psychologues libéraux

Psychiatres

CSAPA ANPAA

Education Nationale

Etablissements médico-sociaux

GOYA Mireille – m.goya-lavigne@orange.fr - 06 72 06 96 71

SABRIE Thomas – 33 rue Dominique Ingres – 82 000 MONTAUBAN – 06 03 22 91 67

COPPIN Gwenaëlle - IDE CH Montauban

LAFFERAYRIE Lise – Infirmière

BERGES Laurent – Educateur spécialisé – Maison des adolescents

Education Nationale – IDE scolaire

Rémi ESTEVE – Psychiatre – ANPAA

Postcure – Château de Longues Aygues

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Problématiques de prise en charge tabac-alcool dans les cabinets médicaux.

Difficultés d'adhésion des personnes dans la prise en charge de leur addiction, déni de la pathologie, errance médicale. Problématique complexe bio-psycho-sociale.

Les patients ont des représentations négatives des services d'addictologie.

Prise en charge souvent trop tardive (après apparition des troubles cognitifs)

Des connaissances des professionnels de santé limitées sur la prise en charge des addictions à l'alcool et médicaments. Libéraux « craintifs » de se rendre au domicile d'un patient avec troubles addictifs par peur de mise en danger.

Défaut de communication entre la ville et l'hôpital.

Hospitalisation : 5% des personnes prises en charge en addictologie.

Objectif(s) opérationnel(s)

Améliorer la prévention et la prise en charge des troubles addictifs par les professionnels de santé libéraux

Améliorer la collaboration ville-hôpital

Apporter un soutien utile aux problématiques rencontrées par les professionnels de premier recours, et plus particulièrement les médecins généralistes et les infirmières ASALEE

Avoir une meilleure connaissance du réseau en addictologie et orienter plus facilement les patients ayant des atteintes

sévères vers les services spécialisés en addictologie.

Public cible

Professionnels des maisons de santé pluridisciplinaires

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

- Démarrer un travail expérimental en ciblant les professionnels de la MSP Ingres par l'organisation de temps d'échanges ;
- Relever les besoins et les problématiques des professionnels de premier recours en addictologie ;
- Echanger sur les représentations de chacun sur la manière d'aborder la question du diagnostic ;
- Apporter des éléments de réponse autour de la question « comment aborder cette problématique avec votre patientèle », et ce plus particulièrement autour de la thématique « alcool-tabac » - aborder la technique de l'entretien motivationnel ;
- Apporter des éléments de réponse sur la réduction des risques en addictologie ;
- Apporter des éléments de réponse pour mieux dépister et orienter les personnes (connaissance du réseau).
- Proposer des Newsletters d'information
- Evaluer les prises en charge les plus adaptées (circuit de prise en charge, critères d'hospitalisation) ;
- Créer des liens dans des lieux où la problématique est prégnante (CHRS, CHU, ...)

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

- Nombre de rencontres de l'ELSA avec les professionnels de santé ;
- Nombre de Newsletters ;
- Autres acteurs en addictologie inclus dans le projet

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale



Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)



Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)



Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)



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



Identification des freins et leviers

Freins :

Peu de communication interprofessionnelle ;

Peu d'échanges ni de liens entre les libéraux et services spécialisés en addictologie ;

Leviers :

Projet de l'ELSA d'apporter un appui en-dehors de l'hôpital ;

Première réunion avec la MSP Ingres le 12/10/2021 ;

Une charte de la Réduction des Risques Alcool

Formations en tabacologie

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action



LIBELLE DE L'ACTION

3.2.8.2 5.2 Favoriser l'adhésion des professionnels à la CPTS
Fiche action à travailler (post signature ACI)

Si mission transversale 1 pas possible

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

MISSION FACULTATIVE 2 : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

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

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Nécessité d'augmenter le nombre d'adhésion et l'implication des PS

Objectif(s) opérationnel(s)

Favoriser une meilleure communication interne et externe à la CPTS

Public cible

MG, chirurgiens-dentistes, sage-femmes

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

Créer des outils de communication : site internet, Facebook, LinkedIn, Instagram, ...
Réaliser des entretiens individuels motivationnels

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

Nombre d'adhésions Nombre de participants aux actions
--

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

--

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

Salles de réunion Fournitures de bureau
--

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

Abonnements réseaux sociaux

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

Coordonnateur CPTS PS adhérents : temps consacré à la diffusion de l'information Professionnels de la communication

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

--

Identification des freins et leviers

<u>Freins</u> : manque de temps des PS, crainte de surcharge de travail, doutes sur l'intérêt individuel de la nouvelle organisation, manque de confiance en soi sur la participation à cette création, crainte de manque de légitimité, crainte d'incompétence <u>Leviers</u> : partager les expériences déjà créer, maintenir des objectifs réalistes, ténacité des premiers acteurs

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

--

4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

5.1 GOUVERNANCE (scénario envisagé)

Dès la phase initiale, nous avons eu une représentation significative des différents acteurs de soins. Une première association de préfiguration a été créée en septembre 2020. Celle-ci sera dissoute après la validation du projet de santé. Une seconde association sera créée, avec de nouveaux statuts et l'élaboration d'un règlement intérieur pour pouvoir signer les Accords Conventionnels Interprofessionnels.

Les statuts fixent le cadre général de fonctionnement de la CPTS en garantissant sa volonté d'inclusion et de pluri-professionnalité.

Le Règlement Intérieur fixe les modalités de fonctionnement (représentativité et mécanisme financier).

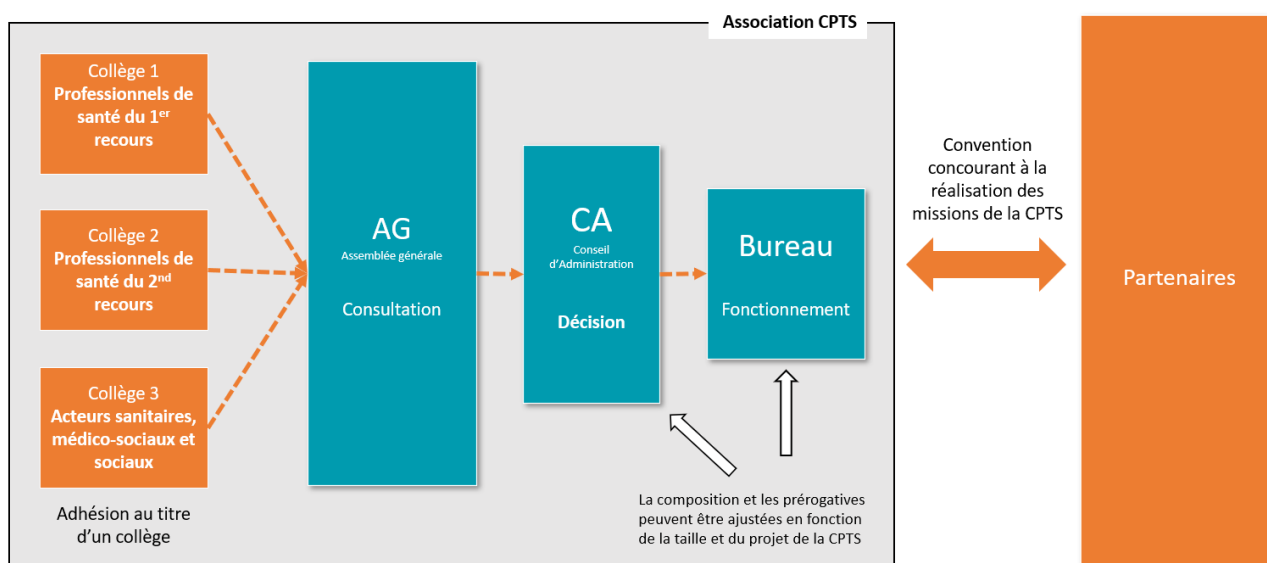
La gouvernance sera représentative de la place des acteurs dans la réalisation des missions.

Le périmètre territorial de la CPTS pourra être amené à évoluer en fonction de sa montée en charge.

Les principes fondateurs des CPTS garantissent une organisation pluriprofessionnelle ouverte à tous les professionnels de santé qui le souhaitent, aux usagers et citoyens, aux établissements sanitaires et médico-sociaux, du territoire voire au-delà. La transparence financière est également indispensable.

Promouvoir la CPTS auprès des partenaires reste primordial, notamment pour bien en expliquer l'objet et la fonction.

Voici un schéma permettant d'ébaucher les modalités de gouvernance de la CPTS de Montauban :



La base de composition de l'Assemblée Générale repose sur les bases réglementaires définies à l'article L.1434-12 du code de la Santé Publique :

- Professionnels santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires ;
- D'acteurs assurant les soins de premier ou de deuxième recours ;
- D'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les modalités d'organisation pourraient être les suivantes :

- Organisation d'une gouvernance par collèges (3 collèges) avec une pondération des voix du conseil d'administration (consultation et/ou arbitrage, nombre de voies à définir par collège). Le choix du mode de délibération doit être défini (majorité simple, absolue, qualifiée...)

Voici ci-dessous une répartition possible :



Option possible : collège 3 uniquement avec voix consultative et non délibérative.

- L'assemblée générale donne des avis et est consultée sur les délibérations importantes. Elle réunit l'ensemble des membres et adhère au titre d'un collège. Le **CA organise les débats, présente les actions réalisées et met aux voix les délibérations importantes** (gestion, budget, investissement, orientations stratégiques, modification des statuts...). L'Assemblée générale organise l'élection des représentants par collège ;
- Le Conseil d'Administration prend des décisions et met en œuvre les orientations arrêtées en assemblée générale. Il est également structuré par collège. Les administrateurs peuvent être des personnes physiques ou morales. **Sa composition et la pondération des voix doit refléter les missions des CPTS.** Ces administrateurs sont élus par l'Assemblée Générale ou cooptés. Pour le premier mandat, la composition du Conseil d'Administration peut être réalisée par voie statutaire. Il valide l'adhésion des membres de la CPTS ;
- Le bureau de l'association est composé uniquement de professionnels de santé (CSP). Ils sont issus du Conseil d'Administration et sont choisis ou élus par les membres du Conseil d'Administration. Le bureau participe au fonctionnement quotidien et à la mise en œuvre des délibérations. A déterminer lors de la fondation de l'association.

NB : le Conseil d'Administration doit arbitrer sur la qualité de membre ou de partenaire. En fonction des candidatures, soit la structure qui candidate est associée en tant que MEMBRE de l'association Collège 3, soit la structure signe une convention de partenariat avec la CPTS.

4.2 COORDINATION DES ACTEURS

Deux niveaux de coordination sont définis :

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

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

Définition des missions de coordination (coordination interne et coordination externe), estimation du temps de coordination, recrutement d'un coordinateur, formation à la coordination ...

MAJ de l'ABD
 Coordination entre les professionnels
 Coordination avec les partenaires
 Communication ; Création site internet CPTS / Facebook / Linked In / Instagram

Description des MODALITES DE COORDINATION au regard des MISSIONS RETENUES

SI et autres outils de coordination, réunions pluriprofessionnelles, protocoles pluriprofessionnels sur des problématiques identifiées, modalités de transmission des données de santé, supports de communication...

Mise en place et suivi des actions ;
 Suivi du calendrier
 suivi des indicateurs
 organisation des groupes de travail

4.3 SYSTEMES D'INFORMATION

Intitulé de l'action	Besoins / Caractéristiques	Outils déjà disponible(s) Oui / Non	Outils à développer Oui / Non
SI pour la coordination et le pilotage du projet	Site internet CPTS Montauban Newsletter Annuaire des adhérents de la CPTS Annuaire des partenaires de la CPTS Plexus Santé ?	NON NON NON OUI NON	OUI OUI OUI OUI
Mission 1 Accès aux soins / Action Accès aux soins non programmés	MEDUNION Urgences ? Tmm software	NON	oui
Mission 2 Parcours et Coordination Maladies	SPICO Discussion et SPICO Dossiers	OUI	OUI

chroniques			
Mission 2 Parcours des Personnes Agées	DMP SPICO Dossiers (cas complexes)	En cours OUI	OUI NON
Mission 3 / Nutrition et Activité Physique	Site internet GOOVE	NON	

Commentaires :

Critères de sélection et descriptif des outils retenus par la CPTS

Interopérabilité, adaptation aux solutions mobiles, sécurisation des données, indicateurs paramétrables, facilité d'usage/ergonomie, coût, délai de disponibilité, nécessité d'une formation à l'outil, fonctionnalités possibles, compatibilité DMP...

Pour le fonctionnement au sein même du réseau : établir quel niveau d'information est donné aux **adhérents** ;
Evaluer avec les membres du comité de pilotage quel niveau d'information est donné aux **partenaires** de la CPTS de Montauban ;

4.4 BUDGET PREVISIONNEL

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

- 1ère partie : Fonctionnement général de la CPTS (pilotage, coordination et communication du projet)
- 2ème partie : Fonctionnement de chaque mission Une synthèse globale synthétique figure à la fin du budget

4.4.1 Partie 1 : Fonctionnement général de la CPTS

Elaboration, coordination, communication du projet

Dépenses

Indemnités des professionnels	0
Fonctionnement Association	0
Total Salaires	30 000
Coordinateur	30 000
Total Honoraires	20 000
Expertise, comptabilité	8000
Assurances	1000
Loyers	5000
Frais bancaires	1000
Communication	5000
Total Moyens matériels	10 000
Logiciel, location, publicité, formation...	
Logiciel	3000
Frais divers (envoi, bureautique...)	5000

Matériel informatique (amortissement/an)	1000
Consommables	1000
Total dépenses	60 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources

Assurance Maladie ACI	60 000
En fonction de la taille de la CPTS	
Ressources complémentaires	1000
Cotisations des membres	
Total ressources	61 000

4.4.2 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 1 : Accès aux soins

Moyens et résultats

Partie 2

Fonctionnement de la mission en faveur de
l'accès aux soins
Moyens et résultats

Dépenses

Indemnités des professionnels	55000
<i>Organisation et réalisation de la mission</i>	
Salaires	
<i>Coordinateur, secrétariat...</i>	
Honoraire consultant	32500
<i>Expertise, formation, comptabilité</i>	
Moyens matériels	12500
<i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	
Total dépenses	100000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources

ACI - Fixe	70000
<i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	
ACI - Résultat	30000
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires	
<i>Facultatif</i>	
Total ressources	100000

4.4.3 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 2

	Dépenses
Indemnités des professionnels	48000
<i>Organisation et réalisation de la mission</i>	
Salaire	
<i>Coordinateur, secrétariat...</i>	
Honoraire consultant	17000
<i>Expertise, formation, comptabilité</i>	
Moyens matériels	5000
<i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	
Total dépenses	70000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

	Ressources
ACI - Fixe	35000
<i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	
ACI - Résultat	35000

<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	_____
Ressources complémentaires	<input type="text"/>
<i>Facultatif</i>	<input type="text"/>
Total ressources	<input type="text" value="70000"/>

4.4.4 Partie 2 : Fonctionnement de la mission socle 3

Dépenses

Indemnités des professionnels	<input type="text" value="15 000"/>
Organisation de la mission	5 000
Réalisation de la mission	10 000
Salaires	<input type="text" value="4 000"/>
Coordinateur, secrétariat	4 000
Honoraire consultant	<input type="text" value="1 000"/>
Expertise, formation, comptabilité	1 000
Moyens matériels	<input type="text" value="10 000"/>
Logiciel, location, formation...	5 000
Publicité, communication	5 000
Total dépenses	<input type="text" value="30 000"/>
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources

ACI - Fonctionnement	<input type="text" value="15 000"/>
ACI - Résultat	<input type="text" value="15 000"/>
Fonction taille et atteinte des objectifs	
Ressources complémentaires	<input type="text"/>
Facultatif	<input type="text"/>

Total ressources

30 000

4.4.5 Partie 2 : Fonctionnement de la mission 4 – Participation à la gestion de crise sanitaire grave

Partie 2

Fonctionnement de la mission 4 Participation à la gestion de crise sanitaire grave

Moyens et résultats

Dépenses

Indemnités des professionnels

58500

Organisation et réalisation de la mission

Salaires

Coordinateur, secrétariat...

Honoraire consultant

16500

Expertise, formation, comptabilité

Moyens matériels

12500

Logiciel, location, publicité, formation...

Total dépenses

87500

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

Ressources

ACI - Fixe

35000

En fonction de la taille de la CPTS

ACI - Résultat

52500

Fonction taille et atteinte des objectifs

Ressources complémentaires

Facultatif

Total ressources

87500

4.4.6 Partie 2 : fonctionnement de la mission 5 complémentaire

Moyens et résultats

Dépenses

Indemnités des professionnels	9 000
Organisation de la mission	4 000
Réalisation de la mission	5 000
Salaires	3 000
Coordinateur, secrétariat	3 000
Honoraire consultant	1 000
Expertise, formation, comptabilité	1 000
Moyens matériels	7 000
Logiciel, location, publicité, ...	2 000
Formation	5 000
Total dépenses	20 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources

ACI - Fonctionnement	10 000
ACI - Résultat	10 000
Fonction taille et atteinte des objectifs	
Ressources complémentaires	
Facultatif	
Total ressources	20 000

4.4.7 Partie 2 : Fonctionnement de la mission 6 complémentaire

Moyens et résultats

Dépenses

Indemnités des professionnels	4 000
Organisation de la mission	500
Réalisation de la mission	3 500
Salaires	1 000
Coordinateur, secrétariat...	1 000
Honoraire consultant	8 000
Expertise, comptabilité	1 000
Consultant	2 000
Formation	5 000
Moyens matériels	2 000
Logiciel, location	1 000
Publicité	1 000
Total dépenses	15 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources

ACI - Fonctionnement	7 500
ACI - Résultat	7 500
Fonction taille et atteinte des objectifs	
Ressources complémentaires	
Facultatif	
Total ressources	15 000

4.4.8 Partie 3 : Budget global de la CPTS

Partie 3 Budget global de la CPTS

Dépenses	
Fonctionnement général <i>Elaboration, coordination, communication du projet</i>	60000
Mission 1 - Accès aux soins <i>Moyens et résultats</i>	100000
Mission 2 – Pluriprofessionnel	70000

Moyens et résultats

Mission 3 - Prévention 30000

Moyens et résultats

Mission 4 – Crise sanitaire grave 87500

Moyens et résultats

Mission 5 – Qualité et pertinence 20000

Moyens et résultats

Mission 6 – Accompagnement des professionnels 15000

Moyens et résultats

Total dépenses 382500

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

Ressources

Fonctionnement général 60000

Elaboration, coordination, communication du projet

Mission 1 - Accès aux soins 100000

Moyens et résultats

Mission 2 - Pluriprofessionnel 70000

Moyens et résultats

Mission 3 - Prévention 30000

Moyens et résultats

Mission 4 – Gestion de crise sanitaire grave 87500

Moyens et résultats

Mission 5 – Qualité et pertinence des soins 20000

Moyens et résultats

Mission 6 – Accompagnement des professionnels de santé 15000

Total ressources

382500

Pour un taux d'atteinte des résultats de 100%

4.5 PLANIFICATION DU PROJET

Les informations concernant la mise en œuvre des actions (planning, indicateurs, moyens nécessaires,...) seront des éléments affinés lors de l'arrivée du coordinateur. Ce dernier sera à même d'évaluer avec le recul nécessaire ces points de cadre.

5. ANNEXES

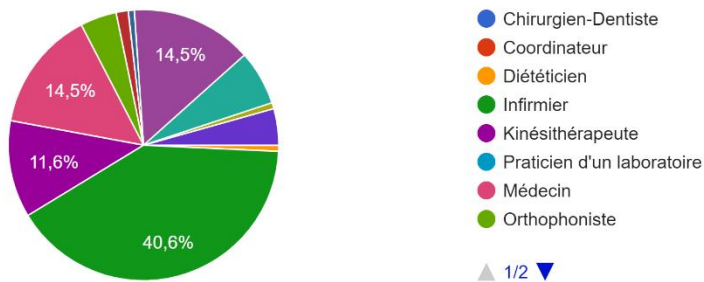
5.1 COMPTE-RENDU DU QUESTIONNAIRE QUALITATIF

Nombre de réponses au questionnaire : 132

Profession	Nombre de réponses	Pourcentage	Mode d'exercice
Infirmier	51	40,6%	45 Libéral / 2 Salarié / 5 Mixte
Pharmacien	20	14,5%	20 Libéral
Médecin	19	14,5%	17 Libéral / 2 salariés
Kinésithérapeute	16	11,6%	16 Libéral
Psychologue	9	6,5%	5 Libéral / 4 Mixte
Orthophoniste	6	4,3%	6 Libéral
Sage-Femme	5	4,3%	4 Libéral / 1 Mixte
Orthoptiste	2	1,4%	2 Libéral
Diététicien	1	0,7%	1 Mixte
Pédicure	1	0,7%	1 Libéral
Psychomotricien	1	0,7%	1 Libéral
Dentistes	0	0%	
Ergothérapeute	0	0%	
Praticien de laboratoire	0	0%	

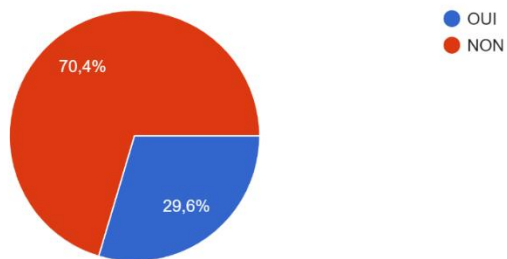
PROFESSION

138 réponses



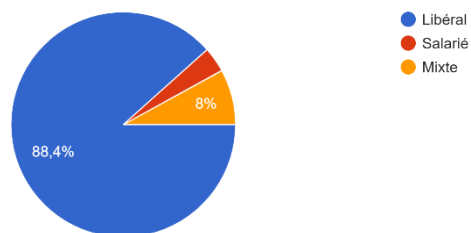
Je souhaite rester anonyme

125 réponses



Quel est votre mode d'exercice :

138 réponses

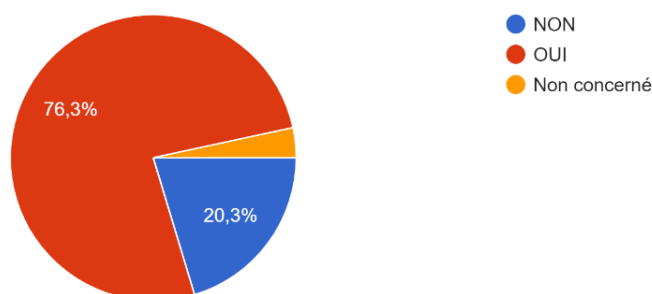


1- Accès aux soins

a) Refus de patients pour de nouvelles prises en charge

Vous arrive-t-il de refuser des patients pour de nouvelles prises en charge ?

118 réponses



Refus de nouveaux patients	Médecins 19	Infirmiers 51	Kinés 16	Psychos 9	S-F 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3
OUI	10 / 52%	43 / 83%	16 / 100%	3 / 33%	4 / 80%	6 / 100%	0	2
NON	7 / 37%	6 / 11%	0	6 / 66%	1 / 20%	0	2	1
NON CONCERNE	2 / 11%	3 / 6%	0	0	0	0	0	0

Si oui, combien environ par semaine ?

Nombre de refus par semaine	Médecins 10	IDE 43	Kinés 16	Psycho 3	SF 4	Orthophonistes 6	Autres pro 2
ENTRE 10 ET 20	2	0	6	0	1	2	0
ENTRE 5 ET 9	3	0	4	1	0	2	0
ENTRE 3 ET 4	2	1	3	1	1	1	0
ENVIRON 1 A 2	1	16	0	1	2	1	2
MOINS DE 1	0	19	0	0	0	0	0
NON DETERMINE	2	7	2	0	0	0	0

Commentaires :

Médecins : « C'est surtout le secrétariat qui fait barrage selon notre décision "pas de nouveaux patients " mais si c'est la famille d'un patient ou demandé par un confrère ou dans le milieu amical sportif j'accepte souvent »

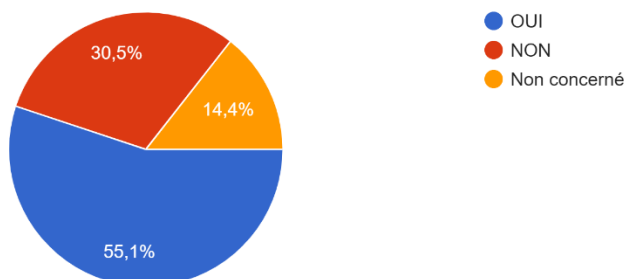
Infirmiers : « aléatoire en fonction des semaines »

Kinés : « je ne décroche plus le téléphone »

b) Proposez-vous des créneaux d'accès aux soins non programmés ?

Proposez-vous des créneaux d'accès aux soins non programmés ?

118 réponses

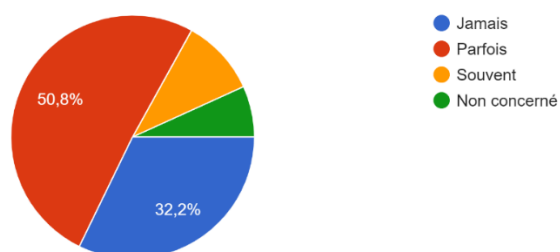


Accès aux soins non programmés	Médecins 19	IDE 51	Kinés 16	Psycho 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3
OUI	14	32	5	3	4	2	2	0
NON	3	13	10	3	1	2	0	2
Non concerné	2	6	1	3	0	2	0	1

c) Refus de patients pour des prises en charge urgentes ?

Vous arrive-t-il de refuser des patients pour des prises en charge urgentes faute de ressources suffisantes ?

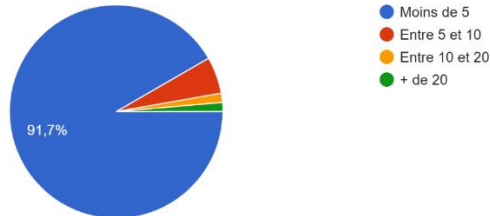
118 réponses



Refus de patients pour des prises en charge urgentes	Médecins 19	IDE 51	Kinés 16	Psycho 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3
JAMAIS	7	19	1	4	3	0	2	0

PARFOIS	10	28	7	4	2	4	0	1
SOUVENT	0	0	8	0	0	2	0	1
N/C	2	4	0	1	0	0	0	1

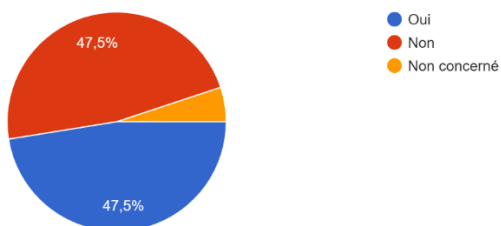
Si oui, combien par semaine ?
72 réponses



Nombre de refus par semaine	Médecins 10	IDE 28	Kinés 15	Psycho 4	SF 2	Orthophonistes 6	Autres pro 2
MOINS DE 5	9	28	10	4	2	6	2
ENTRE 5 ET 10	2	0	2	0	0	0	0
ENTRE 10 ET 20	0	0	1	0	0	0	0
NON DETERMINE	0	0	2	0	0	0	0

d) Refus de patients en situation de fragilité ?

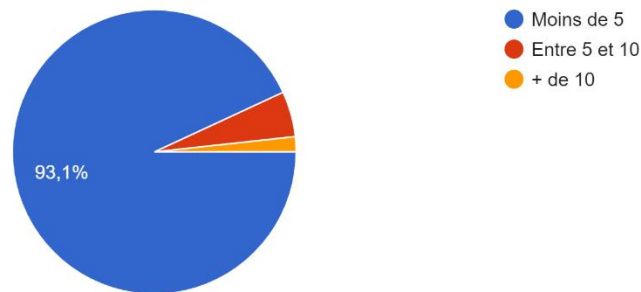
Vous arrive-t-il de refuser des patients en situation de fragilité (ALD, personnes âgées, personnes bénéficiaires de la CMU,...) ?
118 réponses



Refus de patients en situation de fragilité	Médecins 19	IDE 51	Kinés 16	Psycho 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3
OUI	7 / 36%	29 / 57%	12 / 75%	2 / 22%	0	2	0	2
NON	10 / 58%	19 / 37%	3 / 19%	7 / 78%	5	4	2	0
N/C	2	3	1	0	0	0	0	1

Si oui combien par semaine ?

58 réponses

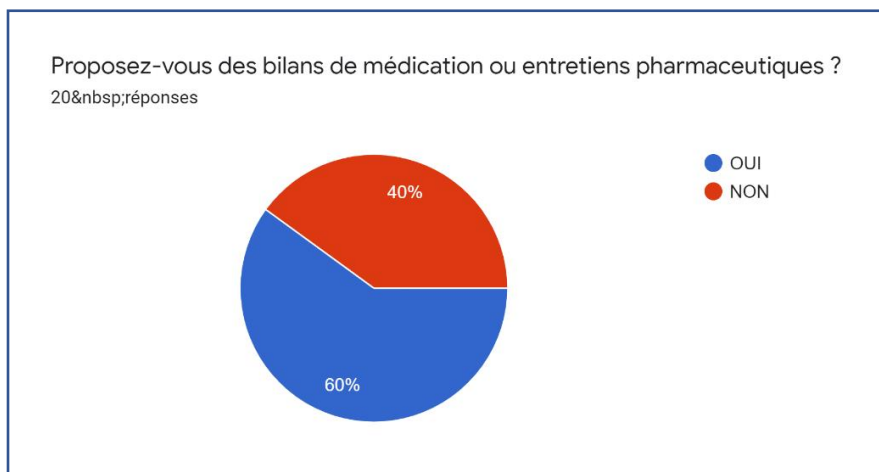


Nombre de refus par semaine	Médecins 7	IDE 29	Kinés 12	Psycho 2	Orthophonistes 2	Autres pro 2
ENTRE 5 ET 10	0	0	3	0	0	0
MOINS DE 5	7	29	9	2	2	2
N/C	12	22	4	7	4	1

e) Accès aux soins et pharmaciens

Pharmaciens : 20

L'ensemble des pharmaciens pratiquent la vaccination.

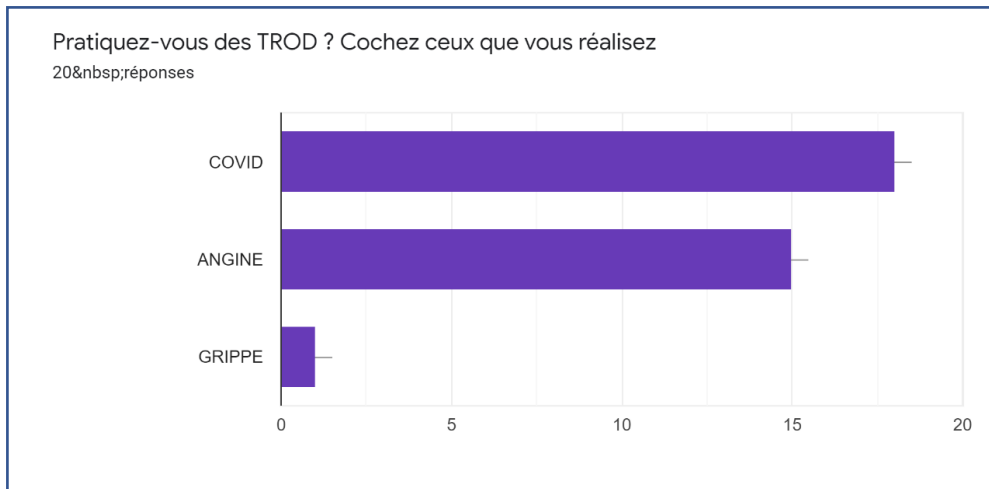


Bilans de médication ou entretiens pharmaceutiques

entretiens pharmaceutiques :

OUI : 12/20

NON : 8/20



Les pharmaciens qui pratiquent les Test Rapides d’Orientation Diagnostique :

COVID : 18

ANGINE : 15

GRIPPE : 1

Commentaire : les bilans de médication sont à développer

2- Parcours de soins

a) Les situations les

plus difficiles à gérer dans la pratique

PEC Patients	SITUATIONS DIFFICILES A GERER	Médecins 19	ID E 51	Kiné s 16	Pharmacies 20	Psych o 9	S F 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	Total
PATHOLOGIES	Cas complexes avec dysfonctionnement familial	X	X			X			X		4
	PEC Fin de vie, soins palliatifs	X	X								2
	PEC douleurs chroniques	X	X								2
	Troubles cognitifs / Alzheimer NON PEC		X		X						2
	Alcoolisme sans protocole de prise en charge ; Addictions		X		X						2
	PEC des patients psychotiques				X						1
	Infection urinaire ;				X						1
	Crise d’asthme				X						1
	Risque suicidaire					X					1
	Suivi des insuffisants	X									1

	cardiaques dans la phase initiale (3 premiers mois)										
	Suivi cancérologie	X									1
	PEC de la détresse psychologique, sentiment de solitude, ...		X								1
	Gestion des traitements d'INR		X								1
	Obésité de l'enfants		X								1
	Patients BPCO		X								1



PEC Patients	SITUATIONS DIFFICILES A GERER	Médecins 19	ID E 51	Kiné s 16	Pharmacie ns 20	Psych o 9	S F 5	Orthophonist es 6	Orthoptist es 2	Autre s pro 3	Total
PUBLICS	Personnes isolées (géographique, sans entourage), sans ressources	X	X		X						3
	Situations interculturelles avec barrière de la langue	X	X	X							3
	Maintien à domicile de personnes âgées isolées et très dépendantes	X	X		X						3
	PEC de patients avec des contraintes physiques importantes		X								1
	Patients non connus sans carte vitale ni ordonnance de suivi	X									1

	Personnes en situation de précarité, vétusté de l'habitat		X								1
	Enfants et adolescents		X								1
	Patients sous tutelle		X								1
	PEC Patients en post-op nécessitant 3 à 4 séances hebdomadaires			X							1
	Patients très jeunes							X			1

MODALITES DE PEC SITUATIONS RENCONTREES	Médecins 19	ID E 51	Kiné s 16	Pharmacies 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	Total
Gestion des soins non programmés (URGENCES)	X		X			X	X		X	5
Visites à domicile à traiter en urgence ;	X					X				2
Difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité, ...) et/ou entourage / Environnement familial absent	X	X		X	X		X			5
Non partage du dossier médical		X	X				X	X		3

Patients sans médecin traitant		X		X		X				3	
Départs à la retraite sans remplacement											
Non adhésion aux soins ; non observance des consultations ;		X	X							2	
Impossibilité de prendre en charge des patients par manque de disponibilité			X				X			2	
Urgences ressenties vs urgences médicales / demandes par les patients de rendez-vous instantanés ;	X									1	
Difficultés sociales et psychologiques non prises en charge financièrement ; Ergothérapie non financée	X									1	
Ordonnances qui ne sont pas valables ;				X						1	
Désistements des patients			X							1	
Patients sans droits administratifs				X						1	
Gestion des ordonnances de stupéfiants (ordonnance non conforme, ...)				X						1	
Signalement de violences familiales avec risque de perte de contact avec l'enfant concerné ;					X					1	
Retour à domicile après une sortie précoce de la maternité ;						X				1	
Réalisation de bilans complexes (handicaps lourds, patients non-verbaux, malvoyants, troubles du neurodéveloppement) nécessitant une anamnèse minutieuse, un temps d'examen plus long et des échanges humains avec l'entourage								X		1	
SOINS	Soin technique à coordonner avec un prestataire de service		X		X						2
	Mise en place de perfusions ;		X								1
	Soins de nuit		X								1

	Soins d'hygiène pour des patients en surpoids, sans équipement		X									1
	Des rééducations très spécifiques à réaliser (urologie, vestibulaire, ...)			X								1
	Gestion des stocks de spécialités pharmaceutiques (ruptures de stock) ; Rupture de fabrication de médicament sans équivalent				X							

En lien avec la prise en charge des patients

En lien avec les modalités de collaboration

COLLABORATION / COORDINATION	Médecins 19	ID E 5 1	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychos 9	S F 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3	Total
Manque de coordination : - MT/Spécialistes - IDE/MT - Pharmaciens/MT/spécialistes - Psychos/Psychiatres/Neuropédiatres - Orthophonistes/spécialistes - Orthoptistes/Ophtalmos - Libéral/Institutions	X	X		X	X		X	X		6
Manque de disponibilité des professionnels de santé médicaux (médecins, orthophonistes) - difficultés à prendre en charge les patients dans des délais raisonnables ;	X	X		X	X		X	X		6
Lien ville-hôpital : sorties d'hospitalisation non organisées, sans courrier de sortie, sans aides mises en place, Manque de places pour hospitalisation des	X	X		X		X				4

patients, sorties plus difficiles le WE. Présentations spontanées de patients ne relevant pas d'une prise en charge en urgence faute de médecin traitant ou faute de disponibilité du médecin traitant									
Problèmes de communication (difficultés pour se joindre, ordonnances non lisibles, pas de retour, difficultés le week-end, nonaccès aux informations concernant la pathologie du patient)	X	X		X	X				4
Complications administratives Demandes administratives abusives de certaines administrations (comptes-rendus, attestations, etc.)		X		X			X		3
Désaccords sur le plan réglementaire (ordonnances envoyées par mail au patient, des ordonnances non conformes sur le plan réglementaire et des recommandations, actes hors nomenclature, ...)		X		X					2
Manque d'échanges et de partage autour des situations rencontrées avec les patients					X			X	2
Difficultés à identifier les professionnels de santé qui interviennent dans la PEC		X							1
Impossibilité de trouver un correspondant pour télé expertise	X								1
Difficultés à trouver des professionnels de santé qui se déplacent au domicile du patient		X							1

Difficultés relationnelles avec les autres professionnels de santé				X						1
Sentiment de manque de reconnaissance, manque de compréhension du corps médical par les autres professions de santé ;				X						1
Démarche diagnostique et liens avec les autres professionnels de santé									X	1
Postes vacants en salariat dû à des salaires peu attractifs ☒ recours systématique au libéral pour des soins qui devraient être proposés en centre (CMP, CMPP, SESSAD, CAMSP, IME, ...) ;							X			1

En lien avec les conditions de travail

CONDITIONS DE TRAVAIL	Médecins 19	ID E 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	S F 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3	Total
Manque de temps, charge de travail importante, rythme soutenu entraînant fatigue et mal-être au travail		X	X			X	X			4
Gestion de l'administratif	X		X							2
Gestion des AT	X									1
Organisation du planning vs contrainte patient Impossibilité d'installation de nouveaux kinésithérapeutes lié aux		X	X							2

contraintes du zonage										
Souhait de faire + de VAD			X							1
Sentiment d'être livré à soi-même quand la coordination famille – médecin est peu ou pas existante (charge et responsabilités importantes)		X								1
Choix de soins « de base » par faute de temps pour réaliser des soins plus complexes		X								1
Séances de vaccination COVID chronophage				X						1

Médecins

PEC des patients :

- Pathologies
 - o Suivi des insuffisants cardiaques dans la phase initiale (3 premiers mois)
 - o Cas complexes (pathologies complexes, dossier médical important, problématiques sociales associées) nécessitant des interventions coordonnées pluridisciplinaires (cancer, fin de vie, douleur chronique)
- Publics :
 - o Personnes âgées isolées (hors Montauban)
 - o Situations interculturelles avec barrière de la langue ; (id. IDE)
 - o Patients non connus sans carte vitale ni ordonnance de suivi
- Modalités de prise en charge :
 - o Urgences ressenties vs urgences médicales / demandes par les patients de rendez-vous instantanés ;
 - o Difficultés sociales et psychologiques non prises en charge financièrement ; Ergothérapie non financée
 - o Gestion des soins non programmés hors horaires PDSA (cabinet Bellevue : des plages horaires sont réservés matin et soir pour la patientèle du cabinet)
 - o Visites à domicile à traiter en urgence ;
 - o Difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité, ...)

Coordination :

- Difficultés de communication entre médecins généralistes et spécialistes (difficultés à les joindre, contacts pris sans retours, délais d'attente pour un RDV médical trop long, impossibilité de trouver un correspondant pour télé expertise) ; Médecins généralistes ont à réaliser des actes de spécialistes faute de RDV ;
- Manque de places pour hospitalisation des patients ;

Conditions de travail :

- Appels téléphoniques ;
- Gestion de l'administratif ;

Au niveau des urgences hospitalières :

- Difficultés à prendre en charge les patients dans des délais raisonnables ;
- Présentations spontanées de patients ne relevant pas d'une prise en charge en urgence faute de médecin traitant ou faute de disponibilité du médecin traitant ;

Infirmiers

PEC des patients :

- Pathologies :
 - o Cas complexes avec dysfonctionnement familial
 - o Alcoolisme sans protocole de prise en charge ;
 - o PEC de la détresse psychologique (impératifs horaires dans la réalisation de la tournée), sentiment de solitude, ...
 - o PEC de patients avec des contraintes physiques importantes ;
 - o Gestion des traitements d'INR
 - o Obésité de l'enfants ;
 - o Patients BPCO ;
 - o Patients Alzheimer sans entourage familial – agressivité des patients envers les soignants
- Publics :
 - o Situations interculturelles avec barrière de la langue ; (id. Médecins)
 - o Personnes en situation de précarité, vétusté de l'habitat ;
 - o Enfants et adolescents ;
 - o Personnes en situation d'isolement familial (Id. Médecins), sans ressources extérieures ;
 - o Patients en fin de vie, soins palliatifs
 - o Patients en ville (difficultés de déplacements, difficultés pour se garer) ;
 - o Patients sous tutelle ;
 - o Maintien à domicile de personnes âgées isolées et très dépendantes ;
- Soins à réaliser :
 - o Mise en place de perfusions ;
 - o Soins de nuit ;
 - o Soins techniques à coordonner avec un prestataire ;
 - o Soins d'hygiène pour des patients en surpoids, sans équipement ;
- Situations rencontrées :
 - o Non adhésion aux soins ; non observance des consultations ;
 - o Patients sans médecin traitant ; Médecins non remplacés ;
 - o Relations difficiles avec l'environnement familial ou environnement familial absent ;
 - o Difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité, remarques désagréables, exigences, ...) (Id. Médecins) ;
 - o Ordonnances qui ne sont pas valables ;
 - o PEC de la douleur trop tardive ;

Coordination :

- Difficultés de coordination avec les médecins de ville (Médecin non joignable, difficultés à trouver un médecin qui se déplace au domicile du patient, ordonnances difficiles à comprendre, les soins prescrits ne sont pas pris en charge dans la nomenclature, pas de retour du médecin, ...);
- Difficultés à trouver un kinésithérapeute qui se déplace au domicile du patient ;
- Lien ville-hôpital : sorties d'hospitalisation non organisées, sans courrier de sortie, sans aides mises en place ;
- Difficultés à identifier les professionnels de santé qui interviennent dans la PEC ;
- Manque de coordination entre professionnels de santé (manque de temps, disponibilité de chaque professionnel)

Conditions de travail :

- Manque de temps pour prise en charge qualitative de la patientèle ;
- Contraintes horaires de certains patients ;
- Sentiment d'être livré à soi-même quand la coordination famille – médecin est peu ou pas existante (charge et responsabilités importantes) ;
- Choix de soins « de base » par faute de temps pour réaliser des soins plus complexes ;
- Accepter des patients déjà connus, alors que le nombre de patients PEC est déjà important ;

Propositions :

- Créer un outil de coordination à utiliser entre professionnels - Dossier patient ambulatoire commun pour tous les professionnels, facilitant la recherche d'informations concernant le patient (nom du médecin généraliste, antécédents, traitement, allergie, personne à prévenir, soins à tracer, etc.) ;
- Un moment d'analyse sur les situations complexes ou avoir des référents vers qui s'orienter en cas de difficulté dans les prises en charge que ce soit sur le plan sanitaire, social, etc.

Kinésithérapeutes

PEC des patients :

- Pathologies :
 - o PEC de patients avec des situations nécessitant de s'en référer à des kinésithérapeutes spécialisés : neurologie, pédiatrie, etc.
 - o PEC multi pathologique sans informations médicales au préalable ;
- Publics :
 - o Situations interculturelles avec barrière de la langue ; (id. Médecins et Infirmiers)
 - o PEC Patients en post-op nécessitant 3 à 4 séances hebdomadaires (difficile à concilier avec un planning chargé) – réduction du rythme des séances par manque de disponibilités ;
- Situations rencontrées :
 - o Gestion des urgences difficile à réaliser ;
 - o Désistements des patients (parfois sans prévenir) ;
 - o Non adhésion aux soins (Id. Infirmiers) ;
 - o Impossibilité de prendre en charge des patients par manque de disponibilité ;
 - o Refus de PEC faute de temps disponible (Même parfois pour des patients connus) ;
 - o Des rééducations très spécifiques à réaliser (urologie, vestibulaire, ...)

Coordination :

- Coordination nécessaire avec des kinésithérapeutes spécialisés

Conditions de travail :

- Gestion administrative lourde,
- Organisation du planning vs contrainte patient ;
- Impossibilité d'installation de nouveaux kinésithérapeutes lié aux contraintes du zonage ;
- Manque de temps, charge de travail importante, rythme soutenu entraînant fatigue et mal-être au travail ;
- Souhait de faire + de VAD ;

Pharmaciens

PEC des patients :

- Pathologies :
 - o Patients âgés avec déficit cognitif évoluant rapidement et non pris en charge,
 - o Patients Alzheimer en situation d'isolement ;
 - o Certaines addictions (Id. Infirmiers) ;
 - o PEC des patients psychotiques ;
 - o Infection urinaire ;
 - o Crise d'asthme ;
- Publics
 - o Situations interculturelles avec barrière de la langue ; (id. Médecins, Infirmiers et Kinésithérapeutes)
- Situations rencontrées :
 - o Patients sans médecin traitant (Id. IDE)
 - o Ordonnances qui ne sont pas valables (Id. IDE) ; Ordonnance non renouvelable ;
 - o Complications administratives
 - o Gestion des ordonnances de stupéfiants (patients sans droits administratifs, ordonnance non conforme, ...) ;
 - o Nonaccès aux informations concernant la pathologie du patient ;
 - o Difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité) (Id. Médecins, IDE)
 - o Difficultés relationnelles avec les autres professionnels de santé

Coordination :

- Difficultés de communication et de coordination avec les médecins de ville (Médecin non joignable (Id. IDE) pour valider une ordonnance ou confirmer une posologie, non joignables le samedi, manque de disponibilité, ordonnances envoyées par mail au patient, des ordonnances non conformes sur le plan réglementaire et des recommandations) +++ - Sentiment de manque de reconnaissance des pharmaciens par les médecins (manque de compréhension entre les deux professions) ;
- Manque de médecins traitants ;
- Lien ville-hôpital : sorties d'hospitalisation non organisées (Id. IDE), le week-end plus difficile ;
- Coordination de soins entre les prescriptions des spécialistes et ceux des MT ;

Conditions de travail :

- Mise en place de séances de vaccination COVID chronophage ;
- Gestion des stocks de spécialités pharmaceutiques (ruptures de stock) ; Rupture de fabrication de médicament sans équivalent

Psychologues

PEC des patients :

- Pathologies :
 - o Risque suicidaire ;
- Situations rencontrées :

- Signalement de violences familiales avec risque de perte de contact avec l'enfant concerné ;
- Difficultés relationnelles avec les patients (gestion de l'agressivité) (Id. Médecins, IDE, pharmaciens)
- Situations de conflits familiaux, parentaux (parfois avec des mesures judiciaires) ;

Coordination :

- Manque de disponibilités avec la pédopsychiatrie, neuropédiatrie ;
- Difficultés de communication, manque de coordination avec les médecins psychiatres, autres spécialistes ;
- Manque d'échanges et de partage autour des situations rencontrées avec les patients ;
- Des PEC institutionnelles qui ne satisfont pas aux patients ou entourage / se tournent vers le libéral sans en informer la structure concernée

Propositions :

- Réorienter vers un psychiatre en cas de besoin ;

Sages-Femmes

PEC des patients :

- Pathologies :
 - Patientes en souffrance psychologique ;
- Situations rencontrées :
 - Organisation de suivis à domicile en urgence ;
 - Retour à domicile après une sortie précoce de la maternité ;
 - Gestion des urgences gynécologiques et obstétricales ;

Coordination :

- Lien ville-hôpital : adresser un patient vers l'hôpital ;
- Manque de médecins traitants ;

Conditions de travail :

- Manque de temps

Orthophonistes

PEC des patients

- Pathologies :
 - Patients avec des PEC lourdes
- Publics :
 - Enfants très jeunes ;
- Situations rencontrées :
 - Impossibilité de prendre en charge des patients par manque de disponibilité (Id. Kinésithérapeutes, Médecins) – Pressions exercées par les parents ;
 - Gestion des urgences orthophoniques ;
 - Des demandes administratives abusives de certaines administrations (comptes-rendus, attestations, etc.)

Coordination

- Troubles associés nécessitant une coordination avec les suivis en parallèle (RDV spécialisés, attente de retours)

Conditions de travail

- Manque d'orthophonistes – départs à la retraite non remplacés ;
- Demande croissante de soins entraîne manque de temps, charge de travail importante, rythme soutenu entraînant fatigue et mal-être au travail ;

- Postes vacants en salariat dû à des salaires peu attractifs → recours systématique au libéral pour des soins qui devraient être proposés en centre (CMP, CMPP, SESSAD, CAMSP, IME, ...) ;
- Organisation de listes d'attente (18 mois à + de 3 ans) – parfois ne proposent pas d'inscrire l'enfant sur liste d'attente ;

Orthoptistes

PEC des patients :

- Réalisation de bilans complexes (handicaps lourds, patients non-verbaux, malvoyants, troubles du neurodéveloppement) nécessitant une anamnèse minutieuse, un temps d'examen plus long et des échanges humains avec l'entourage ;
- Prendre des RDV sans avoir de renseignements au préalable

Coordination

- Adresser rapidement vers des spécialistes et en particulier les ophtalmologistes ;
- Gestions des situations complexes et de la pluridisciplinarité ;

Autres professionnels (pédicure, psychomotricien, diététicien)

- Gestion des urgences ;

Coordination :

- Répondre aux besoins d'écrits urgents ;
- Trouver des temps communs pour des rdv téléphoniques avec d'autres professionnels ;
- Orienter les familles dans leur démarche diagnostique avec un accès au médecin très difficile.

b) Définissez ce qu'est pour vous un cas complexe (5 mots)

CAS COMPLEXES										
PATHOLOGIE	Médecins (19)	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychos 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres pro 3	TOTAL
Polypathologie	5	13	7	1	1	2	2			31
Symptômes / Souffrance		1	1		1	1				4
Chronicité	1	1	1							3
Stagnation		1					1			2
Gravité		1					1			2
Urgence / Crise		1					1			2
Evolutif		1								1
Décompensation					1					1
Exceptionnel			1							1
Pronostic		1								1
TOTAL	6	20	9	1	2	3	5	0	0	48

TYPE DE PATHOLOGIE											
TYPE DE PATHOLOGIE	Médecins (19)	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	TOTAL	
Problèmes psy		3			2					5	
Obésité		2								2	
Addictions		1				1				2	
Insuffisance cardiaque	1									1	
Cancer		1								1	
Allaitement		1								1	
TOTAL	1	8	0	0	2	1	0	0	0	12	
PRISE EN CHARGE											
PRISE EN CHARGE	Médecins (19)	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	TOTAL	
Pluridisciplinarité Coordination	7	10	1			1	4		1	24	
Barrière de la langue		4				4		1		9	
Problèmes de communication / Incompréhensions	1	5	1	1						8	
COM										17	
Lourd / Usant		4	2		1		2			9	
Difficultés accès aux soins	1	1	2		1	1		1	2	9	
Refus de soins / Déni / Non observance		6		1						7	
Fin de vie	1	4								5	
Difficultés de diagnostic	2		2				1			5	

Manque d'informations		1	1	1				2		5
Sans solution / Difficultés de PEC	1		1	2		1				5
Soins techniques		4								4
Errance médicale				2					1	3
Absence de suivi				1	1					2
Manque de compétences						2				2
Polymédiqué			2							2
Chronophage	1					1				2
Réflexion Analyse		2								2
Contre-Indications			1							1
Incohérences				1						1
Maintien à domicile	1									1
Chronophage	1									1
Faible rémunération	1	1								1
Domicile		1								1
Manque d'outils						1				1
TOTAL	17	43	13	9	3	11	7	4	4	110
INDIVIDU	Médecins (19)	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	TOTAL
Agressivité / Intransigeance		6			1	1				8
Dépendance	1	3	2	1						7
Handicap / Invalidité	1		3						1	5
Age		3								3

Détresse		3								3
Difficultés d'adaptation / Désorientation		1		1						2
Traumatisme					1					1
Désespoir					1					1
Fragilité			1							1
TOTAL	2	16	6	2	3	1	0	0	1	31
ENVIRONNEMENT	Médecins (19)	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3	TOTAL
Isolement / Solitude	5	11	4	1	1					22
Environnement difficile (familial / entourage / logement)	1	10	1		1					13
Multi-facteurs		5	1		3	1	1	1		12
Précarité / Difficultés sociales / financières / Inégalités	6	4								10
TOTAL	12	30	6	1	5	1	1	1	0	57
TOTAL GLOBAL	38	117	34	13	15	17	13	5	5	257

Médecins

Mots-clés : polypathologie (5) / isolement (5) / pluridisciplinarité (5) / coordination / Sans solution / chronicité / Handicap / fin de vie / perte d'autonomie / / précarité (3) / Difficultés sociales (3) / sans MT / maintien à domicile dans des situations critiques / difficultés familiales / chronophage (2) / gestion en plusieurs temps / faible rémunération / Problèmes de communication / difficultés de diagnostic (2) / difficultés à obtenir des avis spécialisés et des examens complémentaires

Exemples de pathologies : Insuffisance cardiaque

Infirmiers

Polypathologie (13) / Coordination (6) / Pluridisciplinarité (4) / Soins techniques (4) / Lourde PEC (4) / Environnement difficile (Entourage, logement) (10) / Isolement (10) / Précarité / détresse (3) / Pronostic / Age (3) / Refus (4) / Multi facteurs (médico-psycho-social-économique-familial) (5) / Inégalités / Réflexion / Analyse / Chronicité / Crise / Stagnation / Acceptation / Solitude / Difficultés financières (2) / Non-observance / Problèmes de communication (4) / Manque d'information / dépendance (3) / Incompréhension / Fin de vie (4) / Barrière de

la langue (4) / Absence de MT / Maladie grave / Maladie évolutive / Intransigeance (3) / Agressivité (3) / Difficultés d'adaptation / Faible rémunération / Domicile / Souffrance

Exemples de pathologies : cancers, obésité (2), Problèmes psy (3), addictions, Allaitement

Kinésithérapeutes

Isolement (3) / Handicap / Invalidant (2) / Pluridisciplinarité / Multi facteurs / Dépendance (2) / Environnement difficile (Entourage) / Difficultés accès aux soins (2) / Exceptionnel / Difficultés de PEC / Problèmes de communication / Manque d'informations / Souffrance / Isolement / Fragilité

Exemples de pathologies : pathologie lourde (2) / polypathologie (7) / difficultés de diagnostic (2) / Chronicité

Pharmaciens

Polymédiqué (2) / Désorientation / Solitude / Contre-indications / Manque d'informations / Incohérences / Dépendance / Non-Observance / Absence de suivi / Problèmes de communication / Absence de réponse (2)

Pathologie : polypathologie / Errance médicale (2)

Psychologues

Multi facteurs (médico-psycho-social-économique-familial) (3) / Désespoir / Traumatisme / Décompensation / PEC lourde / Absence de suivi / Accès aux soins / Isolement / Environnement difficile (Entourage) / Agressivité

Troubles psychiatriques / Multi-traumatismes / Borderline / Symptômes

Sages-Femmes

Pathologie / Pas de MT / Absence de réponse / Manque de compétences (2) / Violence / Addictions / **Barrière de la langue (4)** / Coordination / Manque d'outils / Manque de temps

Orthophonistes

Pluridisciplinarité (3) / Polypathologies (2) / Multi facteurs (médico-psycho-social-économique-familial) / Urgence / Sévérité / Lourdeur administrative / Coordination / Pathologie lourde / Absence d'évolution / Difficultés de diagnostic

Orthoptistes

Manque d'informations (2) / Absence de MT / Barrière de la langue / Multi facteurs (médico-psycho-social-économique-familial)

Autres professionnels (pédicure, psychomotricien, diététicien)

Pluridisciplinarité / Handicap / Accès aux soins (2) / Errance médicale

Ensemble des professionnels

Pathologie : **polypathologie (29)** / **chronicité (3)** / Stagnation (2) / Gravité (2) / pronostic / Crise / Urgence / Evolutif / Exceptionnel / Symptômes / Décompensation

Types de pathologies : **Problèmes psy (4)** / obésité (2) / **addictions (3)** / cancers / Allaitement / Insuffisance cardiaque / Borderline

Accès aux soins : Difficultés accès aux soins (5) / Sans MT (4) / Absence de réponse (3)

Prise en charge : pluridisciplinarité (14) / coordination (9) / Barrière de la langue (9) / Problèmes de communication (8) / Difficultés de diagnostic (5) / Manque d'information (5) / Lourd (5) / Refus de soins (4) / Soins techniques (4) / Errance médicale (3) / Domicile (2) / Absence de suivi (2) Non-observance (2) / Manque de compétences (2) / faible rémunération (2) / Polymédiqué (2) / PEC difficile / sans solution / chronophage / Réflexion / Analyse / Contre-Indications / Incohérences / Manque d'outils / Manque de temps / Lourdeur administrative / Inefficacité / Usant

Individu : **dépendance (8)** / **fin de vie (5)** / **Agressivité (5)** / Age (3) / détresse (3) / Intransigeance (3) / **handicap (3)** / **Solitude (2)** / Souffrance (2) / Invalidité (2) / Traumatisme (2) / désespoir / Acceptation / Incompréhension / Difficultés d'adaptation / Désorientation / Fragilité

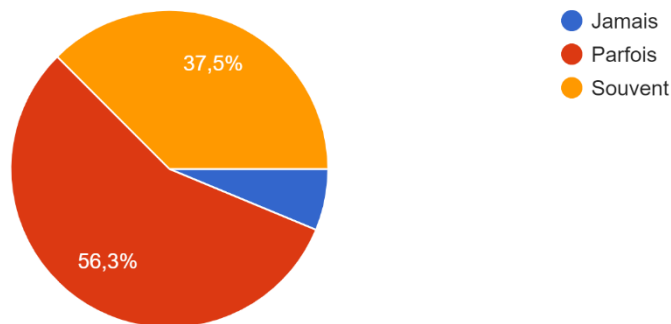
Environnement : **isolement (20) / Multi-facteurs (12) / Environnement difficile** (familial / entourage / logement) **(12)** / social (3) / précarité (2) / Difficultés financières (2) / Inégalités

Mots les plus fréquents : Polypathologie (29) / isolement (20) / pluridisciplinarité (14) / Multi-facteurs (12) / Environnement difficile (familial / entourage / logement) (12) / coordination (9) / Barrière de la langue (10) / dépendance (8) / Problèmes de communication (7) / Difficultés de diagnostic (5) / Manque d'information (5) / Lourd (5) / fin de vie (5) / Agressivité (5) / Refus de soins (4) / Soins techniques (4) / Age (3) / détresse (3) / Intransigeance (3) / handicap (3) / Errance médicale (3) / social (3)

c) Trouvez-vous facilement une réponse à un cas complexe ?

Trouvez-vous facilement une réponse à un cas complexe ?

128 réponses



Jamais : 8 réponses / 6,3%

Parfois : 72 réponses / 56,3%

Souvent : 48 réponses / 37,5%

Commentaires :

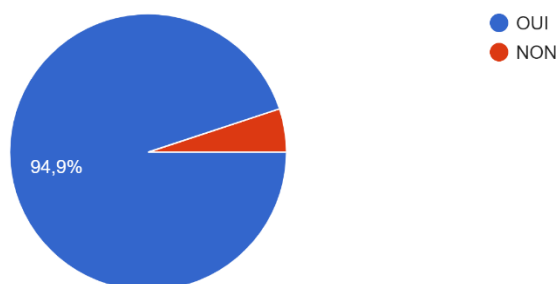
Besoin de temps / PEC Hospitalière / Incertitude / Travail d'équipe / Spécialistes / Places d'hospitalisation / Prestataires / Structures de gestion de cas complexes (PTA, MAIA, réseaux, ...) / Cloisonnement avec CMP, école / Besoin de communication médical-social-famille-auxiliaires / Besoins hors nomenclature / « je prends du recul » / Bricolage / Nécessité de présence d'une équipe médicale (2) / Besoin d'un réseau interprofessionnel / Sentiment de ne pas être soutenu / Passer la main – relais / Manque de disponibilité des structures de soins

3- Prévention

a) Faites-vous de la prévention dans votre pratique quotidienne ?

Faites-vous de la prévention dans votre pratique quotidienne?

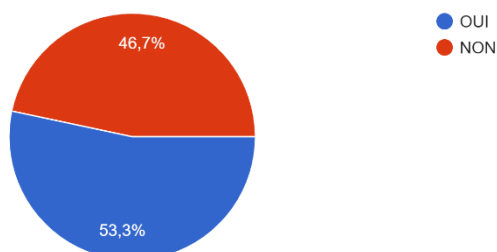
138 réponses



b) Participez-vous à des actions de prévention ?

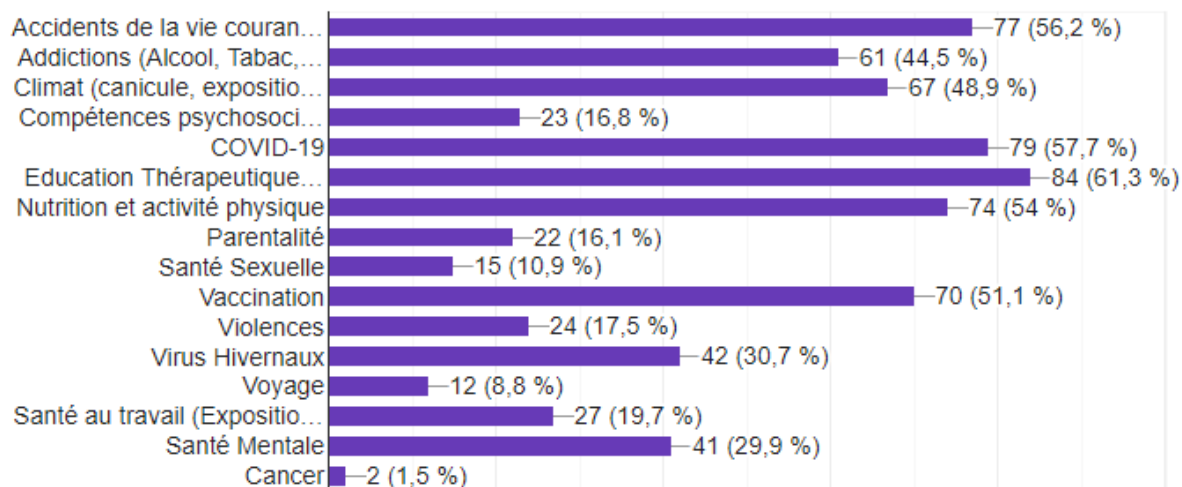
Participez-vous à des actions de prévention ?

135 réponses



	Médecins	IDE	Kinés	Pharmaciens	Psycho	SF	Orthophonistes	Orthoptistes	Autres pro
OUI	11/19	24/51	4/16	14/20	5/9	4/5	3/6	2/2	2/3

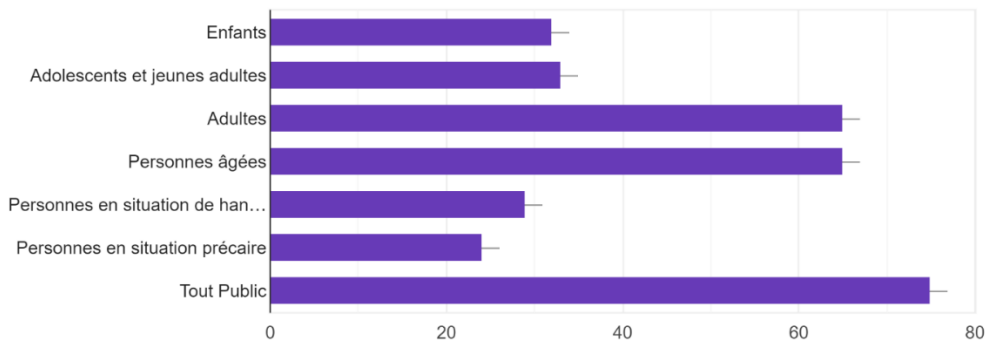
c) Thématiques abordées



d) Groupes de populations ciblées

Quel est le groupe de population que vous ciblez ?

137 réponses



Femmes enceintes (1 réponse)

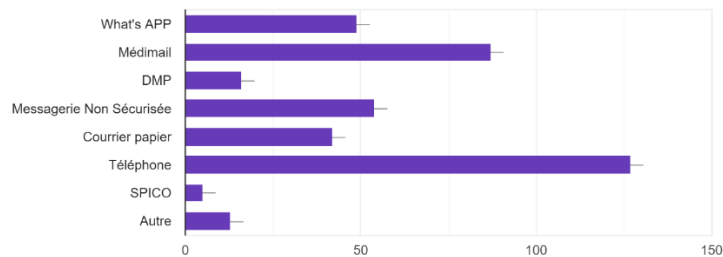
e) Commentaires

Prendre en compte les déterminants de santé (travail, loisirs, ...) / Prévention individuelle adaptée aux besoins du patient / On ne sait pas si les actions de prévention sont efficaces / On peut faire de la prévention pour tous les soins (Ex : insuline = alimentation et diabète)

4- Communication

Quels outils de communication utilisez-vous dans votre pratique professionnelle concernant vos patients ?

137 réponses

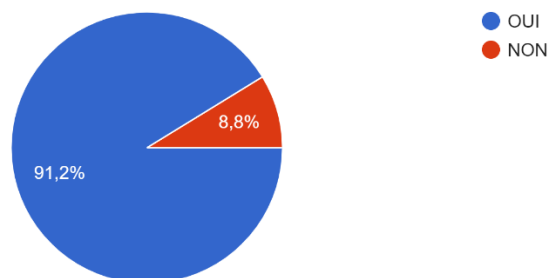


5- Accompagnement des professionnels

a) Suivez-vous régulièrement des formations professionnelles ?

Suivez-vous régulièrement des formations professionnelles ?

137 réponses



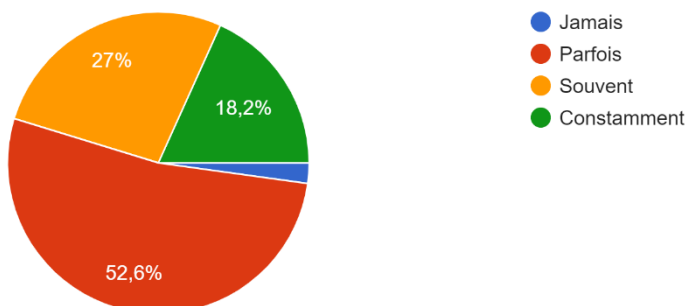
b) Si non pourquoi ?

Pas le temps (6) / Suivi par internet / Difficile de s'absenter / Manque un remplaçant / Enfants en bas âge / COVID-19

c) Dans le cadre de votre activité professionnelle, avez-vous le sentiment d'être débordé ?

Dans le cadre de votre activité professionnelle, avez-vous le sentiment d'être débordé ?

137 réponses



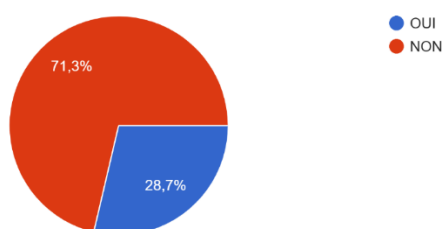
Jamais : 2,2%

Débordé ?	Médecin s (19)	ID E 51	Kiné s 16	Pharmacie ns 20	Psych o 9	S F 5	Orthophonist es 6	Orthoptist es 2	Autre s pro 3
JAMAIS	0	1	0	0	1	0	0	0	1
PARFOIS	9	34	7	7	5	2	1	1	0
SOUVENT	5	14	2	8	3	2	0	0	2
CONSTAMMENT	5	1	7	5	0	1	5	1	0
Sans réponse	0	1	0	0	0	0	0	0	0

d) Vous sentez-vous isolé dans votre pratique professionnelle ?

Vous sentez-vous isolé dans votre pratique professionnelle

136 réponses



Isolé ?	Médecin s (19)	ID E 51	Kiné s 16	Pharmacie ns 20	Psycho 9	S F 5	Orthophonist es 6	Orthoptist es 2	Autre s pro 3
OUI	5	1	7	5	1	1	5	1	0
NON	14	34	7	8	5	2	1	1	2

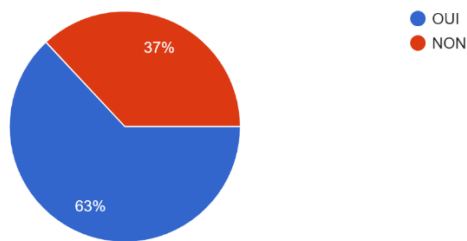
OUI	3	21 (41%)	4 (1/4)	3 (15%)	2 (22%)	1	1	1	1
NON	16	28 (54%)	12 (3/4)	17 (85%)	7	4	5	1	2
Sans réponse		2	0	0	0	0	0	0	0

6- Implication des professionnels au sein de la CPTS

a) Seriez-vous intéressé pour intégrer un groupe de travail ?

Seriez-vous intéressé pour intégrer un groupe de travail ?

138 réponses

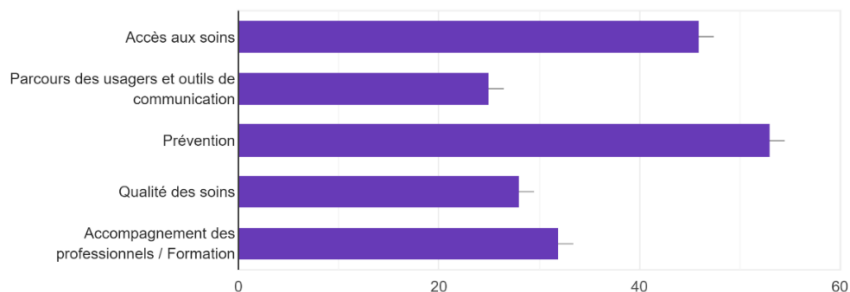


Implication GTR	Médecins 19	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3
OUI	12	32	9	11	9	4	3	2	1
NON	7	19	7	9	0	1	3	0	2

b) Thématiques souhaitées

Si oui sur quelle(s) thématique(s) ?

83 réponses



Thématiques souhaitées	Médecins 19	IDE 51	Kinés 16	Pharmaciens 20	Psychologues 9	SF 5	Orthophonistes 6	Orthoptistes 2	Autres professionnels 3
Accès aux soins	12	32	9	11	9	4	3	2	1
Parcours des usagers et outils de communication	7	19	7	9	0	1	3	0	2
Prévention	12	32	9	11	9	4	3	2	1
Qualité des soins	7	19	7	9	0	1	3	0	2
Accompagnement des professionnels / Formation	12	32	9	11	9	4	3	2	1

Accès aux soins	2	19	8	8	5	1	2	1	0
Parcours et outils de communication	2	7	1	4	5	2	0	0	0
Prévention	6	14	4	10	7	3	1	2	1
Qualité des soins	4	10	4	5	2	3	1	0	0
Accompagnement des professionnels Formation	4	13	2	3	4	2	0	1	0

Entretiens individuels qualitatifs

Voici ci-dessous la liste des professionnels ayant été interviewés :

Personnes interviewées en libéral	Profession	Lieu de travail	Date et heure du RDV	Rapporteur du diagnostic
Maria Guijarro	Médecin généraliste	MTB	30/06/2021 – 13h	Pauline Pettré
Franck Dumini	IDE Libéral	MTB	15 juin 2021 – 16h	Pauline Pettré
Pierre Lacroix	IDE Libéral	MTB	15 juin 2021 – 13h30	Pauline Pettré
Claire Vitiello	IDE Libéral	MTB	20 juillet 2021 – 14h	Pauline Pettré
Béatrice Lachèze	IDE Libérale	MTB Hippodrome	17/06/2021	Pauline Pettré
Bénédicte Usandizaga	IDE Azalée	MTB	Août 2021	Bénédicte Usandizaga
Sandrine Claracq	IDE Azalée	MTB	Août 2021	Bénédicte Usandizaga
Anne-Sophie Lalbertie	IDE Azalée	MTB	Août 2021	Bénédicte Usandizaga
Mme Yveline Coscoy	IDE anesthésiste – hypnothérapeute	MTB MSP Bellevue	12 juillet 2021 – 14h30	Pauline Pettré
Céline Genre	Sage-Femme	Hors CPTS / La Villedieu du Temple	3 juin 2021 – 14h30	Pauline Pettré
Sandrine Baudet	Sage-femme	MTB	16 juin 2021 – 13h30	Pauline Pettré
Amélie Favot	Sage-femme libérale Clinique Boyé	MTB	15 juin 2021 11h30	Pauline Pettré
Delphine Serveille	Psychologue	MTB	23 juin à 11h15	Pauline Pettré

Chantal Thivet	Psychologue	MTB	29 juin à 9h30	Pauline Pettré
Delphine Vigué	Psychologue	MTB	09 juillet 2021 – 9h30	Pauline Pettré
Gilles Thières	Psychologue	MTB	27 juillet 2021 11h	Pauline Pettré
Thierry Albouy	Psychologue	MTB	20 juillet 2021 10h	Pauline Pettré
Nawell Famelart	Neuropsychologue	MTB	02 juillet 2021 – 10h	Pauline Pettré
Corentin Lavigne	Kinésithérapeute	MTB – Pont de Chaumes	Jeudi 16 juillet 2021 – 18h30	Pauline Pettré
Julien Lacombe	Kinésithérapeute	MTB	23 juillet 2021	Marie Lapeyrie
Mathieu Larrouturou	APA	MTB	Mardi 03 août 2021	Pauline Pettré
Pauline Chabrié	Diététicienne	MTB	09 juin 2021 – 11h	Pauline Pettré
Emilie Raymond	Diététicienne	MTB	Mardi 22 juin 2021 – 10h	Pauline Pettré
Sylvie Lusseau	Diététicienne	MTB	Mercredi 16 juin – 8h	Pauline Pettré
Florent Bisson	Pharmacien	Pharmacie	Jeudi 10 juin – 10h	Pauline Pettré
Amandine Charrière	Orthophoniste	MTB	Mardi 22 juin 2021 – 16h45	Pauline Pettré
Adélaïde Gendron	Ergothérapeute	MTB	Mardi 13 juillet 2021 – 15h	Pauline Pettré
Camille Rocheteau	Psychomotricienne	MTB	Jeudi 02 août 2021 – 11h	Pauline Pettré
Coralie Onate	Coordinatrice	Référente MSP Bellevue	Jeudi 8 juillet 2021 – 9h	Pauline Pettré
Alexandra Monsigny	Pédicure-podologue	MTB	Jeudi 7 octobre 2021 – 9h	Pauline Pettré
Hospitaliers	Domaine d'intervention		Date et heure du RDV	Numéro
Dr Pierre Berthomes	Médecin en addictologie	CH MTB	02/07/2021 – 15h	Pauline Pettré
Mme Isabelle Mothes	Chargée des relations médicales	Clinique PDC		Pauline Pettré
Structures / Associations	Professionnels interviewés	Territoire d'intervention	Date et heure du RDV	Numéro
Collectivité territoriale	Edvie Oum Sack Olivier Combes	Grand Montauban	10 juin 2021 – 8h30	Pauline Pettré
ANPAA 82 Addictologie	Equipe de soins	82	07 juillet 2021 – 9h	Pauline Pettré

Education Nationale	Caroline Martinez	Psychologue EN	09 juillet 2021 – 11h	Pauline Pettré
Education Nationale	Dr Arnaud Alexandra	82	20 octobre 2021 – 10h	Pauline Pettré

Voici ci-dessous la liste des professionnels sollicités sans avoir pu obtenir d'entretien :

Personnes sollicitées sans entretien	Profession	Lieu de travail
Dr Charlotte Dumez	Psychiatre	Montbeton
Dr Jean-Pierre Bonjour	Psychiatre	Montbeton
Cabinet Beausoleil	IDE	Montauban
Emmanuelle Plaideau	Kinésithérapeute	MTB
Mylène Viry	Kinésithérapeute	MTB
Pierre-Emmanuel Pare	Kinésithérapeute	MTB
Lascombes Antoine	Kinésithérapeute	MTB
Pinto Luis	Kinésithérapeute	MTB
Costa Julie	Kinésithérapeute	Saint-Etienne de Tulmont
Mme Michelin	Psychologue	Saint-Etienne de Tulmont
Virginie Maurel	Psychologue	MTB
Sylvie Blatche	IDE Libéral psy	MTB
Valérie Sanches	Sage-Femme Libérale	MTB
Pauline Miner	Sage-femme libérale échographiste	MTB
Sébastien MAS	APA	
Céline Rousseau	Diététicienne	MTB
Sandrine Fedyniac	Orthophoniste	MTB
Sabrina Delord	Orthophoniste	MTB
Cécile Bergès	Orthophoniste	MTB
Marielle Lacombe	Orthophoniste	MTB

Ségolène Bazia	Orthophoniste	MTB
Arnaud Farré	Orthophoniste	MTB
Hospitaliers	Domaine d'intervention	
Juliette Fol Juguera	Sage-femme	Référente CH Montauban
Vanina Vaillant	Sage-Femme	CH Montauban
Structures / Associations	Domaine d'intervention	Territoire d'intervention
Association Peace and Sport	Malik Mazouzi	82

1.

5.2 STATUTS JURIDIQUES DE LA CPTS

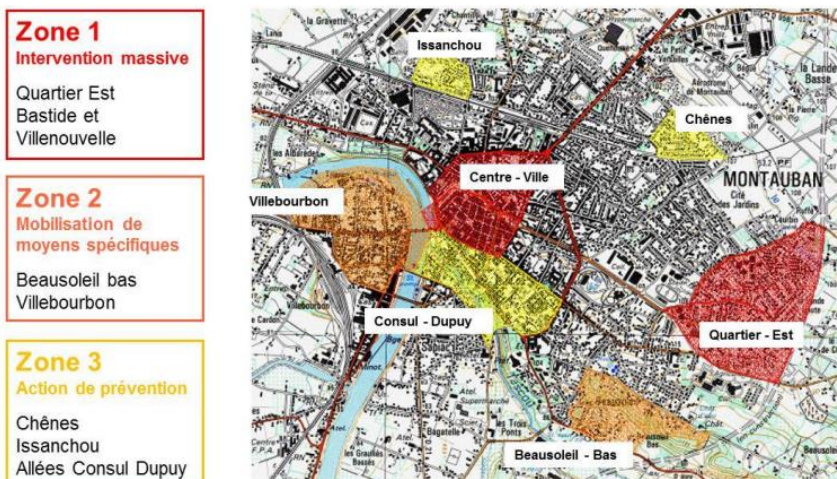
5.3 REGLEMENT INTERIEUR

5.4 CONVENTIONS DE PARTENARIATS FORMALISES

5.5 LES QUARTIERS DE VEILLE ACTIVE DU GRAND MONTAUBAN

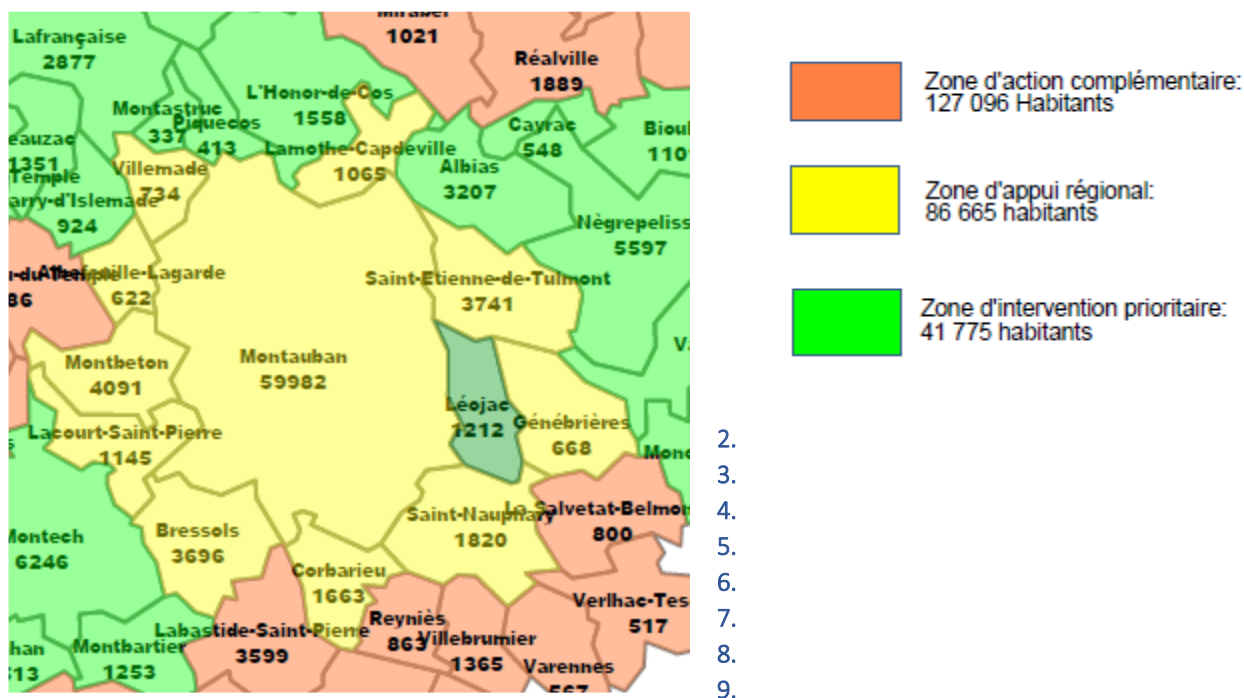
Les quartiers de veille active au sens de la loi correspondent aux quartiers CUCS 2007-2014 qui ne sont plus prioritaires au sens de la loi pour 2015-2020 (quartiers sortants), mais pour lesquels persistent des signes de fragilité et donc un besoin de vigilance accrue et d'intervention renforcée.

La collectivité et les partenaires du Contrat de ville du Grand Montauban ont décidé de retenir à ce titre les quartiers sortants, classés en zone 2 et 3 au titre du CUCS 2007-2014 :

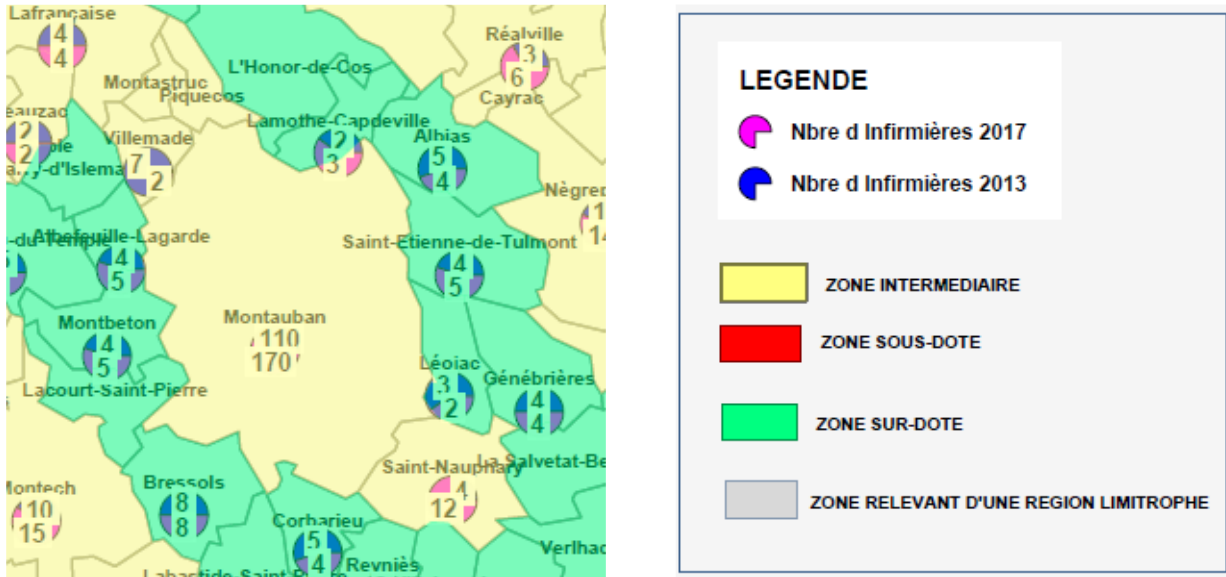


5.6 ZONAGE PAR PROFESSIONS DE SANTE

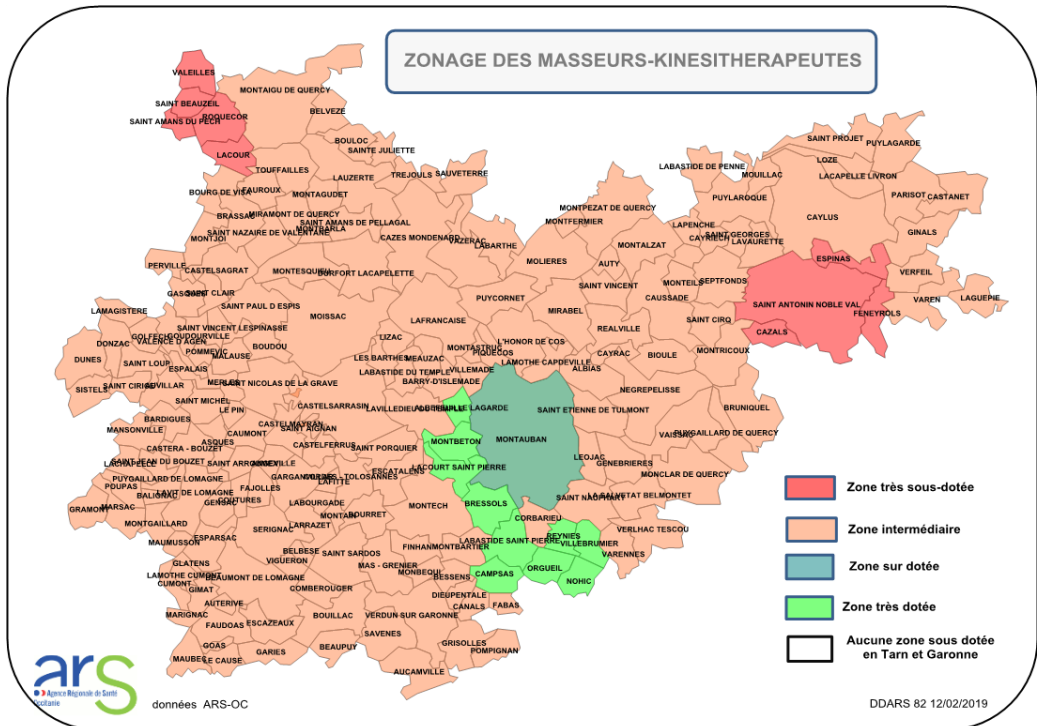
5.6.1 Zonage des médecins généralistes



5.6.2 Zonage des infirmières libérales en 2018³⁸

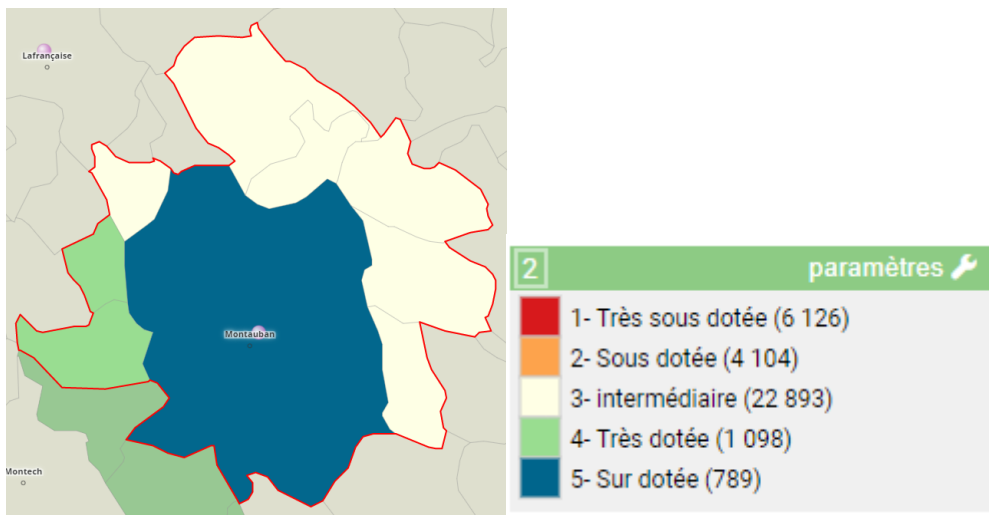


5.6.3 Zonage des masseurs-kinésithérapeutes³⁹

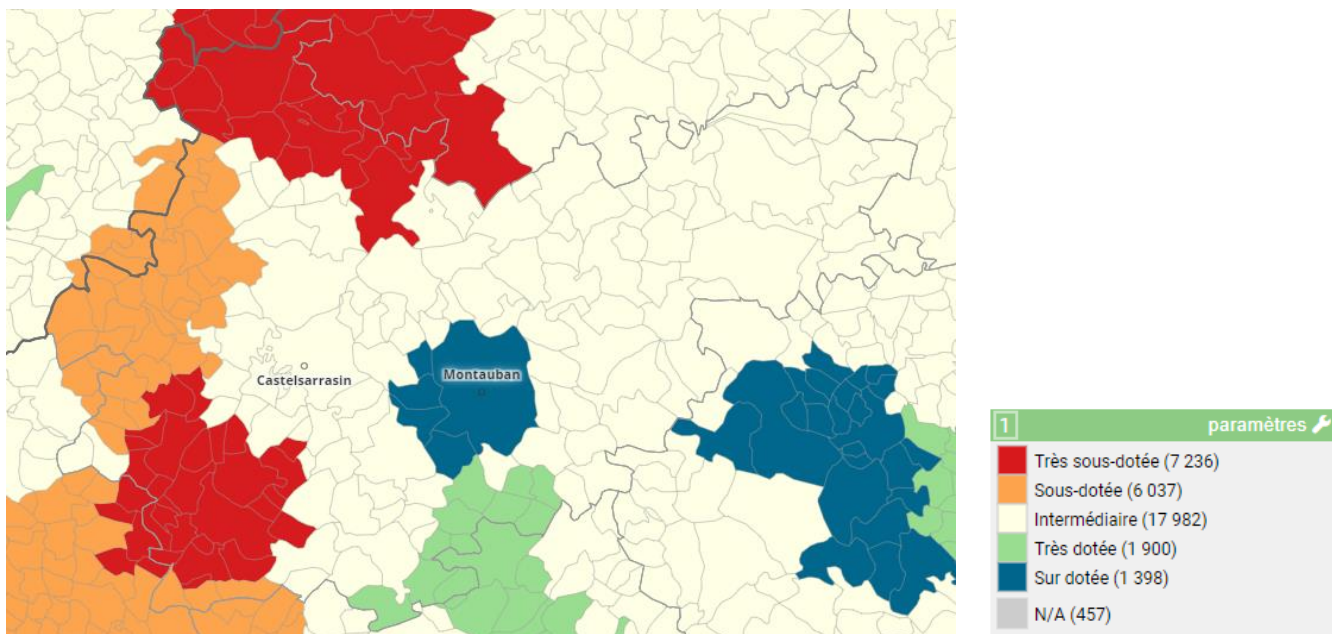


38 Données ARS 2012

39 Sources : <https://cartosante.atlasante.fr/>

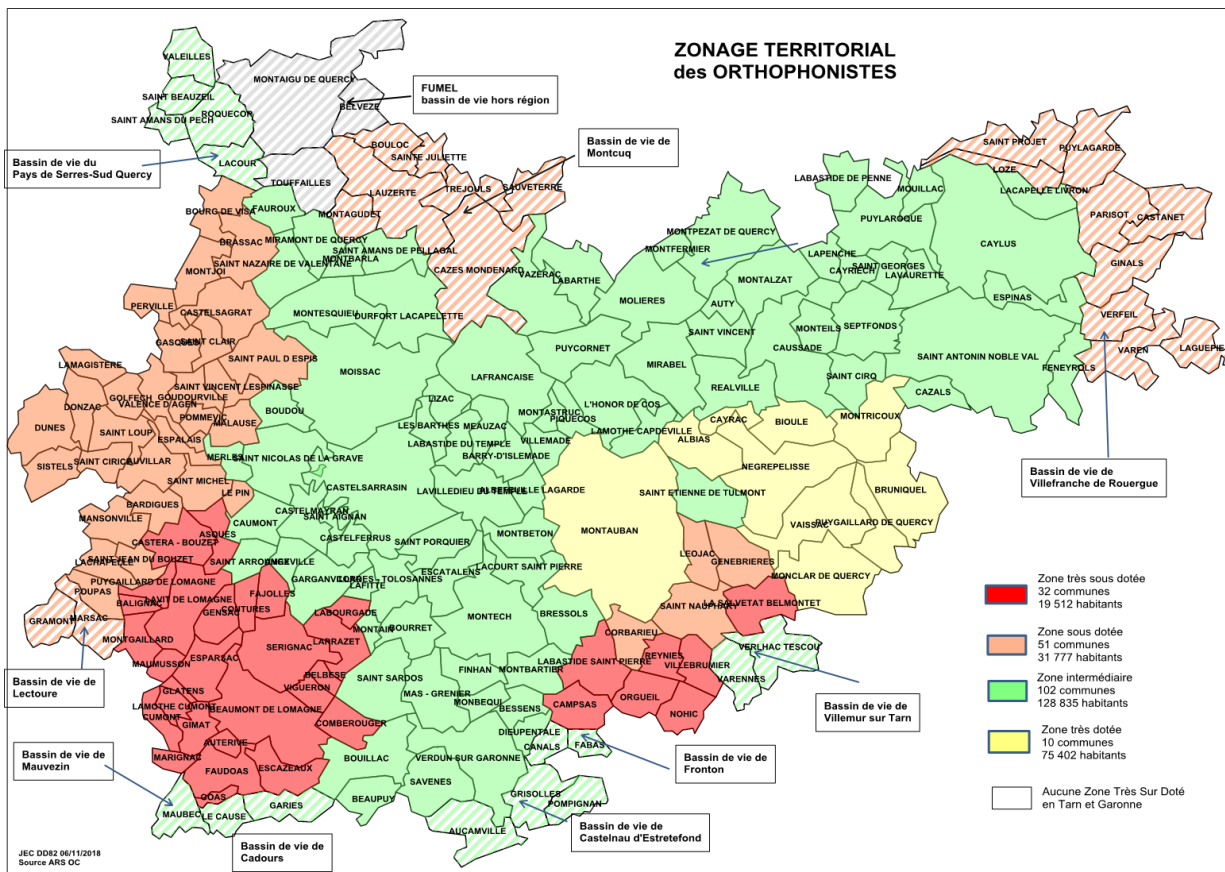


5.6.4 Zonage des sages-femmes

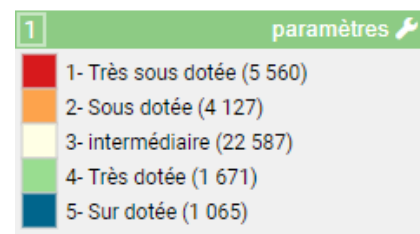
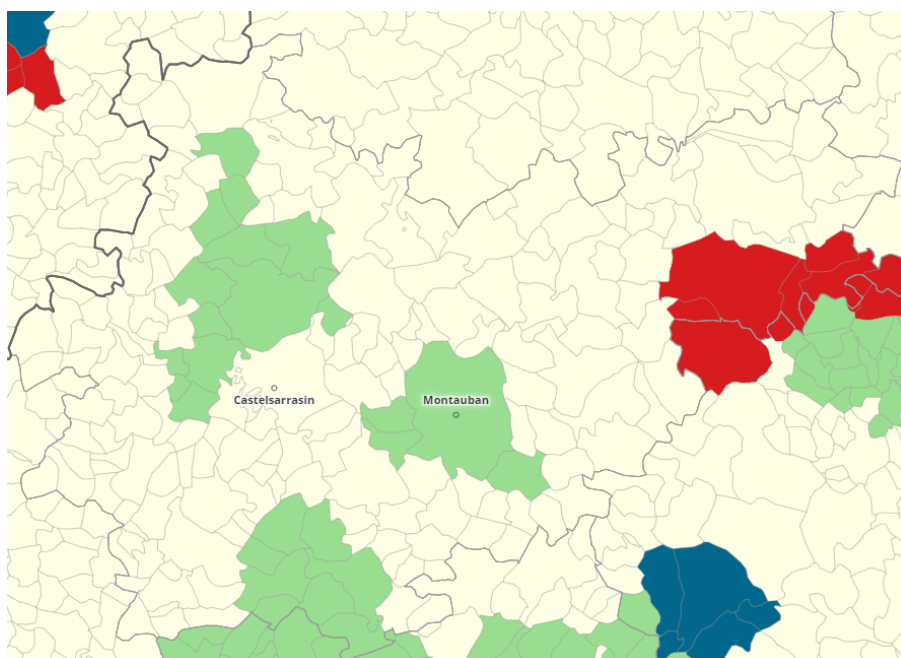


5.6.5 Zonage des orthophonistes

Montauban et Albias sont en zone très dotée. Montbeton, Villemade, Albefeuille-Lagarde, Piquecos, L'Honor de Cos, Lamothe Capdeville et Saint Etienne de Tulmont sont en zone intermédiaire. Léojac est en zone sous-dotée.



5.6.6 Zonage des chirurgiens-dentistes



5.7 LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

Un Institut Médico-Educatif (IME) est un établissement qui accueille les enfants et adolescents atteints de handicap mental, ou présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles de la personnalité, de la communication ou des troubles moteurs ou sensoriels.

Les équipes de ces établissements mettent en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle. Cet accompagnement comporte :

L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;

Les soins et les rééducations ;

La surveillance médicale régulière, générale, ainsi que celle de la déficience et des situations de handicap ;

L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimal ;

Des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.

Un **Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)** est un établissement qui accueille les jeunes enfants et adolescents qui ne sont pas, en règle générale, atteints de troubles mentaux ou souffrant d'un handicap intellectuel. Il prend en charge des jeunes personnes qui démontrent une inaptitude à adopter un comportement qui corresponde aux règles sociales communes. Ils éprouvent des troubles psychologiques qui les gênent dans le suivi d'une scolarité normale et leurs font avoir des attitudes inadaptées en collectivité.

Les ITEP ont pour mission de favoriser :

Une action thérapeutique grâce à un suivi individualisé pour chaque jeune

Une action pédagogique qui vise à réconcilier les jeunes avec la scolarité et l'apprentissage

Une action éducative pour le développement de la personnalité et à la socialisation des enfants dans leur vie quotidienne.

Un **Institut d'Education Motrice (IEM)** est un établissement médico-social qui propose des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice importante afin de les accompagner dans leur intégration familiale, sociale et professionnelle. Cette déficience nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée et la formation générale et professionnelle. Les IEM peuvent également mettre en œuvre un suivi à domicile mais il reste minoritaire.

Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) regroupent une équipe pluridisciplinaire de professionnels du milieu spécialisé ou de la santé qui se déplacent pour intervenir (soins, rééducations ou sensibilisation) dans l'endroit où évolue l'enfant. Ils peuvent aussi proposer des temps de regroupement au sein même du SESSAD.

Le CMPP est un lieu d'écoute, de prévention et de soins, s'adressant aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage, ou des troubles du comportement, en famille ou à l'école.

L'équipe du CMPP est composée de plusieurs professionnels : pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, assistants de service social, ...

Le CAMSP de Montauban, à vocation départementale, est un centre polyvalent qui accueille les enfants de 0 à 6 ans. Il est géré par l'Association Tarn-et-Garonnaise de Coordination des Actions Médico-Sociales Précoces. Il est financé à 80% par la CPAM et à 20% par le Conseil Départemental.

Les missions du CAMSP sont :

- Le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles du développement du jeune enfant quelle qu'en soit la gravité et la nature (troubles sensoriels, moteurs, mentaux, difficultés comportementales) ;
- L'accompagnement des familles quant aux difficultés de l'enfant ;
- L'aide à l'intégration de l'enfant dans la vie collective ;
- Des actions préventives spécialisées en direction de la collectivité.

L'équipe est composée de neuropédiatre, pédopsychiatre, psychomotricien, orthophoniste, éducateur spécialisé, psychologue, assistante sociale, coordinateur, ...

Les SAVS ont une mission d'accompagnement à la vie sociale des personnes handicapées mentales travaillant en atelier protégé ou en milieu ordinaire, non hébergées dans une structure d'accueil.

Leurs missions sont d'apporter une assistance et un accompagnement nécessaire pour faire face aux actes essentiels de la vie courante : gestion de la vie quotidienne, gestion du budget, atténuation et réduction des effets de la solitude, problèmes affectifs, de santé, relations familiales et parentalité, ...

5.8 ORGANISATION DE LA PDSA

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une organisation médicale permettant de répondre aux besoins de soins de la population en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux.

La permanence des soins est une mission de service public assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins généralistes⁴⁰. La participation de ces derniers se fait sur la base du volontariat⁴¹ mais elle reste un devoir sur le plan déontologique⁴². Dans le 82, tous les médecins généralistes participent à la PDSA sauf en cas de dispense pour problème de santé ou accord confraternel local sur critère d'âge.

Les horaires réglementaires de fonctionnement du dispositif⁴³ sont les suivants :

- Tous les jours de 20h à 8h,
- Les samedis à partir de midi et jusqu'à 20h,
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h,
- Le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi matin lorsqu'ils suivent un jour férié, de 8h à 20h.

Dans le département du Tarn-et-Garonne, l'astreinte PDSA est organisée de cette façon :

- Du lundi au dimanche et fériés 20h- 22h : un effecteur mixte (cabinet + domicile) à Montauban+ certaines communes, 4 effecteurs postés dans le reste du 82
- 22h– 8h Semaine : Structures hospitalières

40 Article L. 6314-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

41 Article R.6315-4 du CSP

42 Article 77 du code de déontologie, article R. 4127-7 du CSP

43 Article R.6315-1 du CSP

- Le samedi de 12h à 20h, le dimanche et fériés de 8h à 20h : un effecteur mixte (cabinet + domicile) à Montauban et certaines communes, 4 effecteurs postés et 2 mobiles dans le reste du département

A titre indicatif, les dispositifs spécifiques pour le département en 2018 sont :

- Une association de régulation libérale, ADPDS 82
- Le déploiement d'un numéro d'appel 39 66 spécifique à la PDSA pour les départements de l'Ouest Occitanie
- Le développement de la plateforme 3S dans le département du 82.

L'accès au médecin d'astreinte de la PDSA fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable (médecins régulateurs SAMU et libéraux).

5.8.1.1.1 Le transport des patients

Dans chaque département, l'ARS a la responsabilité d'organiser une permanence des transporteurs sanitaires, strictement encadrée réglementairement dans ses missions et ses horaires (horaires de PDSA).

Seul le SAMU peut engager ces véhicules pour les transports urgents de patients dont l'état de santé justifie qu'ils soient allongés. La prise en charge de ces patients est assurée depuis les lieux de leur détresse vers l'établissement de soins adapté à leur situation. Le transport des patients vers les points fixes de consultations par le régime de la Garde Départementale des transporteurs sanitaires est exclu.

5.8.1.1.2 Le système de garde des pharmacies

Les gardes de nuit et de dimanche et fériés, sont réparties sur 10 secteurs.

Chaque nuit de l'année dimanche et férié 10 pharmacies sont ouvertes sur le 82

Les gardes sont consultables sur le 3237 numéro national (audiotel) qui en fonction du code postal donne la pharmacie de garde la plus proche.

Exception pour Montauban : à partir de 22 heures il faut passer par le commissariat pour avoir la pharmacie de garde (lié aux agressions).

Les pharmaciens dans chaque secteur pouvant échanger les astreintes à n'importe quel moment le seul document officiel reste resogarde 3237. Ce service devrait devenir bientôt un site des astreintes pharmaceutiques sur la France.

5.9 AIDES A L'INSTALLATION ET EXERCICE COORDONNE MEDECINS

Catégorie d'aide	Pour qui ? G = généraliste S = spécialiste	Organisme financeur	Types d'aides	ZIP	ZAC	ZAR	QPV
Individuelles	Médecins G+S	Assurance Maladie	4 Contrats ARS – CPAM pour les médecins : CAIM, COSCOM, COTRAM, CSTM	X			

Collectives	Centres de Santé	Assurance Maladie	3 Contrats ARS – CPAM pour les Centres de santé : CAI, COSCO, COTRA	X			
Individuelles	Médecins	Services fiscaux	Exonération fiscale Permanence Des Soins ambulatoires (PDSA) à hauteur de 60 jours par an	X			
Individuelles	Médecins MSU	Assurance Maladie	Honoraires revalorisés des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) signataires d'un contrat COSCOM	X			
Individuelles	Etudiants	Centre National de Gestion	Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) pour les étudiants en médecine et odontologie (2 ^e et 3 ^e cycle)	X	X		
Individuelles	Médecins G et S	ARS (FIR)	Contrats pour les médecins généralistes (PTMG, PTMA, PTMR) et pour les médecins spécialistes (PTMA, PTMR)	X	X		PTMG
Individuelles	Etudiants médecine (stage praticien / SASPAS) et odontologie (3 ^e cycle)	CHU paye tous les mois et ARS rembourse CHU en fin de semestre (crédits MERRI)	Forfait Transport pour les internes de médecine générale 130 € par mois si stage à plus de 15 km du domicile et/ou du CHU de rattachement	X	X	X	X
			Forfait Hébergement pour les internes de médecine générale et d'odontologie 300 € par mois si stage à plus de 30 km du domicile et du CHU et si charge d'un logement à titre onéreux (attestation sur l'honneur)	X	X		

Collectives	ESP	ARS (FIR)	Forfait ARS	X	X	X	X
Collectives	MSP	ARS (FIR) + Ass. maladie (ACI)	Forfait au démarrage (ARS) et de fonctionnement ACI (Assurance Maladie)	X	X	X	X
Collectives	CDS polyvalents	ARS (FIR) + Ass. maladie (ACI)	Forfait au démarrage (ARS) et de fonctionnement ACI (Assurance maladie)	X	X		X
Collectives	CPTS	ARS (FIR) + Ass. maladie (ACI)	Forfait ARS et de fonctionnement ACI (Assurance maladie)	X	X	X	X
Individuelle	Coordonnateurs MSP + CPTS	ARS (FIR)	Financement ARS de la formation des coordonnateurs de MSP en poste ou prêts à l'être, en partenariat avec l'EHESP, et dispensée en région par la FORMS	X	X	X	X
Individuelle	Médecins G	ARS (MERRI et FIR)	Médecins partagés entre un établissement et une activité ambulatoire (convention 400 MG V1)	X	X	X (sf ambu)	X
		ARS (FIR)	Médecins salariés (convention 400 MG V2)	X	X		X
Individuelle	Médecins Montagnes G	ARS (FIR)	Aide à l'installation MG (hors ZIP)	X	X	X	X

5.11 IDESP ASALEE

Tableau 1 – IDE ASALEE

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique	
Région : A - H / POITOU-CHARENTES	Date de création : 17/03/2011
Items	Réponses :
Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération	Les besoins de santé régionaux auxquels répond ce protocole de coopération sont : 1 - améliorer la qualité des soins de premier recours, en particulier les maladies chroniques; 2 - répondre aux tensions toujours plus aiguës sur la démographie médicale; 3 - se maintenir dans un cadre d'efficacité des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles.
Intitulé du protocole de coopération	"ASALEE" : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné
Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	Ce sont des patients dont un des médecins du cabinet médical est médecin traitant, et qui correspondent aux critères d'éligibilité de chaque protocole : voir le paragraphe introductif de chacun des protocoles en annexe, qui donne les critères des cohortes selon les pathologies : Diabétiques, Hypertendus, risque cardio-vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer, Personnes Agées ou Fragiles à domicile, etc...
Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice	Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice des infirmier(e)s réalisées par le délégué infirmier(e) sont : 1 - suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL* Cholestérol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des ECG; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds; 2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG; 3 - suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie; 4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées;
Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input checked="" type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération	Il s'agit de tous les cabinets actuels et futurs "ASALEE" de Poitou-Charentes, et des autres régions intéressées, représentés ici par un des leurs, le cabinet médical de Châtillon-sur-Thouet, dans les Deux-Sèvres (79). Le domicile de certains patients est également un des lieux d'exercice de la coopération (au sens large du terme incluant foyer logement) pour le protocole de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire

Tableau 2

Délegant : médecin généraliste

Délégué : infirmière

Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice réalisées par le délégué sont les suivantes :

- 1 - suivi du patient diabétique de type 2 incluant
 - * rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholesterol, créatinémie, fond d'œil;
 - * prescription et réalisation des ECG;
 - * prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds, incluant mono-filament;
- 2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant :
 - * prescription et réalisation des ECG,
- 3 - suivi du patient Tabagique à risque BCPO incluant :
 - * prescription, réalisation et interprétation de spirométrie
- 4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées

Autour de ces activités dérogatoires, s'inscrivent des activités non directement dérogatoires, comme l'éducation thérapeutique, la mise à jour régulière des données sur le logiciel de gestion du cabinet, mais dont la réalisation par l'infirmière sera d'autant plus efficace qu'elles seront effectuées dans ce cadre