

2021-2022

Thèse
pour le
Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Intégrer une CPTS : quel intérêt pour le pharmacien d'officine ?

Enquête auprès des différents acteurs en Pays de la Loire

GHEZEL Anne-Astrid |

Née le 13 Juin 1995 à LAVAL (53)

Sous la direction de |
Mme PAPIN-PUREN Claire

Membres du jury
Pr LARCHER / Gérald | Président
Dr PAPIN-PUREN / Claire | Directrice
Dr PECH / Brigitte | Membre
Dr TROUSSIER / Jean-Bernard | Membre

Soutenu publiquement le :
2 Décembre 2022



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GHEZEL Anne-Astrid
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **05 / 10 / 2022**

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANGOULVANT Cécile	Médecine générale	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	Pharmacotechnie hospitalière	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FOUQUET Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	Radiopharmacie	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DOUILLET Delphine	Médecine d'urgence	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Élise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine

PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIQUIN Élise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
RONY Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
ROGER Émilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Éducation Thérapeutique	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
ELHAJ MAHMOUD Dorra	Immunologie	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Santé
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Santé
FISBACH Martine	Anglais	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Santé
RIVEAU Hélène	Anglais	Santé
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	Pharmacie DEUST préparateur	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	Gastro-entérologie	Médecine
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
POMMIER Pascal	Cancérologie-radiothérapie	Médecine
PICCOLI Giorgia	Néphrologie	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	Économie-gestion	Médecine

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY,

À Madame **Claire PAPIN**, pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre accompagnement durant cet exercice. En outre de vos lectures et vos précieuses remarques, vous avez toujours été présente pour me soutenir et me conseiller au cours de la rédaction de cette thèse.

À Monsieur **Gérald LARCHER**, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour votre disponibilité mais également pour vos enseignements, en particulier ceux de première année qui m'ont donné l'envie d'intégrer cette filière. Cette thèse est l'accomplissement de mon parcours universitaire et vous êtes aujourd'hui, une fois de plus, encore présent.

À Madame **Brigitte PECH**, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci d'avoir été cette enseignante si investie. Vos enseignements et votre dévouement envers vos étudiants sont évidents dans tout ce que vous réalisez. Je me sens aujourd'hui chanceuse d'avoir été l'une de vos élèves. J'espère que vous pourrez un jour mesurer l'impact inestimable que vous avez eu sur beaucoup de vos étudiants.

À Monsieur **Jean-Bernard TROUSSIER**, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Vous avez été un soutien important au cours de cette première année d'exercice. Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance lors de nos rencontres et nos échanges téléphoniques dans le cadre professionnel. Vous avez su dissiper, à chaque fois, mes inquiétudes et mes doutes de jeune pharmacien.

PROFESSIONNELLEMENT,

À Monsieur **Phillipe MOUSNIER** et à son équipe, pour leurs enseignements et leur bienveillance pendant mon stage de fin de cursus. Merci de m'avoir tout appris.

À **Monsieur et Madame, Olivier et Stéphanie ROCHET** et à leur équipe, à **Ophélie**, pour cette première année d'exercice passée à leurs côtés. Votre soutien et vos encouragements ont été d'une valeur inestimable.

À MA FAMILLE

À **ma mère**, pour son soutien inconditionnel et sa transmission des valeurs, qui m'ont permis d'être aujourd'hui indépendante et déterminée.

À **ma grand-mère**, parcequ'elle résoud mes tourments et fait disparaître mes appréhensions depuis toujours.

À **ma sœur**, pour son énergie, sa fougue, son impétuosité et son insouciance qui me font appréhender la vie d'une façon si différente de la mienne.

AMICALEMENT,

À mes différents bureaux associatifs, la **2ATP**, la **3AGA** et l'**ACEPA**, à **Hadrien, Mégane, Audrey, Baptiste, Charlotte, Jeanne, Alexis, Lise, Rose, Romane, Adrien, et Elisabeth** pour ces expériences étudiantes toutes plus folles les unes que les autres. Merci pour tous ces moments partagés, pour tous ces événements organisés et pour être devenu les amis inestimables qu'aujourd'hui, je chéris tant.

À **Loïc**, pour être cette épaule sur laquelle je peux compter. Merci pour ta motivation et ton ambition contagieuse.

À **Diane**, pour être une confidente et une amie fidèle. Cette amitié nous permettra d'affronter toutes les tempêtes et de surmonter toutes les difficultés.

À **Léandre**, pour être cette lumière scintillante qui me guide quand je me perds dans la peine ombre.

**À l'homme de ma vie,
Mon Grand-Père.**

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction

Partie 1 : L'exercice interprofessionnel

1. Différentes formes de coopérations interprofessionnelles

1.1. Réseaux de Santé

REMMEDIA 49, réseau d'accompagnement des maladies métaboliques et du diabète

1.2. Protocoles de coopération

1.2.1. Dispositif Asalée

1.2.2. Protocoles de coopération intégrant les pharmaciens et dispensation sous protocole

1.2.3. Réseau de correspondants : binôme médecin généraliste et pharmacien d'officine

1.3. Équipe de Soins Primaires

1.3.1. Dispositif ESP CLAP

1.3.2. Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSP Bois Linières (Maine et Loire - 49)

1.3.3. Centre de Santé

2. Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS)

2.1. Définition

2.2. Création

2.2.1. Définir le territoire de la CPTS

2.2.2. Structuration juridique

2.2.3. Accompagnement et financement de création

2.2.4. Écriture du projet de santé

2.2.5. Dépôt du projet

2.2.6. Validation du projet de santé

2.2.7. ACI

a) Missions de l'ACI

b) Financements

2.2.8. Observatoire régional de santé Pays de la Loire et Profils Santé CPTS

Partie 2 : Acteurs de l'inter-professionnalité sur le territoire

1. Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

1.1. Présentation de la Fédération

1.2. Missions et statuts

2. APMSL

- 2.1. Présentation
- 2.2. MSP, acteurs de premier plan des CPTS

3. Inter URPS

- 3.1. Accompagnement proposé par l'Inter URPS
- 3.2. Bilan des CPTS en activité ou en cours de création

4. Coordinateur CPTS

Entretien avec Bérénice TREILLARD, coordinatrice de la CPTS du Haut Bocage

5. Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé des Pays de la Loire : le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé Pays de la Loire

6. Professionnels de Santé : témoignages

- 6.1. Entretien avec Monsieur CHAS, pharmacien titulaire à Saumur, co-président de la CPTS du grand Saumurois.
- 6.2. Entretien avec Madame CAGIN, pharmacien titulaire à Saint-Mars-la-Jaille, vice-présidente de la CPTS d'Ancenis.
- 6.3. Entretien avec Madame HARDY, pharmacien titulaire aux Herbiers, co-présidente de la CPTS du Haut Bocage.
- 6.4. Entretien avec Madame BAUDRY, pharmacien titulaire à Redon, co-présidente de la CPTS du Pays de Redon.
- 6.5. Entretien avec Monsieur MOREUL, Médecin généraliste à Bécon-les-Granits, co-président de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu.
- 6.6. Bilan

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Table des figures

Table des tableaux

Table des Annexes

Annexes

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD : Affection de Longue Durée
ALIA : Association Ligérienne d'Addictologie
AME : Aide Médicale d'État
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA : Activité Physique Adaptée
APMSL : Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe
AVECSanté : Avenir des Équipes Coordonnées en Santé
C3SI : Confédération des Centres de Santé
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial aux Soins
CDS : Centre de Santé
CESAM : Centre de Santé Mentale Angevin
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COVID : Coronavirus disease
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC : Dispositif d'Accompagnement Complexe
DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation ou
Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée
DCC : Dossier Communicant de cancérologie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux
ESP : Équipe de Soins Primaires
ESP CLAP : Équipe de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
FCPTS : Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fond d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GRADeS : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
INS : Identité Nationale de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ISQ : Indice Synthétique de Qualité
JO : Journal Officiel
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé
OCTAVE : Organisation Coordination Traitements Âgé Ville Établissements de santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire
ORU : Observatoire Régional des Urgences
OSCAR : Orientation Soutien Coordination Accompagnement Repérage
OTSS : Organisation et Transformation du Système de Santé
PCR : Réaction en Chaîne par Polymérase
PPS : Plan Personnalisé de Santé
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
REMMEDIA : Réseau d'accompagnement des Maladies Métaboliques et du Diabète
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RPU : Résumé de Passage aux Urgences
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT : Strengths Weaknesses Opportunities Threats ou Forces Faiblesses Opportunités Menaces
URPS : Union des Représentants des Professionnels de Santé
USP : Unité de Soins Palliatifs
ZAC : Zone d'Action Complémentaire
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Introduction

La Santé est en pole position des préoccupations quotidiennes des Français depuis 2016. (1) Concrètement, avoir un médecin traitant et obtenir un rendez-vous, avoir accès aux soins spécialisés dans un délai approprié sont des attentes que le corps médical doit satisfaire sur l'entièreté du territoire avec le même niveau de qualité. (2) Garantir un égal accès aux soins, c'est permettre à tous les habitants d'un territoire, quel qu'il soit, de bénéficier de services appropriés et de qualité. (3)

Aujourd'hui, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et leur prise en charge de plus en plus complexe en ambulatoire, nécessitent une coordination accrue entre les acteurs de santé. (4)(p.1) De plus, l'émergence de nouvelles thérapeutiques et l'arrivée du numérique dans le monde de la santé ont notablement modifié les besoins et les approches en matière de santé. Ces évolutions représentent un défi qui nous oblige aujourd'hui à adapter un système de santé élaboré à la sortie de la Seconde Guerre mondiale qui concordait avec les enjeux de santé publique de l'époque. (5)

Compte tenu des importantes tensions qui s'exercent sur le système de santé français, la stratégie Ma Santé 2022 avait pour objectif le déploiement de mesures structurelles afin de répondre aux enjeux d'accès aux soins et de garantir la qualité de prise en charge. La généralisation et l'évolution de l'exercice coordonné entre les professionnels de santé ainsi que la structuration de leur partenariat avec la globalité des acteurs de santé et médico-sociaux du territoire, constitue l'une des réponses à cet enjeu. (6)(p.238)

Antérieurement, la loi de modernisation de notre système de santé datant du 26 janvier 2016 a créé un dispositif nouveau, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Il s'agit d'un collectif d'acteurs de santé créé de leur propre initiative, afin d'accroître leur coordination et améliorer la prise en charge des patients d'un territoire. (7) Ces équipes, qui ont pour but de transformer les logiques de prise en charge de la population, constituent une des mesures phares communiquées par le président de la République le 18 septembre 2018 avec le déploiement à l'horizon 2022, de 1000 CPTS pour mailler le territoire. (4)(p.1) Cette coordination à l'échelle des territoires doit ainsi favoriser l'accès aux soins, la réponse à la demande de soins non programmés et la prévention en santé. Elle doit également participer à l'amélioration des parcours de santé, en éviter les ruptures et favoriser le maintien à domicile des patients. (6)(p.238) La création et l'organisation de liens Ville/Hôpital plus forts apparaissent également au cœur de cette stratégie. Cette coordination territoriale se veut complémentaire au développement des centres et maisons de santé qui appuient la coordination de proximité autour d'une même patientèle.

Dans les années à venir, l'exercice coordonné est amené à se généraliser. Il pourrait être pour les pharmaciens d'officine un modèle de référence, tant en matière d'exercice que de collaboration professionnelle. Le pharmacien est en effet un maillon fondamental de la chaîne de soins auprès des autres professionnels et place le patient au cœur de l'organisation de sa prise en charge. (8)

L'objectif est de répondre à la problématique suivante : Quel intérêt pour le pharmacien d'officine d'intégrer une CPTS ? Nous nous intéresserons ici au cas des Pays de la Loire. Afin de répondre à cette problématique, nous étudierons dans une première partie, l'ensemble des formes de coopérations interprofessionnelles existantes avant de nous intéresser à la structure CPTS. La seconde partie présentera les acteurs impliqués dans l'interprofessionnalité au niveau national et régional et se terminera par une retranscription d'entretiens réalisés avec des professionnels de santé déjà intégrés au sein de CPTS.

Partie 1 : L'exercice interprofessionnel

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'interprofessionnalité comme « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé ». (9)

Aujourd'hui, la collaboration interprofessionnelle en santé est reconnue comme nécessaire pour améliorer les soins. En effet, après plus de 50 ans de recherche, il existe maintenant des preuves suffisantes pour démontrer que la formation interprofessionnelle permet ensuite une pratique collaborative efficiente qui, à son tour, renforce les systèmes de santé, optimise les services de santé et améliore ainsi les résultats en matière de santé. (10)

Plus précisément, l'OMS indique que la pratique collaborative permet d'améliorer :

- l'accès aux services de santé et leur coordination ;
- l'utilisation adéquate des ressources cliniques spécialisées ;
- les résultats en matière de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- la sécurité et les soins des patients.

En France, la stratégie de transformation de notre système de santé Ma santé 2022 vise à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui doivent travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. L'objectif est de faire de l'exercice isolé, c'est-à-dire un praticien seul dans son cabinet, une exception. À l'avenir, les soins de proximité doivent se construire au sein de structures d'exercice coordonné comme des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Centres de Santé (CDS) ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

L'objectif de cette première partie est de revenir sur l'ensemble des coopérations interprofessionnelles existantes, d'en définir les grandes lignes directrices (structuration, fonctionnement, etc.) avant de s'intéresser au cas des CPTS.

1. Différentes formes de coopérations interprofessionnelles

1.1. Réseaux de Santé

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. ». (11)

Telle est la définition légale des réseaux de santé selon l'article L.6321-1 du code de la santé publique, établie par la loi du 4 mars 2002 concernant les droits des patients et la qualité du système de santé.

La création des premiers réseaux de santé, anciennement appelés réseaux de soins, se confond avec l'irruption de la pathologie du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA), émergente dans les années 80. On note à l'époque une incapacité structurelle du système de santé à apporter une réponse appropriée, rapide et satisfaisante aux patients infectés. Le SIDA confronte les professionnels à l'échec thérapeutique. Les patients atteints de la maladie modifient les habitudes et les comportements des acteurs du système de santé. À patient nouveau, professionnel nouveau. Les professionnels ont alors pris l'initiative de briser les cloisonnements spécialitaires et catégoriels qui les isolaient les uns des autres. (12)(p.35,37) Les réseaux de santé se sont donc construits autour de la conviction des acteurs de santé, qu'il paraissait impossible d'arriver à une solution seul face au problème commun soulevé. De nombreux réseaux créés spontanément ont ensuite été soutenus par l'État qui a multiplié les réformes pour inciter leur développement et soutenir financièrement leur fonctionnement. Les réseaux de santé se sont progressivement ouverts à d'autres pathologies chroniques exigeant une pluridisciplinarité de la prise en charge sur le long terme. (13)(p.3)

À partir de 2002, les réseaux de santé ont proliféré de manière désordonnée. Il existe alors un trop grand nombre de réseaux dont certains ne répondent plus aux objectifs initiaux. Le coût financier important qu'ils représentent amène en 2007, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, a promulgué une circulaire rappelant les objectifs des réseaux. S'ils apparaissent comme une solution organisationnelle cohérente et innovante, ils restent complexes à mettre en œuvre. La circulaire préconisait de ne « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ». (14)

En 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) rappelle aux Agences Régionales de Santé (ARS) les conditions nécessaires aux réseaux pour percevoir leurs subventions. On comptait alors 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) devenu le Fond d'Intervention Régional (FIR) en 2012, et représentait environ 2500 professionnels en équivalent temps plein. (15)

Dans le dernier guide méthodologique publié par la DGOS en octobre 2012, le bilan des réseaux de santé est contrasté. Les réseaux de santé sont décrits comme un dispositif de coordination avec des compétences et des expériences réussies, qui légitiment leur positionnement et leur contribution actuelle à la coordination des soins. Néanmoins, il existe une forte hétérogénéité dans l'activité de ces réseaux en raison de leur spécialisation par pathologie ou par population. De plus, l'activité de certains réseaux de santé ne correspond plus à la définition et aux objectifs initiaux. En effet, ils proposent une expertise de type hospitalière et pratiquent eux-mêmes des soins. Ils assurent également la prise en charge directe de pathologies ou de soins non pris en charge par l'assurance maladie et de soins de support. Malgré le cadrage des missions par la circulaire du 2 mars 2007, il est devenu compliqué d'identifier des objectifs communs à tous les réseaux de santé. Ils fonctionnent le plus souvent sans cahier des charges, sans cadre préalable d'évaluation de leurs résultats et avec des finalités

diverses. Outre les réseaux de santé régionaux, seuls les réseaux de santé gériatriques et de soins palliatifs disposent d'un référentiel établi par voie circulaire. Cette situation ne permet plus de définir objectivement leur rôle et leur positionnement dans l'offre de soins. La DGOS constate que l'allocation des ressources aux réseaux de santé est peu liée à l'évaluation de service rendu. Deux principaux facteurs sont identifiés : le manque d'outils à disposition des ARS pour mesurer l'impact sur le parcours des patients et l'insuffisante mobilisation des outils et des indicateurs existants (principes d'évaluation des réseaux de santé (ANAES 1999), guide d'évaluation des réseaux de santé (ANAES 2004), indices synthétiques de qualité (ISQ), indicateurs fixés par circulaires). L'inconvénient est que tous ces outils et toutes ces méthodes ne rendent pas compte de l'évolution des réseaux vers des fonctions d'appui à l'organisation des parcours par les professionnels.

Cela a conduit la DGOS à diffuser en novembre 2012, avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé, ne concernant qu'une partie de ces réseaux. Cela a également permis la saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur un tableau de bord des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination (16) et une grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. (17) Ces deux outils ont pour but respectif de rendre compte de la transformation demandée aux réseaux de santé en termes de soutien ponctuel ou prolongé, et d'aider ces derniers à s'autoévaluer dans leur organisation et leurs pratiques, de façon à optimiser leur impact dans la prise en charge de patients. Dans le cadre de la démarche qualité, le réseau effectue, une fois par an par exemple, une autoévaluation concernant son organisation. Cela lui permet à la fois d'acter ses avancées et d'identifier de nouveaux objectifs.

Depuis 2011, le nombre de réseaux a ainsi diminué pour être aujourd'hui de 600, la majorité constitués sous forme d'associations loi 1901. (18)(15) Les réseaux de santé vont connaître des évolutions puisqu'il est souhaité aujourd'hui de les orienter vers une fonction de plateforme territoriale d'appui (PTA). (19)

REMMEDIA 49, réseau d'accompagnement des maladies métaboliques et du diabète

Présentation de la structure (Annexe 1)

REMMEDIA 49 est une structure d'appui qui intervient sur l'ensemble du département du Maine et Loire. Cette structure a succédé depuis fin 2017 au réseau « Diabète 49 ». Association de type loi 1901 dont le siège social est basé à Angers, elle reçoit ses financements de l'ARS. Elle s'adresse aux patients présentant un diabète de type 2 ou présentant des facteurs de risques tels que : surpoids, dyslipidémie, hypertension artérielle, stéatose ou syndrome d'apnée du sommeil. Elle propose un programme d'éducation thérapeutique destiné à aider les patients à acquérir les compétences nécessaires pour « vivre au mieux avec une maladie chronique ».

En effet, le but est d'accompagner les personnes dans la modification durable de leur style de vie en leur proposant des ateliers de groupe dirigés par une équipe pluridisciplinaire : podologue, diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée (APA), diabétologue, dentiste, sexothérapeute, infirmière. (20)

Les patients présentant un diabète de type 2 habitant dans le département du Maine et Loire et étant affiliés à l'un des trois régimes de l'assurance maladie ou appartenant au régime des armées peuvent s'inscrire. Ils peuvent

également être adressés par leur médecin traitant ou spécialiste et/ou un professionnel paramédical. L'adhésion est gratuite. L'association regroupe 2000 adhérents, 19 intervenants et propose 300 ateliers dans l'année se déroulant dans 17 villes du Maine et Loire.

Échantillon d'ateliers proposés par Remmedia sur le secteur Angers/Écouflant/Trélazé entre Mai et Août 2022 :

Nom de l'atelier	Intervenant	Date / Heure	Lieux
Sensibilisation à l'activité physique « Ma santé en Action » Sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique et ses implications sur la santé	Enseignant en activité physique	Cycle de 7 séances RDV n°1 Mardi 3 Mai de 14h30 à 16h	Remmedia 49 Batiment UC-IRSA 2 Rue Marcel Pajotin
Éducation à la détente Découvrir des outils qui favorisent la détente et la gestion du stress, à l'aide de techniques de relaxation	Professeur de QI GONG	Cycle de 2 séances Lundi 9 Mai et Lundi 16 Mai de 15h à 16h30	
Dents et diabète Mieux connaître les liens entre le diabète et les dents. Comment prendre en charge ses dents	Dentiste	Jeudi 12 Mai 15h à 16h30	
Équilibre alimentaire, les nouvelles recommandations	Diététicienne	Vendredi 13 Mai de 10h à 11h30	
Comprendre les maladies métaboliques, le diabète et leurs traitements. Mieux connaître les maladies métaboliques et le diabète, les causes et leurs traitements, échanger sur la maladie	Diabétologue	Lundi 23 Mai de 15h à 16h30	Quartier Belle beille,
Insuline : halte aux idées reçues. Mieux comprendre les enjeux de l'insuline pour mieux vivre avec	Infirmière	Mardi 31 Mai de 10h à 11h30	Remmedia 49 Batiment UC-IRSA 2 Rue Marcel Pajotin

Tableau 1 : Échantillon d'ateliers proposés par Remmedia

Plan d'une séance : « Comprendre les maladies métaboliques, le diabète et leurs traitements. »

- 1) Tour de table où chacun des participants se présente et évoque ses attentes quant à l'atelier.
- 2) Qu'est-ce qu'évoque le mot diabète pour eux ? : exemple « le sucre », « la maladie ».
- 3) Comment diagnostique-t-on le diabète ? : prise de sang, glycémie, hémoglobine glyquée.
- 4) Les différents types de diabètes : population touchée, causes, etc.
- 5) Médicaments prescrits aux participants sur leurs ordonnances.
- 6) Réalisation d'un schéma « Mécanismes d'action des médicaments du diabète de type 2 ».
- 7) Bilan des participants, fin de l'atelier.

La participation à un tel atelier permet aux participants d'acquérir des connaissances et des compétences. Ils deviennent ainsi des acteurs de leur prise en charge.

1.2. Protocoles de coopération

L'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, rénové et simplifié par l'article 66 de la loi Organisation et Transformation du Système de Santé (OTSS) de 2019, permet l'organisation de protocoles de coopération entre professionnels de santé : *« Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience (...). Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. » (21)*

La coopération entre professionnels de santé apporte une réponse novatrice aux attentes des patients et des professionnels. Concrètement, cela consiste à déléguer à des personnels paramédicaux certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins. L'objectif est également d'offrir aux personnels paramédicaux des possibilités en termes d'attractivité, d'évolution de leur profession, de perspectives de carrière ainsi qu'en termes de compétences accrues et permettre aux médecins de se centrer là où leur plus-value est la plus importante.

Les délégations d'exercice peuvent porter sur la réalisation d'actes ou d'activités à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique. Les textes réglementaires permettent d'encadrer le transfert des actes de soins et des activités entre professions. Les professionnels concernés sont répertoriés dans l'article L.4011-1 du code de la santé publique. Toutes les combinaisons entre délégant et délégué sont envisageables dans la limite de la liste définie par l'article cité précédemment et cela, quels que soient le mode et le cadre d'exercice. (22)

La création d'un protocole se fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, l'équipe à l'initiative du projet doit envoyer une lettre d'intention ou une demande d'adhésion, s'il s'agit d'un protocole déjà existant, à l'ARS. L'ARS instruit alors la demande en vérifiant que celle-ci correspond à un besoin de santé, appuie l'équipe dans son projet et

adresse le protocole à la HAS. Cette dernière émet ensuite un avis favorable, avec ou sans réserve, ou un avis défavorable au protocole présenté. Si l'avis est favorable, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre du protocole par arrêté.

Les principes du dispositif simplifié en 2019 se fondent sur différents éléments.

- La réaffirmation d'une envie de faciliter de nouvelles modalités de partage d'activités entre les professionnels de santé.
- Deux modèles de protocoles de coopération : nationaux ou locaux/expérimentaux.
- Un pilotage national de ces protocoles de coopération.

Une prime de coopération peut être accordée à certains professionnels de santé délégués, déclarés pour un protocole de coopération autorisé et qui correspondent aux conditions fixées par décret.

1.2.1. Dispositif Asalée

Le dispositif expérimental Action de santé libérale en équipe ou Asalée a été créé en 2004 dans le but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet la délégation d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis. Aujourd'hui formées à l'ETP, les infirmières interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : suivi des patients à risques cardiovasculaires, dépistage et prise en charge du diabète, dépistage des troubles cognitifs et dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive. Les reconfigurations de l'offre de soins, du partage des tâches entre professionnels et de la place donnée au patient constituent des axes centraux. Le dispositif s'est adapté aux attentes institutionnelles en s'inscrivant dans un processus de délégation de tâches et d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Certains concepts et pratiques émergentes ont été intégrés tels que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (Loi HPST 2009) et par la suite les pratiques avancées infirmières (Loi Santé 2016).

Les infirmières Asalée inventent et expérimentent un nouveau travail articulé avec celui d'un ou plusieurs médecins avec le(s)quel(s) elles collaborent. Le médecin propose dans un premier temps une consultation infirmière à certains patients. Si le patient accepte, il planifie les rencontres et choisit ses objectifs avec l'infirmière. Les consultations ont une durée d'environ 45 minutes, sont prises en charge et se déroulent sur le lieu d'exercice du médecin. Les infirmières mobilisent des compétences relationnelles relevant d'une démarche d'ETP en s'appuyant sur les souhaits des patients. Elles réalisent parfois des actes dérogatoires de dépistage ou de suivi, inscrits dans les protocoles (biologies, examens du fond d'œil, des pieds, électrocardiogramme, etc.). Cette réalisation d'actes ponctuels peut être le point de départ d'une démarche d'éducation pour la santé. En effet, lorsqu'un patient est adressé à l'infirmière pour un électrocardiogramme, elle peut échanger avec lui sur son alimentation, les facteurs de risque cardiovasculaire et initier un suivi éducatif. (23)(p.4)

Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017

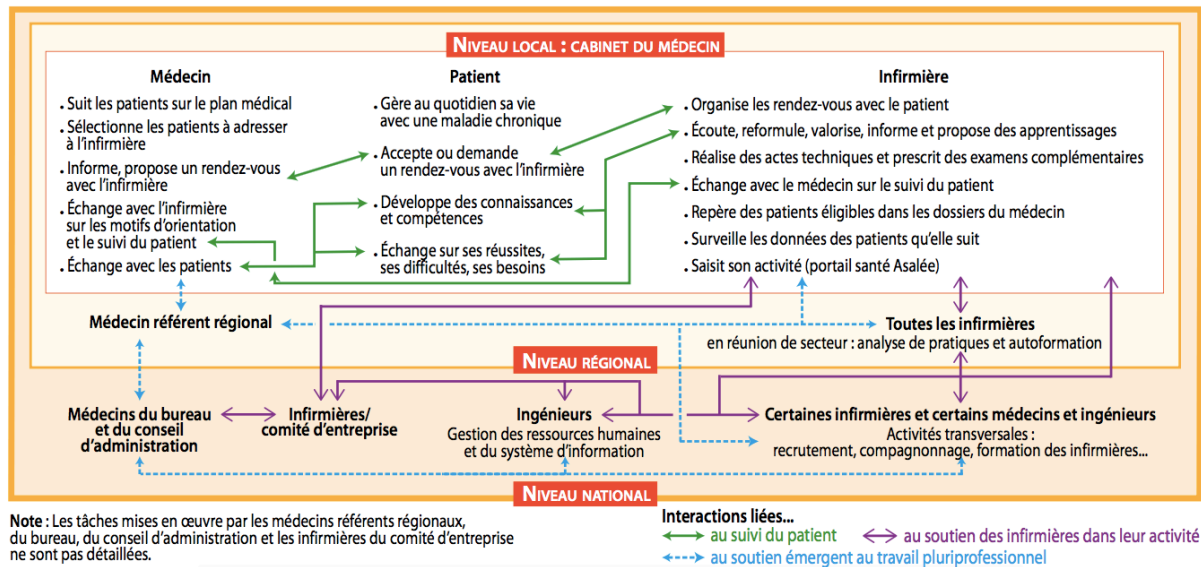


Figure 1: Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017 (23)(p.4)

L'impact du dispositif, inscrit dans le programme d'évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée (DAPHNEE), met en lumière que l'entrée dans le dispositif Asalée a un effet significatif et positif sur la taille de la patientèle, mais pas sur le nombre de consultations au cabinet ou à domicile. Il est mis en évidence que la délégation d'une part des activités des médecins généralistes aux infirmières Asalée permet de dégager du temps médical que les médecins octroient ainsi à l'accroissement de leur patientèle. L'expérimentation de coopération Asalée conduit possiblement à des gains en matière d'efficacité technique des médecins généralistes. Ces gains représentent un supplément de patientèle de 7%, ce qui est significatif au regard des évolutions de la baisse de la réponse à la demande de soins liée à celle de la démographie médicale. (24)(p.6-7)

1.2.2. Protocoles de coopération intégrant les pharmaciens et dispensation sous protocole

Uniquement dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle, six protocoles d'échelle nationale ont reçu un avis favorable de la HAS (janvier 2020) et une autorisation via arrêté ministériel (mars 2020). (25)(p.6) Quatre de ces protocoles concernent la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine pour les soins non programmés. (25)(p.7)

- 1) La prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'état et le pharmacien d'officine. (Annexe 2) (26)(p.104-114)
- 2) La prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état et le pharmacien d'officine. (Annexe 3) (26)(p.69-82,99-100)
- 3) Le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'état et le pharmacien d'officine. (Annexe 4) (26)(p.133-140)
- 4) La prise en charge chez l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'état et le pharmacien d'officine. (Annexe 5) (27)(p.58-71,88)

En pratique, concernant les deux premiers protocoles, les médicaments que le pharmacien d'officine peut dispenser dans le cadre du protocole sont prévus par l'arrêté du 5 mai 2021. En ce qui concerne la prise en charge de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière, le protocole prévoit le renouvellement de la prescription à l'identique. S'agissant de la prise en charge de la varicelle, le protocole autorise la prescription de paracétamol, d'un antiseptique non coloré et non alcoolisé, éventuellement d'un antihistaminique de seconde génération selon l'âge et en cas de prurit, selon une prescription type, présentée dans le cadre d'une formation par les médecins.

La prise en charge du patient comporte différentes étapes. (25)(p.7-8)

- 1) Le patient prend rendez-vous auprès du secrétariat de la structure.
- 2) Le patient se voit proposé, par le secrétariat médical d'orientation, une prise en charge dans le cadre d'un des protocoles.
- 3) Le patient donne son accord.
- 4) Le professionnel de santé délégué réalise un examen clinique et la prise en charge du patient en application du protocole.
- 5) Possibilité de prescription d'une ordonnance type et/ou d'un arrêt de travail prévus par le protocole.
- 6) Une réorientation est possible vers le médecin si à l'issue de l'examen par le délégué le patient doit être exclu du protocole.

Chaque arrêté autorisant un protocole possède plusieurs annexes précisant les caractéristiques des patients pouvant être inclus, les critères d'exclusion ainsi que les étapes de prise en charge. On y trouve également les modalités de suivi du protocole.

- Un tableau des indicateurs.
- Un support d'analyse des événements indésirables. (Annexe 6) (26)(p.83-86)
- Un support d'analyse du suivi et des actions correctives de ces événements indésirables. (Annexe 7) (26)(p.87-90)
- Un support compte rendu et retour d'expérience. (Annexe 8) (26)(p.91-96)
- Une enquête de satisfaction pour patient, délégant et délégué. (Annexe 9) (26)(p.101-103)

À compter du 11 juillet 2022, les pharmaciens adhérents à une CPTS peuvent contractualiser avec un/des médecin(s) exerçant sur le territoire et membre(s) de la CPTS pour proposer la prise en charge en pharmacie de la cystite, l'angine, la varicelle et la rhino-conjonctivite allergique.

Il existe des prérequis à la mise en application d'un protocole.

- Les médecins et les pharmaciens du territoire se réunissent pour une formation par les pairs concernant la prise en charge prévue par le protocole.
- Chacun signe l'attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences et le déclare en ligne.
- Le pharmacien peut appliquer le protocole sans délai.

La rémunération du protocole est réalisée par la CPTS sur la base des versements effectués par l'Assurance Maladie. La facturation du médicament se réalise à l'officine selon la procédure habituelle.

DECLARER UNE EQUIPE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION	
CPTS	MSP et CDS
<p>Mesures d'urgences été 2022 : 6 protocoles soins non programmés accessibles aux CPTS</p> <p>La mise en application des protocoles de coopération « soins non programmés » commencera à la date de la déclaration de l'équipe et sera suspendue à compter du 1er octobre 2022. Des textes réglementaires rendront par la suite pérenne cette mesure pour les protocoles concernant la prise en charge de la cystite et de l'odynophagie.</p> <p>Un référent doit déclarer l'équipe volontaire selon différentes étapes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pré-remplir le document unique. (Annexe 10) 2) Créer un compte sur la plateforme « démarches simplifiées ». 3) Déclarer l'équipe en complétant le formulaire en ligne et déposer le document unique renseigné préalablement. 4) Une fois la déclaration réalisée, le protocole peut débuter. 	<p>Protocoles nationaux</p> <p>Dans le cadre ou un référent repèrerait dans la liste des protocoles de coopération autorisés ci-dessus une délégation d'activité qui permettrait à ses patients une prise en charge plus rapide et efficace et à son équipe d'optimiser ses compétences.</p> <p>La déclaration de l'équipe volontaire se réalise selon différentes étapes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pré-remplir les formulaires de déclaration qui sont demandés. (Annexe 11) (28) 2) Créer un compte. 3) Déclarer l'équipe sur la plateforme « démarches simplifiées » à partir du formulaire et télécharger les pièces nominatives demandées. 4) Une fois la déclaration réalisée, le protocole peut débuter. <p>Un questionnaire en ligne sera envoyé tous les ans pour que les professionnels renseignent leurs indicateurs de suivi du protocole de coopération.</p>

Tableau 2 : Déclarer une équipe dans le cadre d'un protocole de coopération (28)

Le modèle économique des protocoles de soins non programmés a été publié via l'arrêté du 10 septembre 2020. Il prévoit que la mise en œuvre d'un protocole par une équipe de soins autorise une rémunération forfaitaire de 25 € par patient inclus.

La rémunération est globale et forfaitaire pour l'équipe de soins, elle inclut :

- le temps de consultation réservé par le délégué dans son activité ;
- l'éventuelle revoyure du médecin déléguant le jour même ou le lendemain ;
- le temps de coordination nécessaire entre professionnels de santé impliqués dans le protocole ;
- les charges de la structure (gestion, informatique, etc.) ;
- la formation des délégués.

En cas de sortie d'un protocole à la suite de l'examen du délégué au regard d'un des motifs d'exclusion, la facturation du protocole n'est pas due, mais le médecin pourra facturer son acte de consultation. Dans le cas d'une éventuelle revoyure du médecin le jour même ou le lendemain, la facturation du protocole est due, mais le médecin ne peut pas facturer d'actes en sus. Le forfait est versé à la structure et le partage de la rémunération forfaitaire est libre entre les professionnels de santé impliqués. (25)(p.8)

1.2.3. Réseau de correspondants : binôme médecin généraliste et pharmacien d'officine

Le décret du 28 Mai 2021 permet la désignation d'un pharmacien correspondant par un patient. Dans le cadre d'un exercice coordonné, le pharmacien aura la possibilité de renouveler un traitement et/ou d'en ajuster la posologie en accord avec le prescripteur. Le décret précise les conditions de mise en œuvre de la mission de pharmacien correspondant. Il décrit les conditions selon lesquelles il peut être désigné et les conditions de renouvellement des traitements ainsi que leurs ajustements possibles.

La mission de pharmacien correspondant peut être assurée par un pharmacien titulaire d'officine ou un pharmacien gérant d'une pharmacie de secours miniers ou mutualiste. Il doit dépendre de la même structure d'exercice coordonné que le médecin traitant. Le pharmacien correspondant est déclaré, après avoir donné son accord, par le patient auprès de l'Assurance Maladie. Le médecin traitant doit en être informé. En cas d'absence du titulaire de l'officine, un pharmacien assistant peut suppléer le titulaire dans cette mission. (29)

Missions

Le pharmacien correspondant peut, pour les seules ordonnances rédigées par le médecin traitant et s'il dispose d'un local de confidentialité :

- 1) Réaliser le renouvellement des traitements chroniques au-delà de la durée indiquée sur l'ordonnance. Ce renouvellement est possible seulement quand le médecin traitant appose la mention « le pharmacien correspondant peut renouveler cette ordonnance pour une durée de X mois ». Cela ne peut outrepasser la limite de validité d'une ordonnance (c'est-à-dire 12 mois) et celle prévue par la réglementation pour certains médicaments (hypnotiques, anxiolytiques, etc).
- 2) Si cela est nécessaire, ajuster des posologies lorsque le médecin traitant y a inscrit la mention « le pharmacien correspondant peut modifier la posologie ». Le pharmacien correspondant doit avoir préalablement réalisé une formation spécifique.

Modalités de déclaration

Un formulaire Cerfa (N°16166#01) est à remplir par le patient ainsi que le pharmacien. Il est ensuite à envoyer, par le patient, à sa caisse de rattachement. Le pharmacien doit conserver une copie du formulaire. (Annexe 12) (29)

Facturation par le pharmacien

A chaque renouvellement, dans le cadre de ses missions de pharmacien correspondant, le pharmacien doit noter sur les ordonnances le détail des actions menées. Il doit être possible d'identifier ce que le pharmacien a éventuellement adapté et renouvelé.

Les conditions habituelles de facturation restent inchangées à l'exception des éléments suivants :

- concernant l'identification du prescripteur et la structure dans laquelle il exerce, le pharmacien doit renseigner le numéro fictif dédié 291991040 ;
- renseigner la date de prescription initiale ;
- numériser et transmettre la copie de l'ordonnance initiale où est inscrit le détail des missions réalisées sur cette ordonnance : renouvellement et ajustement de posologie en face de chaque ligne de traitement concernée.

Dans la situation où le pharmacien ne renouvelle pas et n'adapte qu'une partie de la prescription initiale et non la totalité, deux factures différentes doivent être réalisées.

- La délivrance normale de la prescription avec l'identification du prescripteur initial, c'est-à-dire le médecin traitant.
- La délivrance en rapport avec les missions du pharmacien correspondant en identifiant le prescripteur fictif dédié.

Rémunération du pharmacien

Les critères concernant la rémunération des pharmaciens pour l'application des missions de pharmacien correspondant sont prévus dans la convention nationale des pharmaciens d'officine signée le 9 mars 2022.

Cette rémunération est réservée aux pharmaciens exerçant au sein d'officines situées dans les zones souffrant d'une offre de soins insuffisante ou touchées par des difficultés d'accès aux soins. Cela concerne les zones d'action complémentaire (ZAC) et d'intervention prioritaires (ZIP) mentionnées dans code de la santé publique à l'article L. 1434-4.

Le pharmacien correspondant reçoit une rémunération annuelle pour chaque patient l'ayant désigné comme pharmacien correspondant. Il doit avoir effectué, pour chaque patient, au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile.

Le montant de la rémunération est dégressif selon des paliers. De 1 à 100 patients pour le(s)quel(s) il a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile, le pharmacien reçoit 2 € TTC par patient. Au-delà de 100 patients pour lesquels il a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile, le pharmacien reçoit 1 € TTC par patient.

Cette rémunération ne peut excéder 500 € TTC par an, tous patients confondus. Elle est versée au pharmacien dans le cadre de la rémunération sur objectif pour la modernisation des échanges numériques et l'accès aux soins.

Les missions du pharmacien correspondant permettent d'éviter les ruptures de traitements. Il est important pour le patient de continuer à consulter son médecin généraliste afin de réaliser un suivi régulier.

1.3. Équipe de Soins Primaires

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premiers recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. Une équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » (30)

Ces équipes participent fortement à structurer le parcours de santé en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les personnes en situation de précarité sociale. L'amélioration de la coordination peut se traduire par l'organisation d'un échange d'informations au sujet des patients dans le but d'améliorer la fluidité et la qualité du parcours entre les intervenants de la prise en charge. L'optimisation de la prise en charge de certaines pathologies peut également passer par un fonctionnement collectif organisé.

Pour être qualifiée d'équipe de soins primaires (ESP), il faut être au minimum deux professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste et posséder un minimum de patients en communs. Il est nécessaire de présenter à l'ARS un projet ayant pour but l'amélioration de la prise en charge des parcours des patients. Il doit mentionner l'objet de l'ESP, les membres qui la composent, l'engagement des professionnels concernant les modalités de travail, les modalités d'évaluation et l'amélioration du service rendu. (31)

Aujourd'hui, deux modèles d'ESP sont pérennisés par un conventionnement avec l'Assurance Maladie : les CDS et les MSP. Les principales différences entre les deux structures concernent :

- Le statut des professionnels de santé : salariés en CDS et libéraux ou salariés en MSP.
- La composition des structures.
 - Les MSP sont uniquement pluriprofessionnelles : elles regroupent, sur un même site ou non, des professionnels de santé médicaux (médecins généralistes ou autres spécialités, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) et des pharmaciens.
 - Les CDS peuvent être monoprofessionnels, c'est-à-dire exclusivement « médicaux » (seulement des médecins ou des infirmiers par exemple), soit polyvalents, c'est-à-dire avec des médecins et des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes mais aucun auxiliaire médical, soit pluriprofessionnels comme les MSP.

1.3.1. Dispositif ESP CLAP

Le dispositif Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient (ESP CLAP) est un dispositif expérimental né en Pays de la Loire à destination des professionnels de premier recours. Il permet le regroupement de professionnels de santé en ESP hors MSP et CDS et a pour objectif d'apporter une structure souple aux professionnels pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, de formaliser et valoriser une coordination existante mais non organisée. L'ESP CLAP doit se composer au minimum de deux professionnels de santé dont au moins un médecin généraliste.

Le dispositif présente des avantages puisqu'aucune structuration juridique n'est imposée et aucun changement de mode d'activité n'est requis pour les professionnels, chacun pouvant rester dans son propre cabinet. Il est cependant nécessaire de créer une association loi 1901 pour répondre aux appels à projets lancés par l'ARS ou monter un programme d'ETP. Un accompagnement est proposé par l'Association ESP CLAP à chaque étape de développement. Une boîte à outils contenant de nombreux documents pratiques est mise à disposition des professionnels. Enfin, il est possible d'intégrer de nouveaux membres à tout moment et de faire progresser le projet en conséquence.

Pour mettre en place une ESP CLAP, il faut qu'une équipe de professionnels de santé libéraux de soins de premiers recours se constitue. Cette équipe doit souhaiter s'organiser par des actions conjointes autour de leurs patients communs. L'existence d'un projet de santé autour d'une patientèle commune formalise la création d'une ESP CLAP. Le projet de santé est rédigé par les professionnels de santé de l'équipe et doit être signé par tous les membres pour son envoi à l'ARS. Le projet de santé doit présenter l'objet de l'ESP CLAP, les membres qui la composent et les modalités de travail retenues. (32)

LES ACTIONS REMUNEREES PAR LE DISPOSITIF	
Plans personnalisés de santé (PPS) pour améliorer l'accompagnement des situations complexes	<p>Un PPS peut être réalisé dans toutes les situations où un travail formalisé est nécessaire entre acteurs auprès du patient. Il doit favoriser la prise en charge en équipe dans le cadre d'une coopération non hiérarchisée. Ce plan doit prendre en compte toutes les dimensions du soin qu'elles soient médicales, psychologiques et sociales pour des patients complexes.</p> <p>Le plan doit permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déterminer les difficultés liées à la prise en charge du patient ; - définir et planifier les actes indispensables à la prise en charge ; - identifier un référent du plan de soins ainsi que les professionnels chargés d'intervenir ; - planifier l'évaluation et le suivi du plan d'action.
Réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) en présence du patient	<p>Il s'agit de réunions de concertation organisées en présence du patient, pour effectuer des visites à domicile ou des consultations communes aboutissant à un plan d'action. Ces réunions visent à coordonner la prise en charge et à répondre conjointement à une problématique. Les aidants et/ou des acteurs médicaux sociaux peuvent y assister.</p>
Réunions de concertation pluriprofessionnelles pour l'amélioration des pratiques et des prises en charge (sans le patient)	<p>Ces réunions s'organisent autour d'un groupe de patients ou d'une thématique. L'équipe pluriprofessionnelle détermine les modalités pour une prise en charge optimale et une meilleure coordination. Elles peuvent aboutir à la rédaction d'un protocole pluriprofessionnel.</p>
Protocoles pluriprofessionnels pour organiser les prises en charge	<p>Un protocole détaille, pour une situation donnée, le meilleur schéma de prise en charge par l'équipe en décrivant le rôle de chacun, à quel moment et comment il doit intervenir. Les thèmes choisis sont en lien avec les besoins de l'équipe et peuvent cibler une catégorie de patients ou une seule prise en charge considérée comme complexe. Une évaluation et une mise à jour de ces protocoles doivent régulièrement avoir lieu.</p> <p>Deux financements sont possibles et différencient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les protocoles organisationnels simples : seul le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge est décrit ; - les protocoles organisationnels complexes : des activités non prises en charge comme une réunion de concertation pluriprofessionnelle (en présence ou non du patient), des consultations non prises en charge par la CPAM (diététicien, ergothérapeute, ect...), des plans personnalisés de santé, des temps d'éducation, etc.

Tableau 3 : Actions principales rémunérées par le dispositif ESP CLAP

AUTRES MODALITES DE TRAVAIL POSSIBLES ET REMUNEREES PAR D'AUTRES CADRES REGLEMENTAIRES (APPEL A PROJET, DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) ...)	
Prévention	Actions de prévention proposées à un groupe de patients autour de 6 thèmes différents : <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation et activité physique ; - Vie affective et sexuelle ; - Addiction ; - Santé mentale ; - Santé environnementale ; - Vaccination.
Programme d'ETP	Il s'agit de mettre en place un programme d'ETP visant à rendre les patients plus autonomes dans la gestion de leur pathologie. Tout programme doit faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'ARS. Le dossier de déclaration d'un programme est disponible sur le site de l'ARS. Tout programme comprend une autoévaluation annuelle et globale du déroulement du programme.
Autres actions	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche en soins de premier recours. - Protocoles nationaux de transferts d'actes et/ou d'activités de soins. - Formations pluriprofessionnelles. - Autres actions avec pour objectifs l'amélioration des prises en charge des patients communs et de la coordination pluriprofessionnelle.

Tableau 4 : Autres actions rémunérées par la dispositif ESP CLAP

Au 15 Septembre 2020, 54 équipes regroupant plus de 600 professionnels étaient reconnues. (33)(p.1)

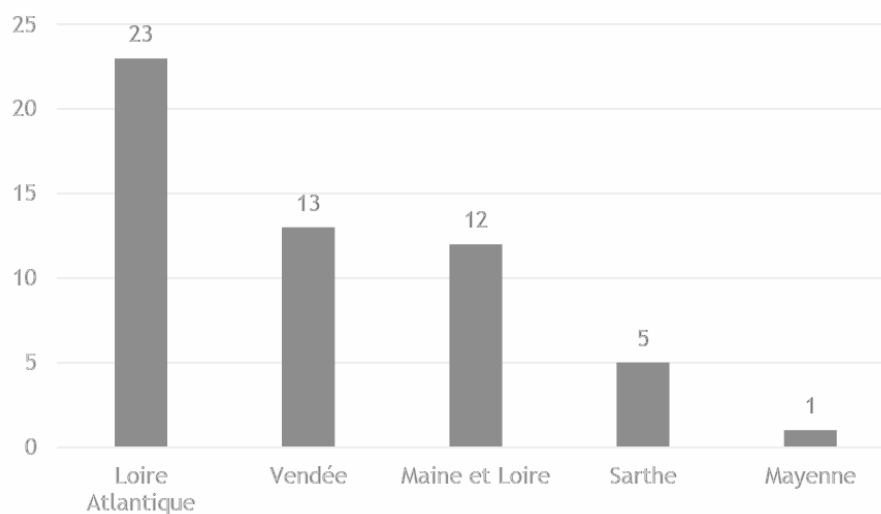


Figure 2: Répartition des équipes ESP CLAP en fonction des départements (33)(p.1)

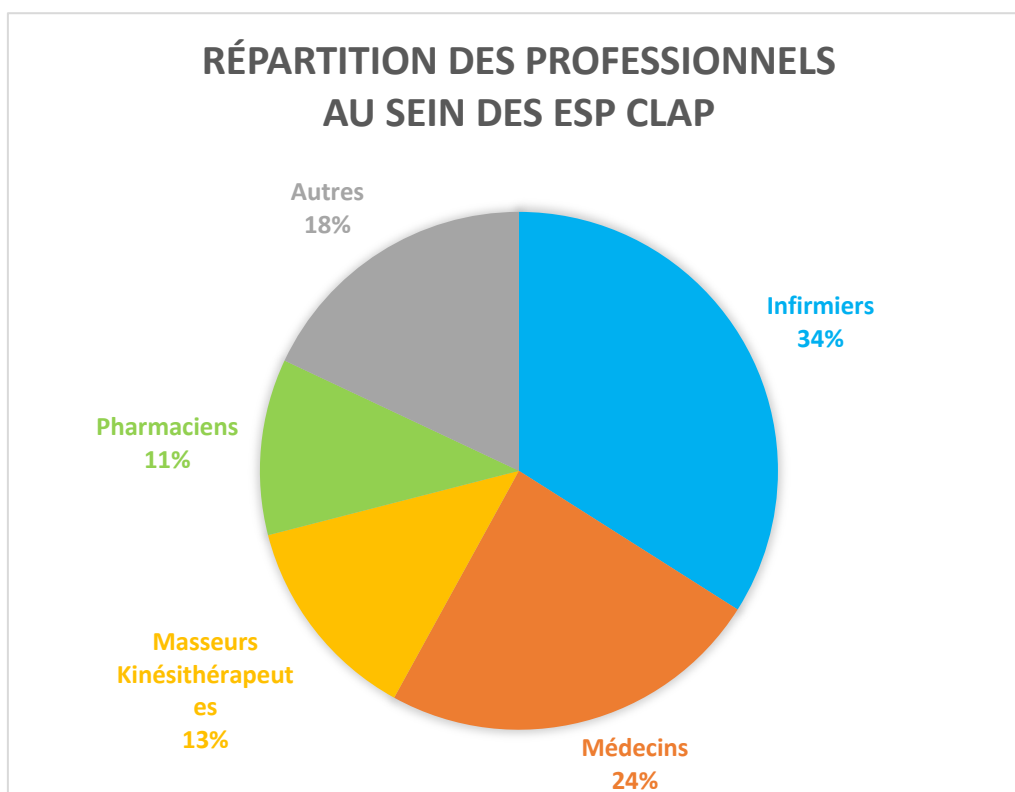


Figure 3 : Répartition des professionnels au sein des ESP CLAP (33)(p.2)

Les 18% restants représentent les professions d'orthophoniste, pédicure-podologue, diététicien, sage-femme, chirurgien-dentiste, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste et biologiste (incluant pharmaciens ou médecins). (33)(p.2)

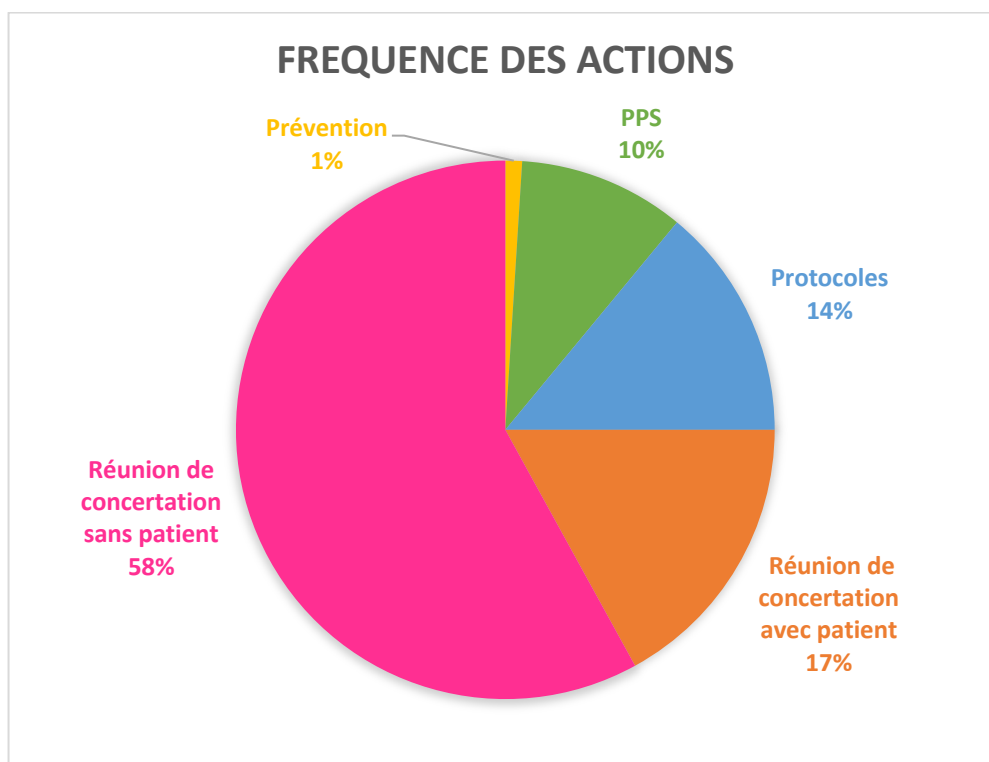


Figure 4 : Fréquence des actions au sein des ESP CLAP (33)(p.3)

Extrait de l'Évaluation interne du dispositif ESP CLAP : « Les professionnels évoquent mieux se connaître et avoir des relations plus chaleureuses ; le tout avec un climat de confiance qui s'installe. Cette ambiance plus chaleureuse favorise un dialogue plus ouvert et permet ainsi de favoriser l'horizontalité (absence de hiérarchie entre les professionnels). Les professionnels témoignent d'une prise en charge plus rapide des patients et le sentiment d'une meilleure qualité des soins qui contribuent à leur bien-être au travail. À cela, s'ajoute la satisfaction de faire partie d'un groupe et une impression de solitude diminuée. » (33)(p.4)

Les professionnels rapportent une collaboration plus intense avec une meilleure structuration des échanges qui sont plus réguliers. En effet, leurs échanges informels (ex : téléphone) sont devenus des réunions de concertation, des réunions au domicile du patient avec les proches ou des protocoles. Certaines équipes échangent sur les autres structures d'exercice coordonné qui existent (MSP, CPTS). (33)(p.4)

1.3.2. Maison de Santé Pluriprofessionnelle

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et, le cas échéant, de second recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » (34)

Créé en 2007, ce mode d'exercice professionnel est collectif et coordonné. Il vise à répondre au besoin de « travailler ensemble » face aux problématiques de santé d'aujourd'hui. Les professionnels de santé appartenant à une MSP exercent à titre libéral. Cette équipe de professionnels peut être composée de professions médicales, d'auxiliaires médicaux, de pharmaciens et de biologistes. Une liste des professionnels concernés est disponible.

En Pays de la Loire, le socle minimum pour créer une MSP doit être composé de 4 professionnels de santé, dont 3 médecins généralistes et 1 auxiliaire médical. (35) L'équipe de la MSP peut ensuite collaborer avec d'autres professionnels appartenant au champ de la santé comme des psychologues, des ostéopathes, etc. Elle peut aussi travailler avec des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)), des CDS, des établissements de santé (hôpitaux) et d'autres acteurs du territoire telles que des associations d'usagers.

Comme l'indique sa définition juridique, une maison de santé se doit d'assurer des activités de soins sans hébergement, de premier et de second recours et de participer à des actions de santé publique telles que des actions de prévention, d'éducation pour la santé ou d'ETP.

Une maison de santé peut être mono ou multi-sites mais n'est pas un centre de santé puisque les médecins qui y exercent ne sont pas salariés.

Le projet d'une maison de santé doit se monter en différentes étapes afin d'évoquer toutes les questions indispensables à sa mise en œuvre et sa réussite (36):

- Étape 1 : De nombreux facteurs peuvent faire émerger l'idée de la création d'une MSP. Les porteurs de projet doivent être convaincus de la pertinence et des avantages du « travailler ensemble » en pluriprofessionnel et de l'intérêt de mieux coordonner le parcours des patients entre les différentes professions.
- Étape 2 : Procéder à un « état des lieux » du territoire, recenser les données concernant l'offre de santé, identifier les besoins de la population, lister les professionnels de santé installés. Il faut ainsi délimiter le territoire en repérant les quartiers et/ou les communes pouvant faire partie du territoire du futur regroupement. Le projet de santé doit s'appuyer sur un diagnostic des besoins du territoire. Le projet précisera ainsi les missions et les activités de la MSP en termes de soins, de prévention, d'éducation et de promotion de la santé, de formation et de coopération. Des données de nature différente peuvent être utiles.
 - Données démographiques et socio-économiques via l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).
 - Données environnementales.
 - Données sur l'état de santé de la population (Site de l'Observatoire Régionale de Santé (ORS) des Pays de la Loire).
 - Données sur l'offre de soins et de services sur le territoire (Répertoire FINESS).
- Étape 3 : Informer et mobiliser les professionnels du territoire en communiquant sur le projet de création auprès de l'ensemble des professionnels. Il faut obtenir leur adhésion et leur mobilisation via des réunions pour faciliter l'expression des attentes de chacun pour contribuer à la réussite du projet.
- Étape 4 : définir ensemble le « travailler ensemble » en élaborant son projet de santé. Le projet de santé s'appuie sur les caractéristiques d'un territoire, les motivations et souhaits des professionnels ainsi que leurs compétences spécifiques. Il faut y décrire l'organisation et les objectifs communs d'amélioration du service rendu et présenter les différentes actions pouvant être mises en œuvre.
- Étape 5 : Le projet de santé rédigé doit être adressé au directeur général de l'ARS Pays de la Loire pour validation en Comité d'Accompagnement Territorial des Soins (CATS) de 1^{er} recours. La reconnaissance du statut de MSP permet d'obtenir un numéro FINESS, d'être reconnue comme entité juridique ce qui donne le droit d'exercer en tant que MSP.
- Étape 6 : Mettre en œuvre son projet de santé en mettant en place la coordination de l'équipe, élaborer un budget prévisionnel, organiser le partage d'informations au sein de l'équipe.

En septembre 2021, on dénombrait 111 MSP en fonctionnement en Pays de la Loire. (37)

MSP Bois Linières (Maine et Loire - 49)

Le projet d'une MSP est apparu suite au constat de l'intérêt de travailler ensemble. La fusion administrative des deux communes Saint Léger des Bois et Saint Jean de Linières en Janvier 2019 a ainsi regroupé les professionnels au sein d'un même territoire. L'idée de rassembler les acteurs de santé de ce territoire est apparue comme opportune et évidente.

Les professionnels étaient désireux de mieux se connaître, réfléchir à leurs problématiques, mutualiser leurs compétences et leurs moyens afin d'améliorer l'offre de soins, la prise en charge coordonnée des patients et ainsi de pérenniser l'existant. Selon eux, la formation et l'accueil de stagiaires seraient ainsi facilités. En effet, conserver et renforcer l'attractivité du territoire est une priorité.

Les professionnels ont exposé diverses motivations au projet.

- Communiquer, partager, aller les uns vers les autres, se connaître.
- Déléguer, compter les uns sur les autres.
- Profiter des compétences de chacun, se compléter.
- Mutualiser les moyens.
- Élargir l'offre de soins.
- Réfléchir à l'échelle de la population.
- Augmenter leur efficience .

La création de l'association « MSP Bois Linières » a permis à l'équipe de professionnels d'être reconnue et légitime auprès du Conseil municipal afin de leur faire part du projet et du besoin de bénéficier d'un lieu de réunion.

Des thématiques de travail ont été identifiées par les professionnels.

- L'accès et la continuité de soins.
- La formation initiale et continue (comprenant l'accueil de stagiaires).
- La coopération interne : s'organiser ensemble pour travailler et mettre en œuvre des actions communes
- L'implication des usagers.
- La coopération externe : partage, échange de connaissances et de ressources, et développement de nombreux partenariats (laboratoires d'analyses, EHPAD, services d'accompagnement des personnes, etc.).
- Les actions de santé publique avec pour axes de travail : l'adolescence, la psychologie, la périnatalité, la douleur chronique, les seniors.

Dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), les professionnels de la MSP rédigent des protocoles de prise en charge.

Protocole isolement des seniors incluant les pharmaciens (Annexe 13)

L'objectif général du protocole est le repérage de l'isolement des seniors et la mise en place d'actions pour limiter l'impact de cet isolement comme facteur de fragilité.

Les objectifs secondaires sont nombreux. Il s'agit de repérer les facteurs de gravités associés.

- Évaluer le risque chute : observation à la marche, motricité, repérage corporel dans l'espace, utilisation d'une aide à la marche, environnement intérieur et matériel, soin des pieds ou chaussage inadapté, pathologie invalidante.
- Dépression : peut être favorisée par l'isolement ou peut être la cause de l'isolement.

- Iatrogénie médicamenteuse.
- Repérage des troubles cognitifs limitant l'autonomie du patient.
- Alimentation et hydratation.

Différents bilans constituent le plan d'action du protocole.

- Bilan de motricité et/ou bilan de chute chez les kinésithérapeutes et ostéopathes et bilan psychomoteur.
- Bilan orthophonique : indiqué devant toute plainte cognitive (mémoire, attention, désorientation, langage) ou oro-myo-faciale (déglutition, articulation, voix) à la suite de lésions ou d'allure dégénérative.
- Bilan social : Contrat Local d'Information et de Coordination (CLIC) en faveur des personnes âgées, Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) et associations.
- Bilan médical : signalement au médecin traitant s'il ne fait pas partie de la MSP grâce à un courrier.
- Bilan psychologique : possible à domicile ou en cabinet à Bécon-les-Granits.
- Bilan dentaire : appareillage inadapté, mastication, état bucco-dentaire, troubles de déglutition, hygiène bucco-dentaire.
- Bilan de médication partagé auprès de la pharmacie.

Le bilan partagé de médication est destiné aux patients âgés de plus de 65 ans atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée d'au moins 6 mois ou plus. C'est un processus essentiel dans la lutte contre la iatrogénie en coordination avec le médecin traitant. En effet, cela permet d'évaluer l'observance et la tolérance du traitement, d'en identifier les interactions médicamenteuses et de vérifier le bon usage du médicament.

Dans le cadre de ce protocole « isolement des seniors », un courrier pensé comme une fiche de repérage a été créé et est à adresser au médecin traitant du patient. Une fiche d'évaluation du protocole est également disponible comprenant des indicateurs simples tels que le nombre de patients inclus, le nombre de professionnels intervenant, la satisfaction des patients ainsi que des professionnels.

1.3.3. Centre de Santé

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours, et le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri-professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. » (38)

Un CDS peut prendre différentes formes : monoprofessionnel ou pluriprofessionnel. (39)(p.15)

Un CDS pluriprofessionnel est une équipe pluriprofessionnelle salariée aux compétences multiples.

- Des professions médicales : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes.
- Des auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicure-podologues, diététiciens, orthophonistes.

L'équipe est composée au minimum de deux professionnels de santé de professions différentes : un professionnel médical et un auxiliaire médical. (39)(p.15) Pour assurer la coordination autour d'un patient, l'équipe doit compter au moins un médecin généraliste. Les CDS développent également de nombreux partenariats avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Tout centre de santé, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie et applique le Tiers Payant. (39)(p.14)

Les centres de santé sont imaginés comme une réponse à la désertification médicale. En effet, dans un environnement où la démographie médicale et paramédicale est déclinante, où les nouvelles générations de professionnels aspirent à de nouveaux modes d'organisation et d'exercice, les centres de santé représentent une solution pour renforcer l'accès aux soins, et cela, notamment au sein des déserts médicaux. En pays de la Loire, le laboratoire des innovations en centre de santé, soutenu par la Confédération des centres de santé (C3SI nationale) et l'ARS accompagnent les porteurs de projets désirant développer des projets de centres de santé autour de valeurs d'accès aux soins pour tous les habitants.

Créer un centre de santé se réalise en plusieurs étapes. (40)

- Étape 1 : Former un comité de pilotage en charge de suivre le projet et sa mise en œuvre. Il associe généralement des représentants de l'Assurance Maladie et de l'ARS Pays de la Loire.
- Étape 2 : Étudier le projet en réalisant un diagnostic de territoire qui précise l'offre de soins existante et les besoins de santé de la population.
- Étape 3 : Étude de faisabilité du projet.
 - Définir les conditions d'équilibre économique du projet. Elle doivent concilier performance économique et utilité sociale.
 - Identifier des locaux pouvant accueillir le centre de santé et sélectionner un système d'information.
 - Formaliser la gouvernance du projet.
 - Rechercher les financements mobilisables.
- Étape 4 : Élaborer le projet de santé. Il décrit la mise en œuvre du projet et les moyens alloués pour répondre aux besoins de santé identifiés.
- Étape 5 : Régler les formalités administratives auprès de l'ARS par la demande d'un numéro FINESS. Un dossier composé du projet de santé, du règlement intérieur et de l'engagement de conformité de la structure sont essentiels pour instruire la demande auprès de l'Assurance Maladie.
- Étape 6 : Mobiliser une équipe de santé.

Tout comme pour la création d'une MSP, un projet de santé doit être rédigé. Il décrit les valeurs et les objectifs portés par le gestionnaire du centre. Il détaille :

- Les modalités d'accès aux soins : prise en charge des patients, continuité et permanence des soins.
- Les autres activités du centre comme les actions de prévention et de santé publique.
- Le travail en équipe et la coordination des soins.
- Le système d'information : partage des informations de santé, accès, gestion et exploitation des données médicales.

COMPARAISON DES STRUCTURES CDS ET MSP		
Structure	Centres de Santé	Maisons de Santé Pluriprofessionnelle
Naissance	Après-guerre	2007
Nombre (fin juin 2020)	2207 dont 428 pluriprofessionnels	1617 en fonctionnement
Niveau de recours	1 ^{er} recours principalement	
Structuration juridique	Personnalité morale au travers d'un gestionnaire (municipalité, régimes sécurité sociale, établissement de santé, société coopérative d'intérêt collectif)	Personnalité morale obligatoire (constitution associative ou en société, notamment Société de Soins Ambulatoire (SISA)). Pas de gestionnaire
Composition	Professionnels de santé	Professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens
Statut des médecins	Salariés	Libéraux
Population concernée	Tout usager mais particulièrement les populations précaires	Tout usager
Tarifs pratiqués	Tarifs opposables, tiers payant obligatoire, pas d'avance de frais avec CSS (Couverture Santé Solidaire) et Aide Médicale d'État (AME)	Secteur 1 et 2 autorisés
Organisation	Pluri ou monoprofessionnelle (centres infirmiers, dentaires ou médicaux) ou pluriprofessionnels associant professions médicales et paramédicales Exercice coordonné des soins	Pluri-professionnalité Exercice coordonné des soins
Projet de santé	Obligatoire	
CPOM	Obligatoire si financement par ARS	
Financement	Remboursement des actes par l'assurance maladie	
	Subvention d'équilibre accordée souvent par les collectivités territoriales gestionnaires Financement via le FIR possible mais peu souvent accordé par les ARS	FIR Collectivités territoriales
	Accord national (transposition de l'ACI) rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs concernant l'accessibilité (amplitude horaire), le travail en équipe et le partage de l'information	Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les MSP en SISA. Rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs, notamment concernant l'accessibilité (amplitude horaire), le travail en équipe et le partage de l'information

Tableau 5 : Comparaison des structures CDS et MSP (41)

2. Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS)

2.1. Définition

La loi de modernisation de notre système de santé datant de 2016 a présenté de nouveaux dispositifs visant à promouvoir les soins primaires et à renforcer les liens entre les différents secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La conception de ces nouveaux dispositifs intègre la volonté des professionnels de santé de ville d'être partie prenante de ces changements en étant à l'initiative de projet de territoire.

Les CPTS sont un des dispositifs pouvant participer à une meilleure organisation des soins et des parcours. Il s'agit d'une méthode d'organisation pluriprofessionnelle s'inscrivant dans une démarche à l'échelle territoriale et populationnelle : « *La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L.1411-11 et L.1411-12 et d'acteurs médico-sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.* » (42)

Une CPTS est une organisation imaginée autour d'un projet de santé à l'initiative des professionnels de santé, sur un territoire donné défini par les professionnels eux-mêmes. Une CPTS a vocation à être une structure de coordination souple à la main des professionnels eux-mêmes. (43)

Un projet de CPTS doit répondre aux besoins des professionnels de santé du territoire et de sa population. L'objectif global est d'améliorer la structuration des parcours de santé à l'échelle territoriale et de répondre à d'autres enjeux essentiels comme l'accès aux soins, l'attractivité du territoire, les conditions d'exercice des professionnels ainsi que l'articulation des relations entre les établissements de santé et les professionnels exerçant en ambulatoire ou à domicile. (44)

Ces CPTS visent donc à répondre à deux enjeux de notre système de santé.

- Des soins de ville insuffisamment structurés pour répondre aux enjeux du virage ambulatoire, à la démographie médicale déclinante et à l'accroissement des maladies chroniques.
- Le sentiment d'isolement de certains professionnels de santé, une pratique coordonnée insuffisamment mise en œuvre et un cloisonnement entre les professionnels de santé exerçant en ville et à l'hôpital. (43)

Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour l'amélioration de l'accès aux soins et le développement de l'exercice coordonné a été signé le 20 Juin 2019. Il a pour objectif de procurer un soutien financier aux CPTS, permet de pérenniser leur fonctionnement et atteste de leur ancrage progressif mais réel dans notre système de santé. Cet accord conventionnel fixe 3 missions prioritaires. La première est de favoriser l'accès aux soins des patients à travers les deux leviers suivants : optimiser la prise en charge des soins non-programmés et faciliter l'accès à un médecin traitant. La deuxième s'attache à l'organisation des parcours des patients. La dernière concerne le champ de la prévention.

2.2. Création

Un cahier des charges rédigé par l'ARS Pays de la Loire est mis à disposition des professionnels de santé et constitue le document de référence pour la création de CPTS en région Pays de la Loire. Il a pour mission de définir le cadre régional des CPTS ainsi que les accompagnements possibles pour soutenir les professionnels à créer et à faire vivre ces projets. (4)(p.1) L'accord entre les professionnels est formalisé au travers d'un contrat qui peut évoluer en même temps que la CPTS.

2.2.1. Définir le territoire de la CPTS

Aucun territoire n'est imposé pour une CPTS. Ce territoire est donc variable selon les lieux, les personnes investies et les projets. Le seuil minimal pour la création est fixé à 20.000 habitants. Il doit avoir un sens en termes d'offre de soins et ne doit être « ni trop grand pour que les professionnels de santé se connaissent et que la population s'y reconnaisse, ni trop petit pour couvrir une population significative et permettre de mobiliser un panel suffisant de ressources ». (4)(p.4) Une cohérence avec les communautés de communes est souhaitée afin de faciliter la mobilisation et l'implication des élus locaux. Il est important de noter que plusieurs CPTS ne peuvent couvrir le même territoire mais un même acteur pour être membre de plusieurs CPTS. L'objectif est de parvenir à moyen terme à un maillage complet du territoire régional.

Les CPTS sont « classées » par taille dans le cadre des financements de l'ACI. En effet, le volume des aides de la CPAM varie selon le nombre d'habitants couverts par la CPTS. (6)(p.273)

- Taille 1 : < 40.000 habitants
- Taille 2 : entre 40.000 et 80.000 habitants
- Taille 3 : entre 80.000 et 175.000 habitants
- Taille 4 : > 175.000 habitants

2.2.2. Structuration juridique

Auparavant, la loi ne prévoyait pas de forme juridique obligatoire et laissait ainsi le choix aux professionnels de santé de choisir la structure qui leur convenait le mieux. Chacune des formes juridiques (SISA, Association, Coopérative, Groupement d'Intérêt Économique (GIE), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)) présentait des avantages et des inconvénients.

Certains points doivent être mis en lumière.

- Une CPTS doit être dotée d'une personnalité juridique.
- Elle doit pouvoir disposer de moyens humains et matériels.
- Les membres doivent pouvoir être rémunérés.
- Elle doit pouvoir bénéficier de financements (Assurance Maladie / ARS).
- La responsabilité de ses membres doit être limitée.
- Les admissions et les sorties de la structure doivent être facilitées.

Une ordonnance du 12 Mai 2021, publiée au Journal Officiel (JO) du 13 Mai 2021 vise à apporter des modifications quant au statut des CPTS et MSP. L'objectif de ces modifications est d'appuyer le développement des modes d'exercice coordonnés tout en rendant plus souple leur statut juridique et fiscal. L'ordonnance impose notamment, la création des CPTS sous la forme associative et à mettre en place un système d'exonération fiscale pour dédommager financièrement les professionnels prenant part aux missions prévues dans l'ACI. Des règles fiscales propres aux CPTS sont ainsi créées afin de sécuriser les flux financiers ainsi que le partage des rémunérations entre ses membres. En l'absence d'une forme juridique imposée jusqu'à cette ordonnance, plusieurs structures juridiques apparaissaient possibles, parmi lesquelles l'association loi 1901. La structure associative était favorisée car elle nécessite une gestion souple et permet de simplifier les adhésions et la prise de décisions. Cependant, une structure associative ne semblait pas la plus appropriée pour organiser un partage de rémunération en raison de son caractère non lucratif.

Désormais, le choix du statut juridique d'une CPTS est imposé par voie d'ordonnance. L'ordonnance modifie l'article L.134-12.1 du code de la Santé Publique comme suit : « *la communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L1434-12 est constituée sous la forme associative régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 [...] Un décret fixe les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé notamment les conditions de versement d'indemnités ou des rémunérations au profit de leurs membres ainsi que leurs montants maximum* ». (45)

L'ordonnance prévoit l'obligation de se constituer sous une forme associative au terme d'une période transitoire d'un an. Elle prévoit la possibilité d'opérer des versements d'indemnités et de rémunérations au profit de leurs membres, notamment afin de compenser la perte de ressources entraînée pour les membres par les fonctions qu'ils exercent au sein de la CPTS. Elle précise également d'autres mesures fiscales telles que l'octroi d'aides spécifiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ainsi que de l'État, l'obtention d'une exonération de la cotisation foncière des entreprises et d'impôts sur les sociétés, dès l'instant où le projet de santé est validé par l'ARS. Ces mesures sont possibles en raison de l'exercice de missions de service public.

2.2.3. Accompagnement et financement de création

L'instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 porte sur les dispositions et les modalités d'accompagnement devant être proposées aux porteurs de projet. (6)(p.237) En effet, les pouvoirs publics doivent être en mesure de soutenir activement les porteurs de projets à toutes les étapes de la création. L'accompagnement doit être pensé au niveau régional et départemental et doit reposer à chaque étape sur l'association étroite de l'Assurance Maladie et l'ARS (et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) si celle-ci est impliquée). (6)(p.238)

Il est possible d'accompagner :

- les porteurs de projet dont la candidature est spontanée ;
- les CPTS déjà constituées en vue de faciliter leur adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel ;
- les territoires dits « atones » qui sont encore sans projet.

Lorsqu'un porteur de projet est identifié, l'acteur public concerné doit contacter sans délai ses autres partenaires et proposer une rencontre sous 15 jours. Lors de ce premier rendez-vous, il est proposé aux porteurs de projet un accompagnement par le binôme ARS-Assurance Maladie, des outils au diagnostic territorial et une aide dans la rédaction de la lettre d'intention. Une indemnisation peut être prévue pour les porteurs de projet. (6)(p.239)

Afin de bénéficier d'un soutien financier pour l'élaboration du projet, le porteur de projet doit rédiger une lettre d'intention expliquant les grandes lignes de sa démarche : territoire envisagé, acteurs et partenaires prenant part au projet, etc ...

Par la suite, la validation de cette lettre d'intention officialise le projet de CPTS. Il est ainsi possible d'en informer les professionnels de santé du territoire susceptibles de le rejoindre. Une communication sur les sites de l'ARS, de la CPAM (et de la MSA) est également prévue.

La validation de cette lettre d'intention permet aux porteurs de projet de bénéficier d'un financement de l'ARS provenant de son FIR pour aider au travail de rédaction du projet de santé. (6)(p.240)

L'ARS accorde une aide financière forfaitaire de 15.000 euros aux porteurs de projet accompagnés dans le cadre du dispositif régional. Elle est déclenchée sur décision du comité régional de suivi.

2.2.4. Écriture du projet de santé

Le projet porté par la CPTS est formalisé au travers d'une « trame d'un projet de santé d'une communauté professionnelle territoriale de santé » (Annexe 14) (4)(p.8-13). Dans cette trame doivent être précisés : les besoins en termes de coordination qui sont identifiés sur le territoire, les actions pensées pour y répondre, les acteurs engagés, le territoire couvert par la CPTS, les modalités de mise en œuvre ainsi que l'évaluation de la coordination. Ces éléments composent alors les 3 parties distinctes composant le projet de santé :

1. Le cadre de la CPTS ;
2. Les projets mis en place par la CPTS ;
3. Les membres de la CPTS.

Les thématiques retenues pour le projet de santé doivent contribuer à résoudre des problèmes organisationnels au sein du territoire (exemple : articulation médecin traitant – EHPAD) et répondre aux problèmes de santé prépondérants sur le territoire (exemple : problèmes d'addiction). (4)(p.5)

Le projet de santé doit comprendre au moins 2 actions sur les objectifs suivants (6)(p.252-254):

- améliorer l'accès aux soins (médecin traitant et soins de recours) ;
- organiser les soins non programmés ;
- favoriser les parcours et protocoles de prise en charge (transition ville/hôpital, maintien à domicile) ;
- promouvoir la santé et développer la prévention.

Ces éléments doivent être repris dans une « fiche action » associant les professionnels de santé, les structures médico et/ou sociales concernées. Le projet de santé est évolutif mais le projet initial doit comporter au minimum deux fiches actions « obligatoires ». Les autres thématiques peuvent être abordées dans un second temps et il est possible de développer deux actions sur un même thème.

Les systèmes d'informations et d'échanges envisagés par les professionnels de santé doivent être décrits, les outils nationaux tels que le DMP (Dossier Médical Partagé) ou la messagerie sécurisée devant obligatoirement être intégrés.

Le projet de santé rédigé, signé par l'ensemble des acteurs y prenant part doit ensuite être transmis à l'ARS. La composition de la CPTS est modulable et évolutive.

2.2.5. Dépôt du projet

Le projet de santé doit être adressé au Directeur général de l'ARS par voie postale afin d'éviter un potentiel contentieux sur la date de transmission.

Le projet de santé établi doit être signé par l'ensemble des acteurs participants à la CPTS, les statuts de l'association constituée pour porter cette CPTS doivent y être joints.

2.2.6. Validation du projet de santé

L'article L.1434-12 du code de la santé publique implique que le projet de santé d'une CPTS « *est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé [...] sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS* ».

Les porteurs de projet identifiés présentent le projet au Comité d'Accompagnement Territorial aux Soins de proximité (CATS) pour avis. Le projet de santé est validé par l'ARS après avis du CATS et du comité régional de suivi des CPTS.

L'ARS valide le projet au regard du cahier des charges. Les actions prévues et les réponses proposées aux problématiques du territoire défini sont particulièrement importantes. Plus précisément, l'examen du projet est effectué en lien étroit entre l'ARS et l'Assurance Maladie et doit se fonder sur les critères suivants.

Tout d'abord, la pertinence du territoire puisque qu'une CPTS doit avant tout être un « territoire vécu » qui a du sens pour les professionnels et la population. Les professionnels peuvent se voir fournir des éléments diagnostics et statistiques sur la population du territoire, l'offre de soins, la consommation et la production de soins. L'élaboration d'une cartographie au niveau régional peut permettre de guider et de prévenir les « zones blanches » sans projets de CPTS ainsi que les chevauchements territoriaux entre projets concurrents. En cas de concurrence de plusieurs projets sur un même territoire, les porteurs de projet seront accompagnés soit vers une réunion dans un projet commun ou une évolution de leurs périmètres territoriaux respectifs. Même si une CPTS

doit mettre en œuvre par elle-même les missions socles définies dans l'ACI, certains moyens peuvent être mutualisés entre CPTS pour réaliser ces missions. Le plus important est que l'organisation territoriale soit lisible pour la population, les professionnels et les partenaires.

La cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) est le deuxième critère étudié pour valider le projet de santé. Les PRS ont pour objectif notamment de garantir à la population l'accès à une offre de santé adaptée à ses besoins, au plus près de son domicile et de faciliter les parcours de santé. Les CPTS doivent justifier d'une composition pluri professionnelle dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins, la santé de la population, le parcours de santé et la coordination sur le territoire. Une dynamique inclusive doit permettre à toutes les catégories de professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, de s'y intégrer.

De plus, le projet de santé doit identifier l'ensemble des acteurs de santé du territoire. Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions projetées doivent être parties prenantes au projet, que ce soit par un partenariat formalisé ou une participation directe à la gouvernance de la CPTS.

Le projet de santé doit comporter plusieurs thématiques permettant ainsi de répondre aux problématiques reconnues par un maximum d'acteurs sans restriction. L'utilisation d'outils numériques est nécessaire mais ne peut être le centre de construction de la CPTS qui ne peut se construire autour d'une organisation de télémédecine par exemple.

Enfin, les missions prioritaires définies dans l'ACI (accès aux soins, organisation des parcours de santé, prévention) doivent figurer explicitement dans le projet de santé.

Suite à la validation du projet, l'ARS envoie un courrier de reconnaissance de la CPTS et propose alors un rendez-vous pour la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

2.2.7. ACI

Les CPTS possédant un projet de santé approuvé par l'ARS sont éligibles. Dès sa validation, une rencontre est organisée entre les représentants de la CPTS, l'ARS et la caisse d'Assurance Maladie. Ces deux dernières doivent préparer de manière conjointe les éléments constitutifs du contrat. La signature est possible dès consensus entre les trois parties pour l'adaptation du contrat national aux paramètres locaux comme la taille, le choix des missions, le calendrier de démarrage des missions, les objectifs fixés, les indicateurs de suivi et de résultats, etc.

Les équipes déjà constituées à la date de l'accord doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement pour adhérer à l'ACI ou vers une autre structure.

Il s'agit d'un accord entre 3 parties : les professionnels de santé concernés, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie. Au-delà des grands principes de l'accord national, il est construit afin de répondre aux spécificités locales. Cette individualisation doit être réalisée de manière concertée entre les 3 parties.

Pour favoriser la co-construction du contrat, des rencontres régulières doivent être organisées tout au long de la vie du contrat.

Les CPTS désirant adhérer au contrat doivent en faire la demande auprès de la caisse d'Assurance Maladie. Les documents suivants sont à joindre à la demande :

- La liste des membres précisant leurs statuts : professionnels de santé libéraux, ESP, MSP, CDS, etc.
- Les statuts de la CPTS
- Le projet de santé après sa validation par l'ARS
- La délimitation du territoire de la CPTS

a) Missions de l'ACI

Les partenaires se sont accordés sur un certain nombre de missions prioritaires, dont il apparaît que le déploiement sur l'ensemble du territoire par les communautés professionnelles, devrait avoir un impact sur l'amélioration de l'accès aux soins, de la fluidité des parcours des patients, de la qualité et de l'efficacité des prises en charge.

Les missions prioritaires / obligatoires

1

Améliorer l'accès aux soins

• Faciliter l'accès à un médecin traitant

La CPTS peut mettre en place une action de recensement des patients recherchant un médecin traitant. Cette mission peut être réalisée avec les acteurs du territoire, notamment l'Assurance Maladie.

Une méthode d'analyse et de priorisation des patients, au regard de leur état de santé, doit être mise en place afin de mettre en œuvre une organisation pour leur suggérer un médecin traitant appartenant à la CPTS. La CPTS devrait porter une attention particulière à certaines catégories de patients considérées comme fragiles : patients en Affection de Longue Durée (ALD), patients âgés de plus de 70 ans, patients en situation de précarité et/ou bénéficiant de la CSS ou d'une AME.

• Améliorer la prise en charge des soins non programmés

Ils répondent le plus souvent à une « urgence ressentie » qui ne correspond pas à une urgence médicale. En effet, cette urgence ne requiert pas forcément une prise en charge par les services d'urgences hospitalières. Ces demandes de soins s'exercent, le plus souvent, sur les horaires d'ouverture des cabinets et la réponse actuellement proposée est souvent peu appropriée.

L'organisation pluriprofessionnelle et coordonnée développée au niveau d'une CPTS semble adaptée pour répondre aux besoins de soins non programmés de la population. La CPTS doit pouvoir proposer une organisation permettant la prise en charge d'un patient en situation d'urgence non vitale, le jour même ou dans les 24 heures suivantes. Cette mission engage les médecins de premier et de second recours. Elle implique également les autres professionnels de santé touchés par ces demandes de soins non programmés, en respectant leurs champs de compétences.

2

Développer des actions territoriales de prévention

Grâce à sa capacité d'organisation et à son implantation territoriale, la CPTS représente un appui majeur pour la mise en place de politiques de santé publique ainsi que de prévention à l'échelle du territoire. Ces projets doivent s'inscrire dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle.

Il est important que soit renforcé et mis en valeur l'engagement des professionnels de santé dans les actions et les programmes de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec la politique nationale de santé (lois et plans de santé publique).

3

Organiser des parcours pluriprofessionnels autour du patient

Cette mission donne la possibilité de proposer des parcours afin de répondre aux besoins du territoire, améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Ces parcours peuvent prendre des formes différentes selon les besoins : assurer la continuité des soins et à la fluidité des parcours, notamment par une gestion coordonnée des professionnels intervenant autour d'un même patient, renforcer le lien entre le premier et le second recours, renforcer le lien avec les établissements de santé et médico-sociaux et garantir le partage des informations. Il peut également être mis en place des parcours pour gérer les patients en situations complexes, les patients fragiles ou en situation de handicap, pour une meilleure prise en charge des personnes âgées afin d'assurer le maintien à domicile, etc.

Les parcours pluriprofessionnels permettent d'améliorer la pertinence des prises en charge en écartant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes. La dimension pluriprofessionnelle permet d'éviter les ruptures de parcours.

Les missions complémentaires et optionnelles

1

Qualité et pertinence des soins

Cette mission met en lumière l'intérêt de développer des démarches qualité au sein de l'organisation pluriprofessionnelle afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge. Exemple : organisation de temps d'échange sur les pratiques, de concertation autour de cas patients complexes et harmonisation des pratiques.

2

Accompagner des professionnels de santé sur le territoire

Des actions peuvent être organisées afin de mettre en avant l'attractivité d'un territoire : présentation de l'offre de santé du territoire et promotion de l'exercice coordonné. Elle peut également se mobiliser pour organiser l'accueil de stagiaires et l'installation de nouveaux praticiens.

Lors de la rédaction du contrat, les partenaires conventionnels se sont mis d'accord sur un calendrier d'application des différentes missions par CPTS.

Catégorie	Libellé	Délai pour le démarrage de la mission après la signature du contrat	Délai maximum pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle	Améliorer l'accès aux soins	6 mois	18 mois
Socle	Organiser des parcours pluriprofessionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Développer des actions coordonnées de prévention	12 mois	24 mois
Complémentaire (optionnelle)	Développement de la qualité et de la pertinence des soins	Fonction de chaque CPTS	
Complémentaire (optionnelle)	Accompagner les professionnels de santé du territoire		

Tableau 6 : : Calendrier de mise en œuvre des missions (6)(p.281)

b) Financements

Les CPTS perçoivent des financements de la CPAM et de l'ARS.

- Un financement de 40.000 euros est attribué, suite au dépôt d'une lettre d'intention et d'une structuration juridique de la CPTS, pour aider les professionnels de santé à formaliser leur projet.
- L'Assurance Maladie, après validation du projet de Santé dans le cadre de l'ACI, propose des financements répartis entre un volet fixe et un volet variable qui sont dépendants de l'intensité des moyens et des résultats des indicateurs.

Financement de fonctionnement (6)(p.256)

Un financement consacré au fonctionnement de la communauté professionnelle est alloué durant toute la période du contrat afin de les accompagner dans la mise en œuvre et la réalisation des missions.

Il est attribué dès la signature afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage et permet également de valoriser le temps investi par les professionnels de santé pour construire leurs missions. Enfin, il participe à l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination.

Financement des missions mises en œuvre (6)(p.256-257)

Chaque mission définie dans le contrat peut faire l'objet d'un financement qui tient compte de l'intensité des moyens déployés pour atteindre l'objectif, en tenant compte des résultats observés sur la base des indicateurs fixés. Les montants alloués sont variables selon la taille de la CPTS. Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe pour la réalisation de la mission et un financement supplémentaire qui tient compte des résultats et de l'intensité des moyens mis en œuvre pour obtenir ces résultats.

- Financement fixe

Il permet de participer aux coûts engendrés par l'exercice de la mission : charges de personnel, temps dédié, acquisition et maintenance d'outils numériques (agenda partagé, annuaire des professionnels, messagerie instantanée, etc.).

Ces outils ont pour obligation de garantir la sécurisation des données ainsi que la traçabilité des échanges de données. Ils doivent également être compatibles avec les autres outils d'échanges entre professionnels déjà déployés (DMP, MSS).

- Financement variable

Il est calculé sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat conclu sur la base du contrat type défini en fonction de l'intensité des moyens déployés et du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement.

Des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable des missions sont fixés dans chaque contrat.

En ce qui concerne les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, ils sont définis dans l'accord.

- Indicateur n°1: progression de la patientèle possédant un médecin traitant au sein de la population résidente sur le territoire de la CPTS.
- Indicateur n°2 : Réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients considérés comme fragiles.
- Indicateur n°3 : Décroissance du taux de passage aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétriques non suivis d'hospitalisation.
- Indicateur n°4 : Croissance de la part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville.
- Indicateur n°5 : Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation territoriale mise en place pour la prise en charge des soins non programmés.

Pour les autres missions socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis au niveau de chaque contrat.

MONTANT ANNUEL		COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ de taille 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle):	Volet Fixe/Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total **	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe/Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe/Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible **	Volets fixe et variable	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

* Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100%.

** Note: ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

Tableau 7 : Financements des CPTS (6)(p.259)

2.2.8. Observatoire régional de santé Pays de la Loire et Profils Santé CPTS

L'Observatoire régional de santé (ORS) est une organisation scientifique indépendante. Sa mission principale est de produire et de mettre à disposition des données sur l'état de santé de la population en Pays de la Loire ainsi que ses déterminants. Possédant un statut associatif, l'ORS est financé par l'Agence régionale de santé (ARS), le Conseil régional et les Conseils départementaux de Mayenne et de Sarthe dans le cadre son activité de centre-ressources. Depuis 2015, l'ORS met en œuvre l'Observatoire régional des urgences (ORU), à la demande de l'ARS et avec le son soutien financier. (46)

À la demande de l'Inter URPS, les Profils Santé CPTS 2021 élaborés par l'ORS Pays de la Loire sont disponibles pour 20 CPTS. Chaque profil comprenant 8 pages présente 200 indicateurs concernant la démographie, l'environnement social, l'état de santé, l'offre et le recours aux soins ambulatoires. Chaque profil est accompagné d'un guide de lecture. (47)

Les indicateurs sont répartis en différents volets concernant :

- la démographie du territoire ;
- l'environnement social de la population ;
- une vue d'ensemble de l'état de santé de la population ;
- une vue de l'état de santé des groupes de population ;
- les principaux problèmes de santé de la population ;
- l'offre de soins et d'accompagnement ;
- le recours aux soins ambulatoires.

Toutes les sources et les définitions des indicateurs sont explicitées. Ces Profils Santé CPTS publiés en 2020, 2021 et 2022 sont un état des lieux des territoires couverts par les CPTS actuelles. Néanmoins, les périodes de relevés des indicateurs ont pour la plupart été réalisées avant 2020/2021. Ils ne reflètent donc pas l'évolution de ces indicateurs depuis la création des CPTS. Une comparaison avec d'autres indicateurs, dont le relevé sera fait à postériori, permettra de dégager des tendances quant à l'impact des CPTS sur les territoires.

Il pourrait être intéressant d'obtenir des chiffres sur le taux d'implication des professionnels au sein du territoire concerné ou encore, le taux de satisfaction des professionnels et des patients.

Partie 2 : Acteurs de l'inter-professionnalité sur le territoire

1. Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

1.1. Présentation de la Fédération

La Fédération Nationale des CPTS (FCPTS) est une association loi 1901 qui a pour mission de promouvoir l'organisation ambulatoire du territoire concernant le système de santé et de d'aider à la création et au développement des CPTS. À cette fin, elle soutient l'interconnaissance, l'échange d'expérience et fait naître une dynamique collective. Fédératrice, la FCPTS encourage les concertations et les échanges afin de garantir son rôle de représentant des CPTS du territoire national devant les institutions, les responsables politiques et les financeurs. (48)

La FCPTS rassemble les professionnels de santé libéraux, appartenant à des CPTS, ayant un projet de CPTS ou intéressés par l'organisation des territoires de santé. Les CPTS de France métropolitaine et d'outre-mer forment une communauté permettant le partage de problématiques et la recherche de solutions.

La FCPTS, reconnue par les pouvoirs publics, est sollicitée pour participer aux travaux et aux négociations relatifs à l'exercice coordonné territorial. Cela englobe la recherche d'articulation entre le secteur ambulatoire, médico-social, social et le secteur sanitaire hospitalier public et privé. Des représentants, issus de sa communauté d'adhérents, sont également proposés pour rejoindre les commissions paritaires nationales et régionales. (49)

L'administration de la Fédération est confiée au conseil d'administration. Ce conseil est composé de 28 membres élus pour un mandat de 3 ans selon les modalités définies par le règlement intérieur. La représentativité des professionnels de santé ainsi que de l'ensemble des territoires est un élément essentiel afin de prendre en compte des particularités géographiques et des préoccupations locales. Les membres du Bureau, force de proposition, sont élus pour un an par les administrateurs. Une équipe opérationnelle assure la mise en œuvre des orientations et des décisions du conseil d'administration, fournit des conseils aux adhérents et vient en appui au bureau pour la réalisation des missions de la Fédération. (50)

Un outil collaboratif est proposé aux adhérents pour encourager les échanges, le partage d'expérience afin de co-construire le monde ambulatoire et le système de santé de demain en tenant compte des composantes territoriales.

1.2. Missions et statuts

La FCPTS a pour vocation de rassembler les 1000 CPTS qui sont en projet afin de couvrir la totalité des territoires de proximité et ainsi apporter une réponse aux besoins de santé de la population. Son rôle est de représenter l'ensemble des CPTS constituées ou en cours de constitution, ainsi que les professionnels de santé souhaitant s'impliquer dans l'organisation ambulatoire des territoires de santé. Ce rôle est aussi fondamental auprès d'autres

acteurs du secteur médico-social, social, sanitaire, et des organismes représentant des usagers, pour imaginer ensemble l'articulation des missions et des prises en charge. (51)

Extrait des statuts de l'association :

« Article 2 : Buts

L'objet de la Fédération est de :

- Promouvoir l'organisation territoriale ambulatoire du système de santé en soutenant la création et la gestion des CPTS
- Fédérer les professionnels de santé impliqués dans la création et la gestion de CPTS
- Fédérer et représenter les CPTS adhérentes
- Favoriser la concertation et l'élaboration de projets de santé adaptés aux territoires par les CPTS
- Partager et promouvoir les travaux et recherches élaborés dans les différentes CPTS
- Recueillir et partager à l'échelle nationale les travaux d'évaluation des activités CPTS
- Mettre en œuvre tout projet concernant l'évolution des CPTS, défini à la date de création de cette association, par l'article 1434-12 du Code de la Santé publique
- Émettre des propositions relatives à l'organisation évolutive du système de santé et le développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé, des CPTS et l'articulation ville-hospitalisation-ville (publique et privée)
- Participer aux travaux, négociations, relevant de l'intérêt commun aux professionnels de santé, CPTS, établissements de santé
- Proposer les représentants des CPTS dans les commissions paritaires régionales et départementales telles que défini dans l'accord « ACI-CPTS » du 20 juin 2019 et paru au JO du 24 août 2019 » (52)

Un plaquette de présentation de la FCPTS est disponible en Annexe 15. (53)

2. APMSL

2.1. Présentation

L'association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL) est une association loi 1901. Créée en 2010 par des professionnels de santé exerçant en MSP, elle se donne pour mission de proposer les conditions opportunes à l'articulation et l'organisation d'un exercice coordonné en MSP ainsi qu'au développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel sur le modèle de la MSP. L'APMSL est aujourd'hui un acteur phare de la création des MSP. L'association évolue également en étendant son champ d'intervention à tous les professionnels de santé souhaitant coordonner les parcours de soins par le biais de regroupements pluriprofessionnels comme les ESP, déjà structurées ou non, et les CPTS. (54)

Pour favoriser l'exercice coordonné pluri-professionnel en soins primaires, elle fonde son action sur l'expérience acquise et sur le modèle des MSP. L'association s'engage à construire son programme d'action en prenant compte des spécificités du terrain et des orientations du projet régional de santé (PRS).

L'APMSL est composée de membres adhérents. Seules des équipes de soins primaires en Pays de la Loire peuvent adhérer. Les membres peuvent être :

- des ESP structurées ou non ;
- des MSP ;
- des professionnels de santé isolés et intéressés par l'exercice coordonné pluriprofessionnel ;
- des Unions des Représentants des Professionnels de Santé Libéraux (URPS).

La méthodologie de l'APMSL repose sur des principes simples. Elle propose une veille régionale et nationale pour s'informer, s'inspirer et expérimenter de nouvelles pratiques pluriprofessionnelles. La structure est à l'écoute des équipes pluriprofessionnelles et cherche à développer et proposer des actions ainsi que des outils d'accompagnement. L'APMSL sollicite les partenaires ressources, régionaux ou nationaux, pour répondre aux équipes de professionnels ou pour mettre en place de nouvelles actions.

De nombreux modèles d'accompagnement sont développés et adaptés aux besoins des porteurs de projets et des équipes déjà constituées. L'APMSL se propose d'aider pas à pas les équipes dans la démarche de constitution d'un projet, dans l'écriture de protocoles de coopération ou de projets de prévention et/ou promotion de la santé. À cette fin, elle organise des ateliers d'écriture, des réunions d'information « Ma MSP en pratique », une boîte à outils en ligne et des colloques.

L'association possède de nombreux champs d'action.

- La qualité en soins primaires.
- La mise en œuvre d'un exercice coordonné pluriprofessionnel en soins primaires.
- La structuration juridique des ESP en association.
- L'apport de ressources afin d'aider les porteurs de projet.
- L'écriture du projet de santé d'équipes structurées.
- La coordination des MSP.
- Les protocoles pluriprofessionnels.

2.2. MSP, acteurs de premier plan des CPTS

L'APMSL met en avant que les MSP sont des acteurs de premier plan pour susciter l'émergence et faire vivre un projet de CPTS. Déjà organisées en exercice coordonné, elles expérimentent quotidiennement la dynamique collective du travail pluriprofessionnel. Elles utilisent des outils de coordination efficaces pour leur propre fonctionnement. Étant des structures matures, elles expérimentent déjà « la mise en commun », avec de multiples acteurs, dans l'espace territorial. L'organisation territoriale à l'échelle d'une MSP est une étape essentielle et facilitante dans la logique des CPTS. Les MSP développent des actions de prévention et d'ETP. Elles dépassent la logique des patientèles et se mettent au service de la population du territoire.

Dans son bilan d'activité 2021, l'APMSL rapporte avoir organisé des réunions d'information thématiques intitulées « Quelle place et quel rôle pour une MSP en CPTS ? ». Ces réunions d'informations avaient pour objectif de présenter le cadre des CPTS, les caractéristiques des MSP et des CPTS, et le point de vue du mouvement AVECSanté (Avenir des Équipes Coordonnées en Santé), anciennement la Fédération Française des Maisons et

Pôles de Santé (FFMPS), sur la place des MSP au sein des CPTS. Ces réunions, d'environ 2h, ont été planifiées avec des retours d'expériences et des temps d'échange.

Aujourd'hui, acteur phare de la création des MSP, l'APMSL est au premier plan concernant l'organisation et la mise en œuvre de l'exercice coordonné car de nombreux professionnels de santé sont en questionnement quant à l'articulation de ces différentes structures et leur rôle dans ces organisations.

3. Inter URPS

L'Inter URPS Pays de la Loire est une association regroupant les 10 Unions Régionales des Professionnels de Santé de la région. Depuis sa création en décembre 2019, elle a pour rôle de faciliter la création de CPTS en région Pays de la Loire avec l'appui de l'ARS et de l'Assurance maladie. (55)

L'Inter URPS Pays de la Loire se propose d'accompagner les porteurs de projets dans la création d'une CPTS.

3.1. Accompagnement proposé par l'Inter URPS

INITIATION DU PROJET					
1- REUNION EXPLORATOIRE AVEC LE GROUPE FONDATEUR	2- REUNION DE PREPARATION DE LA PLENIERE	3- REUNION PLENIERE EN PRESENCE DE L'ARS ET DE LA CPAM	4- REUNION DU COPIL ELARGI	5- DEUX REUNIONS DU COPIL RESTREINT	6- ENVOI DE LA LETTRE D'INTENTION
<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de présentation du dispositif CPTS auprès d'un groupe restreint de professionnels de santé (10/15) - Si équipe moteur, déclenchement de l'accompagnement et de la prochaine réunion de préparation de la plénière 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence du groupe restreint pour : - Valider le territoire d'invitation - Valider l'ordre de passage / ordre du jour - Valider la date de la plénière - Présenter et valider un questionnaire sur les missions socles qui servira de base pour le diagnostic qualitatif de la CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du dispositif CPTS à l'ensemble des professionnels de santé du territoire - Présentation de la méthodologie d'accompagnement - Présentation de quelques résultats du questionnaire - Présentation d'expériences d'autres CPTS de la région (plus avancées) - Présentation de quelques résultats du questionnaire envoyé en amont de la plénière (il est possible que ce questionnaire soit envoyé après la plénière et avant le comité de pilotage élargi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence des professionnels de santé ayant participé à la plénière et ayant indiqué être intéressés par la suite du projet (professionnels de santé n'ayant pas pu participer à la plénière) - Définition des axes de travail en lien avec l'ACI - Constitution des différents groupes de travail et inscription des professionnels de santé à ces groupes - Programmation de deux réunions avec le COPIL restreint 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions d'un groupe volontaire de professionnels de santé (10/15) afin de : - Rédiger la lettre d'intention - Rédiger les statuts de l'Association 	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi de la lettre d'intention à l'ARS suite au COPIL restreint - Versement des crédits d'amorces de 40.000 € - Après réception de la lettre d'intention, prise de contact par l'ARS et la CPAM pour la programmation d'un temps d'échange avec l'équipe du COPIL restreint - Des données de diagnostic sont fournies aux accompagnateurs par l'ARS et la CPAM

Tableau 8 : Accompagnement Inter URPS - Phase 1 (52)

CONSTITUTION DE LA CPTS		
1- ASSEMBLEE GENERALE CONSTITUTIVE	2- LANCEMENT DES REUNIONS DU CA ET DES GROUPES DE TRAVAIL	3- ENVOI DU PROJET DE SANTE
<ul style="list-style-type: none"> - Réunion ouverte à l'ensemble des professionnels de santé et partenaires potentiels du territoire - Présentation des statuts élaborés par le comité de pilotage restreint - Validation des statuts - Élection du conseil d'administration - Élection du bureau - Déclaration en préfecture 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre délégation territoriale/ CPAM - Réunion des groupes de travail pour élaborer les actions et le projet de santé - Aller-retour entre CPAM/ARS/CPTS afin d'avancer sur les actions, le projet de santé et l'ACI - Session d'écriture du projet de santé avec les membres du conseil d'administration - Recrutement du coordinateur CPTS 	<p>Envoi du projet à l'ARS et la CPAM une fois celui-ci validé et signé par les professionnels de santé et les acteurs du territoire</p>

Tableau 9 : Accompagnement Inter URPS - Phase 2 (56)

CONTRACTUALISATION ET DEPLOIEMENT DE LA CPTS			
1- RECRUTEMENT ET PRISE DE POSTE DU COORDINATEUR	2- NEGOCIATION DE L'ACI	3- REDACTION DU CONTRAT ET DEBLOCAGE DES FINANCEMENTS	4- MISE EN PLACE DES ACTIONS
Tuilage avec l'accompagnateur Inter-URPS	<p>Présentation de l'ACI par l'ARS et la CPAM au conseil d'administration et au coordinateur de la CPTS</p> <p>Programmation de plusieurs réunions de négociations</p> <p>Validation du contrat</p>		<p>Lancement des actions et des groupes de travail pendant 5 ans</p> <p>Communication autour de la CPTS</p> <p>Projet évolutif</p>

Tableau 10 : Accompagnement Inter URPS - Phase 3 (56)

3.2. Bilan des CPTS en activité ou en cours de création

Au 10 Octobre 2022, 23 CPTS sont opérationnelles, 7 sont en cours de d'accompagnement, 2 ont un projet finalisé et 2 sont en phase préparatoire.

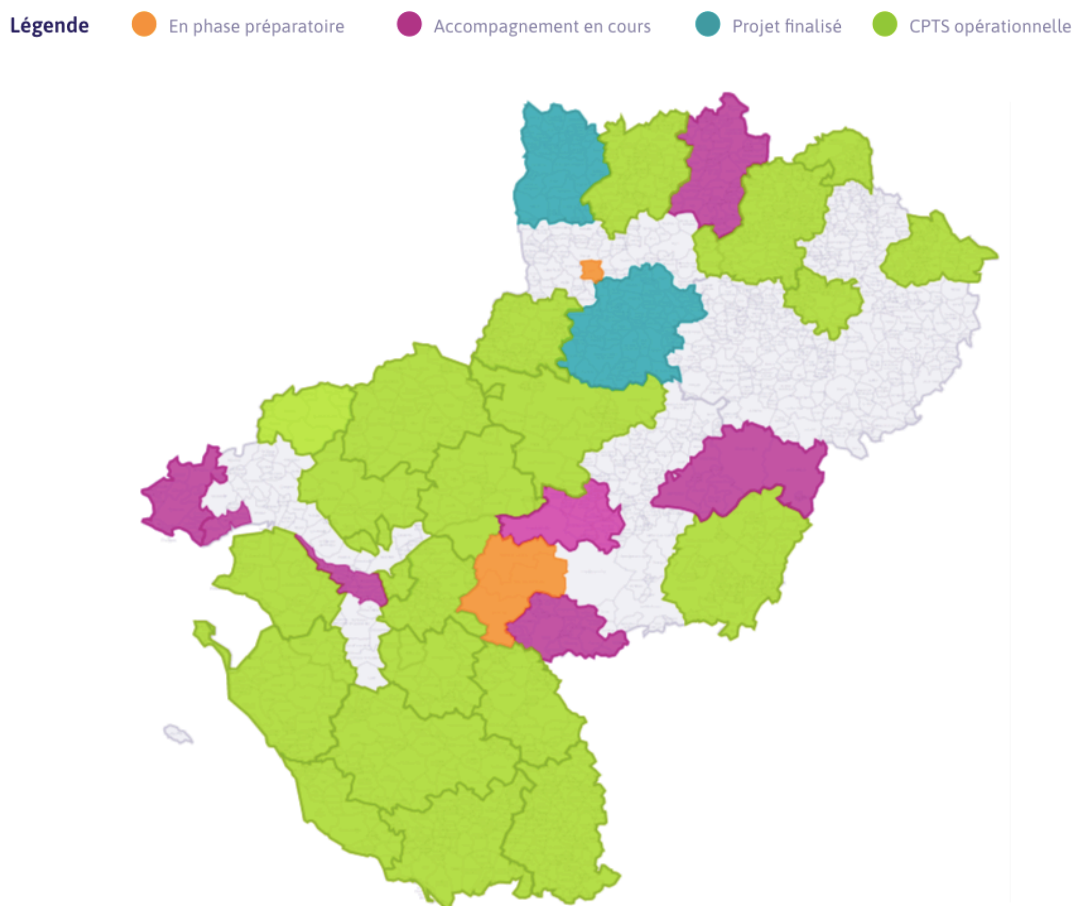


Figure 5 : CPTS en activité et en cours de création - Mise à jour le 10 Octobre 2022 (57)

L'Inter URPS intervient sur la durée auprès des CPTS pour aider à la cohérence régionale. Elle facilite la communication entre les CPTS et facilite la signature d'ACI ne mettant pas en difficulté les CPTS (indicateurs atteignables et faisables), crée et anime un réseau régional de coordinateurs locaux de CPTS. L'Inter URPS anime les conseils d'administration des CPTS n'ayant pas encore de coordinateurs locaux. Elle est un relai entre les organisations nationales, régionales et les CPTS. Elle favorise aussi la formation de coordinateurs de CPTS pour la région.

4. Coordinateur CPTS

Une CPTS nécessite du temps de coordination. En effet, il faut mettre en place le projet de santé et en gérer les aspects administratifs. Il faut également communiquer avec la population et les patients mais également développer et maintenir le lien avec les partenaires et les institutions. (58)

Le coordinateur est un « chef d'orchestre ». Son rôle est d'harmoniser, mettre en synergie les professionnels et garantir la pluriprofessionnalité. Il doit emmener l'équipe de la CPTS vers des objectifs communs, les motiver en créant une dynamique. Il exerce l'ensemble de ses missions sous la responsabilité du bureau de l'association. Il apporte un appui logistique aux professionnels de santé qui pourront ainsi rester centrés sur leur cœur de métier. Son arrivée doit pérenniser un engagement solide de l'ensemble des professionnels dans le projet de santé et les missions à construire et mener.

Les missions du coordinateur peuvent varier d'une CPTS à une autre selon les projets et la maturité de la CPTS. Généralement, le coordinateur appuie les professionnels dans la définition du projet de santé en lien avec les acteurs du territoire et le projet régional de santé. Il peut réaliser des études de besoins, un diagnostic territorial et aussi organiser les groupes de travail nécessaires. Il peut développer des partenariats avec des acteurs du territoire. Le coordinateur assure également le déploiement des missions territoriales, leur suivi et leur évaluation. Ainsi, il organise les actions et leur mise en œuvre (soins non programmés, prévention, ETP ...). Pour évaluer les actions, il peut mettre en place des bilans quantitatifs et qualitatifs et recueillir les indicateurs ARS/CNAM pour réaliser leurs suivis. Le coordinateur aide également au choix des systèmes d'information et aux outils de coordination associés. Une autre de ses missions est d'assurer et développer la communication interne et externe de la CPTS. Cela concerne la communication sur les actions de la CPTS auprès des publics cibles via les réseaux sociaux, flyers, mais aussi l'organisation d'événements mis en place par l'association (webinaires, conférences, etc.). Il est l'interlocuteur privilégié auprès des instances territoriales et des partenaires de la CPTS : collectivités, conseil local de santé, groupement hospitalier de territoire, ARS, CPAM. Le coordinateur est responsable avec l'appui du bureau, de la gestion administrative et financière de la CPTS. Il élabore et suit le budget prévisionnel, met en place les outils de suivi budgétaire et comptable et recherche des financements. Il assure aussi une veille juridique et documentaire.

PROFIL DE COMPETENCES		
Savoirs faire	Savoirs	Savoirs être
<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de projet - Coordination des actions interprofessionnelles et partenariales - Capacité de communication (exemple : création de support de communication) - Animation, capacité à fédérer des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Structuration du système de santé, des politiques et des acteurs de santé - Connaissance du territoire et de ses acteurs - Maîtriser les outils numériques - Gestion comptable et administrative 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences relationnelles - Esprit de collaboration - Capacités organisationnelles, d'analyse et de synthèse, rédactionnelles - Disponibilité

Tableau 11 : Profil de compétences recommandé pour le poste de coordinateur CPTS

Concernant le contrat, le coordinateur peut être directement salarié de la structure via l'association ou être recruté sous la forme de prestations de services.

Les profils de formation sont variés mais des profils issus de Master 2 en ingénierie ou management de la santé, en gestion de projet, en santé publique ou sociologie sont recommandés. D'autres profils existent comme par exemple des professionnels de santé ayant des compétences et une expérience en coordination et gestion de projet qui souhaitent se diriger vers des missions de coordination.

Pour rappel, lors de la structuration du projet de santé, un soutien financier est attribué par l'ARS pour l'amorçage du projet une fois la lettre d'intention validée et confirmée. Cette subvention permet l'indemnisation des professionnels impliqués dans la création du projet et le recrutement d'un coordinateur à 0,5 équivalent temps plein pendant 1 an. Une fois la CPTS en fonctionnement et l'ACI signé, les financements comprennent deux volets : un volet de fonctionnement et un volet par mission. La rémunération du coordinateur relève ainsi d'une négociation entre le candidat et la CPTS.

Il est important de préciser que le coordinateur exerce ses missions à l'échelle de la population et n'a pas de rôle dans la coordination des soins. Cette action relève exclusivement des professionnels. Le coordinateur n'est pas en relation directe avec les patients en ce qui concerne la mise en place d'une prise en charge donnée.

Entretien avec Bérénice TREILLARD, coordinatrice de la CPTS du Haut Bocage

Date : Lundi 12 Septembre 2022

Retranscription Ubiquus IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Bérénice TREILLARD (BT)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Pouvez-vous me raconter votre parcours ? Qu'est-ce qui vous a amené à occuper ce poste de coordinatrice pour la CPTS du Haut Bocage ?

BT : J'ai un diplôme d'état de conseillère en économie sociale et familiale. C'est ma deuxième vie professionnelle. La première, j'exerçais en tant que commerçante en entreprise individuelle. J'ai donc repris mes études à l'âge de 35 ans. J'ai fait un brevet de technicien supérieur et un diplôme d'état en économie sociale et familiale. J'ai d'abord travaillé dans une structure d'éducation populaire en tant que coordinatrice de projet avec une polyvalence dans la gestion et dans l'accompagnement des associations. Je m'occupais de tout ce qui était gestion budgétaire de leurs services et l'accompagnement de leurs projets. J'ai fait cela pendant 4 ans et j'ai ensuite été coordinatrice parcours dans une plateforme territoriale d'appui. Cela concernait la coordination des professionnels de santé avec les patients, c'est-à-dire un relais de coordination vers les dispositifs les plus pertinents. J'ai fait cela pendant un an puis j'ai pris le poste de coordinatrice de CPTS.

Au niveau de la formation initiale des coordinateurs, en règle générale, on est plus sur des coordinateurs de projet, mais c'est très variable. Certains ont des liens avec la santé d'autres très peu. Certains ont travaillé en milieu hospitalier avant, d'autres ont fait de la coordination de projet.

AG : Comment avez-vous été mise en relation avec la CPTS du Haut Bocage ?

BT : Je suis employée d'un groupement d'employeur Inter URPS qui réalise les recrutements et nous met à disposition de structures comme les CPTS mais aussi les URPS par exemple. Pour ce poste, c'est l'URPS qui a lancé son groupement d'employeur pour recruter les coordinateurs mais certains passent par un autre biais. Parfois c'est l'association qui recrute directement.

Je suis en contrat. Mon employeur est le groupement employeur Inter URPS et il met à disposition. Une facture correspondant à mon temps de travail est envoyée à la CPTS. Ce sont les fonds de l'ACI qui me rémunèrent. Je suis en contrat à durée indéterminée comme quasiment tous les coordinateurs.

Nous venons d'embaucher un autre coordinateur, nous sommes donc deux à présent. Nous nous sommes partagés les axes de l'ACI. J'ai gardé toute la partie concernant la vie associative et budgétaire. Ma collègue s'occupe de la partie communication. C'est très large en termes de missions.

Cela fait un an que je suis en télétravail, mais nous allons avoir un bureau dans quelques semaines. En termes de rythme, c'est très varié, il n'y a pas de semaine type, c'est impossible. On fait en fonction des projets qui arrivent, de l'organisation. Il y a des groupes de travail toutes les semaines. On est au forfait jour donc on gère notre temps et notre planning comme nous le souhaitons, on fait souvent plus de 35h, à peu près 40h. Nous avons au moins 2 voir 3 réunions par semaine ou plus, en fonction de la vie associative. Il y a de la gestion de mail, de la gestion administrative et budgétaire, du terrain et de la communication.

AG : Pouvez-vous me dire, selon vous, ce que vous apporte ce poste d'un point de vue personnel et professionnel ?

BT : En termes de réseau, j'avais déjà un réseau social et médico-social important grâce à mon précédent poste. Mais aujourd'hui, en termes de réseau santé, c'est très riche. Cela concerne les professionnels et les partenaires de la santé, la connaissance du territoire politiquement parlant pour tout ce qui est de l'aspect santé. C'est intéressant, ce sont de nouveaux projets sur l'accessibilité aux soins. Cela permet de bien prendre en main les problématiques du terrain.

AG : Les coordinateurs sont souvent les « moteurs » des CPTS. N'est-il pas compliqué de garder les professionnels de santé motivés ?

BT : Il ne faut pas les épuiser. Les mots d'ordre sont l'adaptabilité et la patience. Nous arrivons à construire et nous sommes ravis quand les choses se mettent en place. Mais le plus important c'est de faire attention à l'épuisement. Dynamiser tout le monde sans oublier personne est parfois compliqué. La communication interne n'est pas forcément simple. Cela fait partie des choses sur lesquelles nous devons travailler pour les améliorer.

AG : Après votre formation initiale, avez-vous une formation continue à votre disposition ?

BT : On peut faire de la formation. J'aurais aimé faire une formation communication. Il y a une formation coordinateur CPTS à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Quand je suis arrivée, elle était déjà

commencée, je ne l'ai pas faite. Au vu des retours, je pense qu'elle est intéressante quand on démarre. Le programme est en train d'être revu je crois. Mais c'est important de se former régulièrement.

AG : De votre point de vue de coordinatrice, que pensez-vous de ces structures CPTS ?

BT : Il faut que les professionnels y trouvent leur intérêt, je pense que cela va permettre de faire le lien avec les collectivités et les contrats locaux de santé. Cela permet au moins d'améliorer les échanges. Concernant les soins non programmés, on a des choses qui avancent et qui sont très intéressantes. Une des forces de la Vendée, c'est qu'il y a 7 CPTS. À voir ce que cela donne dans le temps.

Cela permet aussi de connaître les professions et les difficultés de chacun. L'ouverture d'esprit n'est pas toujours simple. La relation ville/hôpital est aussi à décroquer. Cela mettra du temps, même si la CPAM est derrière et veut que les choses avancent. Sur le terrain cela n'avance pas aussi vite et il ne faut pas épuiser tout le monde. Le projet de santé est souvent écrit par une petite équipe mais reflète-t-il vraiment les besoins du territoire ? Il reflète le positionnement de quelques professionnels de santé. Mais c'est aussi l'objectif de l'ACI, il est amené à évoluer. Pour l'instant, nous travaillons sur les axes évoqués et indiqués mais cela sera élargi pour répondre aux besoins du territoire.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS du Haut Bocage ?

BT : Concernant le parcours de soins, nous travaillons avec l'hôpital de Cholet sur le parcours femme/enfant concernant les sorties précoces. Il y avait des problématiques sur le remplissage des feuilles de sortie de maternité. Des problèmes concernant la relation entre les acteurs sur l'envoi des documents, des interrogations sur la méconnaissance des patientes en sortie précoce. Chacun a exprimé ce qu'il avait mis en place pour améliorer le parcours de ces femmes.

Nous avons un groupe qui travaille sur le parcours de l'enfant en situation de handicap. Il y a une sensibilisation des professionnels sur les dispositifs qui existent pour mieux relayer l'information auprès des familles.

Un groupe travaille sur la prévention en lien avec la motricité du nourrisson. Il va y avoir une formation des professionnels de santé sur la motricité et les malformations crâniennes positionnelles. Une autre formation s'adresse aux professionnels de la petite enfance pour les sensibiliser et les aider à les détecter plus vite.

Il y a un groupe de travail sur la vaccination, avec une formation sur la vaccination contre le papillomavirus afin d'avoir un discours commun et motivationnel suivi d'une action de sensibilisation auprès des jeunes et des familles avec une semaine dédiée sur ce sujet-là en avril.

Nous essayons de créer un annuaire des programmes d'ETP pour faciliter l'adressage des patients.

Un groupe va bientôt se lancer sur la télé-expertise et la télé-médecine.

L'action concrète de cette année est le centre de soins non programmés. Il y a aussi un agenda partagé mis en place. Les patients appellent le 116 117 qui a accès à « CPTS rendez-vous ». Les créneaux du centre sont visibles et c'est la régulation qui inscrit les patients sur les créneaux si besoin.

AG : Avez-vous un logiciel partagé ?

BT : Nous n'avons pas encore fait de présentation à ce sujet. On se questionne. L'idée est de ne pas multiplier les plateformes. On a déjà un espace adhérent sur le site internet. Est-ce qu'on ne relierait pas les deux ensemble ? Le but est d'avoir le moins de manipulation à faire. »

FIN DE L'ENTRETIEN

5. Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé des Pays de la Loire : le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé Pays de la Loire

Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé Pays de la Loire (GCS e-santé Pays de la Loire) est le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS) des Pays de la Loire. Créé en juillet 2011, il accompagne aujourd'hui plus de 300 adhérents.

En sa qualité d'opérateur privilégié de l'ARS, le GCS participe à la mise en œuvre des politiques numériques de santé au niveau régional dans le but d'améliorer la prise en charge et la coordination autour des patients. Il participe au développement des services nationaux et régionaux de e-santé dans les territoires de la région Pays de la Loire. Il permet également la mise en commun des outils numériques de santé pour favoriser un accès généralisé et l'intégration du numérique aux pratiques médicales. (59)

Le GCS e-santé Pays de la Loire propose de nombreuses solutions. (60)

- La plateforme « Solution régionale télésanté » intervient dans l'accompagnement des porteurs de projets de télésanté pouvant concerner les quatre actes de téléconsultation, téléexpertise, visiorégulation et télésoin. En 2021, 36 500 téléconsultations ont été réalisées et la plateforme compte 7 200 utilisateurs. Son déploiement vise à répondre à l'enjeu national d'accès aux soins, de réduction des hospitalisations inutiles et d'amélioration du suivi des usagers.
- La plateforme « Solution régionale Parcours » a pour objectif d'améliorer la coordination et de fluidifier les liens entre les professionnels afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients suivis. Elle est destinée à tous les porteurs d'un projet de coordination. Sur le même outil, il est possible d'associer les professionnels intervenant dans le parcours, échanger autour d'un patient grâce au partage de notes, de documents et d'une messagerie sécurisée, d'utiliser un agenda partagé et mettre en place un télésuivi du patient.
- Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est outil en ligne qui met à disposition des professionnels de santé un répertoire de l'offre de santé du territoire. Il permet l'orientation des professionnels de santé vers l'offre la plus adaptée à l'état de santé d'un patient et la plus proche du lieu de sa prise en charge.
- Le site internet « ViaTrajectoire » est un site internet sécurisé pour identifier rapidement les établissements ou les services disposant des compétences humaines ou techniques nécessaires en tenant compte des spécificités de chaque personne dans le domaine sanitaire et médico-social. Il permet une orientation vers

les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD), les Unités de soins palliatifs (USP), les EHPAD.

- E-santé MAIL : une solution régionale de messagerie sécurisée de santé (MSS), homologuée MSSanté et qui permet d'acheminer des données, sous secret professionnel, par voie électronique et sécurisée. Deux types de boîte aux lettres sont proposées : nominative ou organisationnelle. Au 1^{er} septembre 2022, 296 000 messages ont été échangés par MSS et 1 900 Boîtes aux lettres e-santé sont créées.
- L'accompagnement MSS : accompagnement pour la mise en place d'une messagerie sécurisée réservée aux professionnels de santé.
- Mise en place de bonnes pratiques concernant l'identité nationale de santé (INS). Le GCS e-santé Pays de la Loire accompagne les établissements et les professionnels de santé dans l'élaboration d'une stratégie d'identitovigilance, leur intégration de l'INS et leur relation avec les éditeurs pour ce qui concerne le volet technique.
- Le service « Résumé de passage aux urgences » (RPU) permet la collecte des résumés de passages aux urgences des établissements de santé. Grâce à des transmissions quotidiennes, les données sont transmises aux épidémiologistes de Santé Publique France. L'information déjà analysée est ensuite transmise aux instances régionales (ARS) dans le cadre de veille et d'alerte sanitaire. 1 million de RPU ont déjà été collectés et analysés grâce aux 26 établissements qui transmettent quotidiennement leurs informations.
- Accompagnement et déploiement du DMP/Mon Espace Santé. Depuis 2022, chaque citoyen français dispose d'un DMP intégré à Mon Espace Santé sauf s'il s'y est opposé. Ce carnet de santé numérique permet de conserver de manière sécurisée, des informations de santé. Il est gratuit et permet à chaque patient de partager son contenu avec des professionnels de santé dans le cadre de sa prise en charge, la continuité et la coordination des soins.
- Application D-NUT : application de repérage des fragilités utilisée par les infirmiers libéraux au domicile de l'usager qui permet, par un questionnaire simple, de déterminer le risque de dénutrition de la personne âgée de plus de 60 ans.
- Dossier communicant de cancérologie (DCC) : permet d'informatiser, à l'échelle régionale, les différentes étapes du parcours de soins en cancérologie des patients. Il s'agit notamment de l'outil support des RCP et de l'élaboration des PPS. Ce dossier communicant comptait 1978 utilisateurs en 2021 avec 48 450 fiches RCP au 31 décembre 2021.
- Accompagnement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des MSP et des CPTS dans leur réflexion autour du volet numérique de leur organisation et de leur projet de santé.

Concernant cette dernière solution, l'équipe du GCS e-santé Pays de la Loire accompagne les professionnels libéraux concernant le versant numérique de leur projet de santé. Elle accompagne les libéraux dans la définition de leurs besoins afin de leur proposer des outils adaptés. Cela concerne la mise en place d'un agenda partagé, l'utilisation de l'application mobile Globule, la mise à disposition d'une solution régionale de parcours et de télémedecine, la prise en main d'une messagerie sécurisée, du DPM, etc. L'accompagnement est réalisé aussi bien dans le choix des outils que dans leur utilisation. Le but final est d'apporter une meilleure coordination, une fluidité dans la prise en charge et le suivi des patients via des outils et des solutions numériques.

Le GCS e-santé Pays de la Loire est un acteur essentiel de la e-santé en région Pays de la Loire. De par l'ensemble de ses missions et son expertise, il participe à l'amélioration de la prise en charge et de la coordination autour des patients. Le GCS e-santé Pays de la Loire est un partenaire possédant de nombreuses ressources pour aider les CPTS à organiser le volet numérique de leur projet de santé.

6. Professionnels de Santé : témoignages

6.1. Entretien avec Monsieur CHAS, pharmacien titulaire à Saumur, co-président de la CPTS du grand Saumurois

Installé à Saumur depuis 2012, Monsieur CHAS accueille ses patients au sein de son officine de quartier, semi-rurale située entre les vignes de Chacé et la ville de Saumur.

L'équipe est composée de deux pharmaciens titulaires, une pharmacienne adjointe et deux préparatrices en pharmacie.



Figure 6 : Logotype CPTS du Grand Saumurois (61)

Au travers de son expérience et de son exercice officinal quotidien, il a fait le même constat que beaucoup de professionnels de santé du territoire : il est nécessaire d'améliorer l'interconnaissance des acteurs de santé et de renforcer la coordination des professionnels de ville avec les établissements de santé et les structures médico-sociales pour améliorer la prise en charge des patients.

La CPTS du Grand Saumurois se situe dans le département du Maine et Loire. Elle regroupe 45 communes représentant 99 529 habitants. Les limites géographiques de la CPTS ont été définies en fonction des flux de patientèle et des habitudes d'accès aux soins de sa population. Le territoire de la CPTS est ainsi pertinent à la fois en termes de bassin de population et d'organisation des soins. (61)



Figure 7 : Territoire couvert par la CPTS du Grand Saumurois (61)

Les communes limitrophes et leurs professionnels de santé n'ayant pas encore rejoint une CPTS pourront être inclus au territoire d'action s'ils ont la volonté de s'investir dans le projet de CPTS.

Le territoire compte à ce jour :

- 5 MSP ;
- 2 CDS ;
- 2 ESP CLAP ;
- 3 centres hospitaliers associés au GHT du Maine et Loire dont le CHU d'Angers est l'établissement support ;
- 1 clinique ;
- 1 structure d'HAD.

Entretien

Date : Vendredi 20 Mai 2022

Retranscription Ubiquis IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Frédéric CHAS (FC)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Avant d'exercer en CPTS, exerciez-vous déjà au sein d'une structure pluriprofessionnelle ?

FC : Non, pas du tout, je connaissais les professionnels à proximité de la pharmacie par le biais d'échanges téléphoniques mais cela s'arrêtait là.

AG : Quel a été le ou les élément(s) déclencheur(s)/moteur(s) à la création de votre CPTS ?

Une demande de la population, une initiative des professionnels de santé, un appel à projet de l'ARS ?

FC : Les professionnels du territoire ont été démarchés par l'Inter URPS en 2018 pour présentation de ce qu'est une CPTS puisque nous ne savions pas ce que c'était. Plusieurs réunions de présentation ont suivi afin que les professionnels intègrent ce qu'est une CPTS. Par la suite, une équipe s'est créée pour travailler sur le projet de santé qui permet d'avoir le feu vert de l'ARS si celui-ci leur convient. Le projet de santé est un état des lieux du territoire sur ce qui pourrait être amélioré. Cela peut concerner l'accès aux soins, le manque de médecins, les relations ville-hôpital, etc. La pandémie n'a pas facilité les choses pour la création de la CPTS. Les statuts ont été déposés à la préfecture en décembre 2019. Nous avons ensuite présenté la CPTS à une centaine de professionnels lors d'une réunion. Le confinement a commencé 15 jours après et le projet et les discussions avec la CPAM concernant l'ACI ont ensuite été à l'arrêt pendant 4 à 5 mois à cause de la crise. L'ACI est une négociation avec la CPAM et l'ARS, c'est un compromis entre le cahier des charges demandé et la réalité du terrain qui est parfois différente. Nous leur avons expliqué que certaines de leurs demandes étaient inapplicables sur le terrain. Les CPTS étaient nouvelles sur le territoire et le sujet semblait nouveau pour eux également. Ce dialogue a duré longtemps pour aboutir à la signature de l'ACI. Une fois que l'ACI est signé, cela permet le déblocage des fonds qui sont différents en fonction de la taille de la CPTS. Nous sommes une CPTS de taille 4. Cela représente à peu

près 50 objectifs au total, répartis sur les 5 missions socles avec à chaque fois pour le financement, une part fixe et une part variable. Les objectifs ont été définis par les professionnels en accord avec la CPAM au cours d'un dialogue pour que les objectifs soit réalisables. Nous avons reçu les premiers fonds en 2019 ce qui nous a permis d'embaucher une coordinatrice de projet qui nous a aidé pour mettre en forme tout ce que demande la CPAM. La signature de l'ACI a eu lieu le 12 Mars 2021. Depuis nous avons embauché une personne chargée de l'administratif et une chargée de communication. La CPTS compte donc 3 salariés ce qui représente aussi du temps investi.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS ?

FC : La signature a entraîné le déblocage des fonds et cela a permis de lancer les différentes missions. Une des priorités pour nous, était de créer le site internet pour gagner en visibilité.

Un groupe s'est ensuite créé pour faire de la prévention bucco-dentaire : ils ont créé un kit, des supports PowerPoint, tout un tas d'outils qui ont permis d'aller tester ce kit dans deux écoles. Il y a beaucoup d'action de prévention, nous avons pris contact avec les associations comme Octobre Rose, l'association de lutte contre le cancer colorectal, etc.

Ensuite, concernant les soins non programmés pour les kinésithérapeutes et les médecins, l'organisation est en place, mais le projet est en pause puisque qu'aucun budget n'est alloué pour rémunérer les effecteurs. Actuellement il y a une cellule de garde et l'idée était que le médecin de garde qui prend sa garde à 20h, deux heures auparavant prenait des soins non programmés pour permettre un recours aux soins. L'organisation est prête à fonctionner comme pour les kinésithérapeutes, mais les instances ne soutiennent pas financièrement.

Nous avons aussi un autre grand projet : c'est le lien ville-hôpital. Il faut faire en sorte que les patients rentrent dans de meilleures conditions à l'hôpital, par exemple avec toutes leurs ordonnances, et en sortent bien. Nous avons de bons contacts avec l'hôpital, cela fait longtemps que nous travaillons ensemble. Nous utilisons Hospiville, nous adhérons à Oncolink, et la prochaine mission est de s'inscrire sur OCTAVE (Organisation Coordination Traitements Âgé Ville Établissements de Santé).

La CPTS compte aujourd'hui 100 adhérents. L'objectif est de s'accroître tout en créant une dynamique avec des projets qui sont porteurs sur le territoire. Tout en sachant que certaines demandes faites en termes d'objectifs sont déjà portées par d'autres associations. Par exemple la prévention via l'association Octobre Rose ou l'addiction avec ALIA (Association Ligérienne d'Addictologie).

AG : Qu'est-ce qui vous a motivé à rejoindre la CPTS ?

FC : J'ai déjà expérimenté la vie associative dans le passé. Ce projet de santé est un beau projet sur un territoire qui nécessite que les professionnels de santé se parlent, se connaissent. Il faut aussi créer un réseau pour que lorsque de jeunes professionnels de santé souhaitent s'installer, ils ne se sentent pas seuls. C'est une expérience humaine très riche, qui crée des liens.

AG : Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre CPTS ? Fréquence des réunions, méthodes de travail, outils d'échange d'informations, etc.

FC : Avec la crise sanitaire, nous n'avons pas fait de réunion en présentiel et le côté humain était peu présent. Maintenant nous essayons de les faire en présentiel. Il y a une réunion de bureau tous les quinze jours et un conseil d'administration tous les deux mois. Pour communiquer entre nous nous utilisons Slack.

AG : La plupart des professionnels du territoire y participent-ils ? Si non, en connaissez-vous la ou les raison(s) ?

FC : Certains ne sont tout simplement pas intéressés, ils ne voient pas l'intérêt de travailler en inter-professionnalité. D'autres pensent que cela représente trop de réunions, que cela va leur faire du travail en plus. Cette réticence concerne aussi bien les anciens que les plus jeunes. Les gens qui travaillent seuls aujourd'hui, n'ont pas forcément envie de travailler différemment.

Les projets font parfois un « flop » par manque de « timing » entre la CPAM et la réussite à mobiliser les professionnels. Il faut beaucoup d'énergie pour mobiliser les gens et faire démarrer les projets.

Nous organiserons bientôt un évènement, pour que les gens découvrent le Saumurois. Par exemple, que les angevins découvrent la qualité de vie saumuroise, que travailler à Saumur est agréable. Ce qui peut poser problème c'est l'installation d'un couple, il faut que le conjoint trouve un travail, ce qui n'est pas aujourd'hui un point fort de Saumur.

AG : En tant que pharmacien, quelles sont vos missions ? Plus globalement, quelle place selon vous, peut occuper le pharmacien dans une CPTS ?

FC : Nous pouvons participer à la prévention. J'aimerais aussi convaincre les médecins de réaliser des protocoles pour que, si nécessaire, nous puissions dispenser de la fosfomycine par exemple. Nous pouvons être porteurs de projets. En tant que co-président, j'anime les réunions de la CPTS. Nous sommes aussi amenés à participer à des réunions comme par exemple le Dispositif d'Accompagnement Complexe (DAC). Il s'agit de travailler avec les associations d'aide à domicile pour évaluer les besoins des personnes en difficulté. C'est important puisque les aidants n'ont pas vraiment de contact avec les professionnels de santé, ils voient quelqu'un passer une fois pour des soins et souvent ça s'arrête là.

AG : Pouvez-vous me dire votre ressenti concernant votre investissement au sein de votre CPTS en termes de temps investi, d'enrichissement, de rémunération ?

FC : C'est chronophage mais c'est très enrichissant d'un point de vue humain et d'un point de vue connaissance générale des professionnels présents sur le territoire. Le temps que j'y accorde est très variable. Quand je suis à la pharmacie je ne fais pas de CPTS. Cela se fait sur mon temps libre et surtout le soir car c'est là que nous sommes tous disponibles. Il ne faut pas oublier que nous avons tous un métier. Concernant la rémunération, nous rémunérons seulement les temps de réunion. À la base, je n'étais pas parti dans l'idée qu'il y aurait une rémunération.

AG : Avez-vous déjà réalisé une évaluation interne au sein de votre CPTS concernant l'atteinte de vos objectifs ? Réalisez-vous des sondages auprès des professionnels et/ou de la population ?

FC : Nous ne réalisons pas d'évaluation interne. L'atteinte des objectifs est évaluée par la CPAM. C'est ce qu'on appelle le dialogue de gestion qui a lieu un an après la signature de l'ACI. Ils évaluent l'atteinte des objectifs et les versements sont faits en fonction de cela. Compte tenu de la taille de la CPTS et des montants versés, il y a un expert-comptable et un commissaire aux comptes.

Pour le sondage des professionnels, un questionnaire est proposé à l'adhésion, sur Helloasso. On leur demande ce qui les intéresse et pourquoi ils adhèrent à la CPTS.

AG : Quelle est votre vision de l'exercice interprofessionnel pour l'avenir ?

FC : Il faut faire avancer des projets que nous souhaitons porter avant que les ordres viennent « d'en haut », surtout quand on a une structure qui existe déjà et qui est efficiente. Il faut impliquer tous les acteurs pour que les projets fonctionnent. Je pense qu'à l'avenir il faudra adhérer à une structure polyprofessionnelle. Il faut aussi faire comprendre la différence entre une MSP et une CPTS. L'enjeu d'une MSP est local avec une patientèle définie et des professionnels qui travaillent en étroite collaboration alors que la CPTS est à l'échelle du territoire et l'objectif est de créer une attractivité sur le territoire. Une CPTS n'est pas une « grosse MSP ». »

FIN DE L'ENTRETIEN

Analyse SWOT (Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités) et Threats (menaces)) réalisée par le professionnel

Une analyse SWOT est un outil permettant de synthétiser les forces et les faiblesses d'un projet au regard des opportunités et menaces que génère son environnement.

	Impact positif	Impact négatif
Facteur interne	FORCES <ul style="list-style-type: none"> - Les adhérents sont, pour la plupart, très investis. - Enrichissement humain. - Connaissance des autres professionnels de santé. 	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none"> - Non-adhésion de certains professionnels. - Jeunesse des structures. - Lassitude des professionnels. - Investissement chronophage. - Activité en sus de l'exercice professionnel. - Difficulté à mobiliser les professionnels.
Facteur externe	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none"> - La réussite de projets. - Rendre le territoire attractif grâce à un réseau de professionnels. 	MENACES <ul style="list-style-type: none"> - Vision de la CPTS par certains politiciens. - Conflits pouvant exister avec d'autres associations qui portent déjà certaines missions.

Tableau 12 : Analyse SWOT n°1

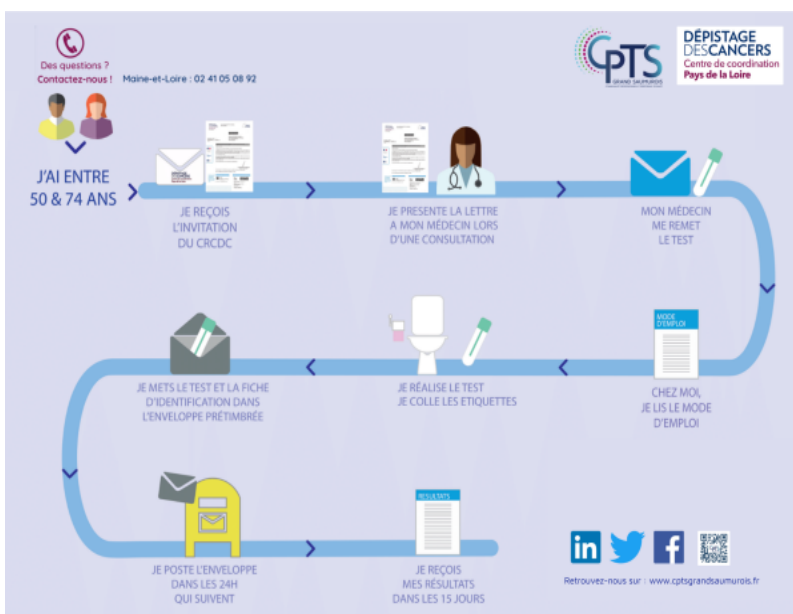


Figure 8 : Infographie créée par la CPTS du Grand Saumurois pour l'évènement de prévention Mars Bleu

6.2. Entretien avec Madame CAGIN, pharmacien titulaire à Saint-Mars-la-Jaille, vice-présidente de la CPTS d'Ancenis

Originaire de Limoges, Caroline CAGIN s'est installée en tant que titulaire à Saint-Mars-la-Jaille après 10 ans d'exercice. L'exercice y est rural et l'équipe est constituée de deux pharmaciens titulaires, une pharmacienne assistante, trois préparatrices et une apprentie. Madame CAGIN n'exerçait pas au sein d'une structure interprofessionnelle avant de rejoindre la CPTS.

La CPTS d'Ancenis est de taille 3. Le territoire de la CPTS a été défini en fonction des flux de patientèles, des habitudes de travail des professionnels et des modalités d'accès aux soins. La CPTS regroupe 20 communes réparties sur la quasi-totalité de la communauté de commune du Pays d'Ancenis et une partie de la communauté d'agglomération Mauges Communauté.

La CPTS est une association loi 1901. Il y a 250 professionnels de santé sur le territoire dont 150 sont adhérents à la CPTS. (62)



Figure 9 : Logotype CPTS d'Ancenis (62)



Figure 10 : Territoire couvert par la CPTS d'Ancenis (62)

Date : Vendredi 27 Mai 2022

Retranscription Ubiquis IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Caroline CAGIN (CC)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Quel a été le ou les élément(s) déclencheur(s)/moteur(s) à la création de votre CPTS ? Une demande de la population, une initiative des professionnels de santé, un appel à projet de l'ARS ? Comment et par qui avez-vous été accompagnée dans la création de votre structure ?

CC : C'est l'Inter URPS qui est à la base du projet avec un pharmacien biologiste du territoire. Je n'ai pas participé au montage du projet puisque la première réunion à laquelle j'ai assisté était la plénière en 2019. Lors de la plénière, le projet de santé était déjà construit. Il permet ensuite la construction d'un bureau et la signature de l'ACI. Mais il y a eu la COVID19 (Coronavirus disease apparue en 2019) et par la suite et tout a été ralenti. On a repris fin 2020 avec une première assemblée générale et le montage du bureau. L'ACI a été signé en juin 2021. Avant de signer l'ACI, nous avons reçu une première aide de l'ARS pour pouvoir engager un coordinateur. Ensuite, nous avons eu 6 mois pour signer l'ACI et obtenir les financements suivants. La première année, la discussion était compliquée, nous ne savions pas trop où nous allions. L'assurance maladie demandait beaucoup de choses et imposait énormément. Maintenant, le rapport de force a tendance à s'inverser puisque certaines choses sont impossibles à faire par manque de moyens humains et ils sont donc plus à l'écoute de nos propositions. Le manque d'expérience de l'année dernière disparaît, nous commençons à avoir les choses bien en main.

Par exemple, au sein des pharmacies, je ne savais pas vraiment ce qu'on pouvait proposer. Maintenant j'aimerais proposer des discussions avec les médecins au sujet de la sécurisation de l'envoi des ordonnances, réaliser une action de prévention collective sur un mois de l'année, et mettre en place la dispensation protocolisée car cela doit normalement pouvoir se faire au sein des CPTS.

AG : Qu'est ce qui a motivé votre choix de rejoindre la CPTS ?

CC : Lors de notre installation, il y avait trois médecins sur la commune. Courant 2019, il n'y avait plus de médecin. Lors de la première réunion plénière à laquelle nous avons assisté avec mon associée, nous ne savions pas ce qu'était une CPTS. Le territoire est en grand manque de médecins et c'est ce qui m'a motivé à essayer de m'engager un peu plus, pour voir comment il était possible de collaborer, de mettre en place des projets pour la population qui est en manque de médecins.

AG : Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre CPTS ? Fréquence des réunions, méthodes de travail, outils d'échange d'informations, etc.

CC : On organise un conseil d'administration tous les deux mois. Il y a aussi les groupes de travail qui se réunissent. On réalise des comptes-rendus avec la coordinatrice une fois par mois. On utilise Plexus, un outil qui aide beaucoup la coordinatrice dans la gestion des budgets et des indemnités des professionnels. Tous les adhérents ont un compte Plexus, nous avons tous un tableau de bord personnalisé, avec l'ensemble des réunions et des événements. Il est possible de déposer des documents dessus dans des dossiers sécurisés ou non. C'est très pratique. Nous allons aussi utiliser Globule, il s'agit d'un « WhatsApp » pour les professionnels de santé de la commune. C'est sécurisé et fait pour recueillir des données de santé.

AG : La plupart des professionnels du territoire y participent-ils ? Si non, en connaissez-vous la ou les raison(s) ?

CC : Dans les 150 adhérents, tous ne sont pas forcément actifs sur les groupes de travail. Toutes les pharmacies sont adhérentes. Nous accueillons aussi les non-conventionnés à la sécurité sociale c'est-à-dire les ostéopathes, les psychologues, etc, puisqu'ils ont toute leur place dans ces structures. Pour ceux qui ne sont pas intéressés, le problème est que nous ne les avons pas rencontrés. La peur des professionnels sur la CPTS, c'est le temps que cela prend. Avant d'en voir les avantages, il faut du temps. Participer à des groupes de travail, faire évoluer les choses cela prend du temps. Nous sommes cinq au bureau et douze au conseil d'administration mais nous fonctionnons exclusivement en conseil d'administration.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS ?

CC : Les programmes d'ETP sont en cours. Nous avons un gros axe sur le trouble du neuro-développement. La plateforme OSCAR (Orientation Soutien Coordination Accompagnement Repérage) de Nantes a formé les médecins de la CPTS pour repérer les enfants âgés de 0 à 6 ans atteints d'un trouble du neurodéveloppement, et les orienter vers l'association pour que la prise en charge soit plus rapide.

On travaille aussi sur l'accompagnement à la sortie hospitalière. L'idée est de mettre en place des protocoles pour que les sorties et les prises de rendez-vous soient facilitées.

Ensuite il y a les soins non programmés, cela se fait à petits pas. Les médecins ont peur du surcroît de travail. On travaille avec l'hôpital sur un potentiel service de pré-urgence ou sur une sorte de Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) de journée avec une prise de rendez-vous par une secrétaire ou par les pharmacies. Ce ne sont que des idées pour l'instant.

Nous avons aussi un axe de travail qui concerne la santé bucco-dentaire. C'est vérifier que toutes les personnes de plus de 16 ans aillent bien, chez le dentiste, au moins une fois tous les dix-huit mois. Nous venons d'avoir les chiffres, ils sont bons, alors qu'on manque de dentistes aussi. Nous avons fait de la communication auprès des établissements scolaires par rapport aux rendez-vous MT'dents. Nous avons aussi un projet de prévention sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

AG : En tant que pharmacien, quelles sont vos missions ? Plus globalement, quelle place selon vous, peut occuper le pharmacien dans une CPTS ?

CC : Chacun a sa profession mais il faut raisonner en une seule entité. Nous défendons tous la même chose. Nous avons quand même fait des soirées monoprofessionnelles, même si cela n'est pas le but de la CPTS, pour voir quels projets les professions souhaiteraient porter. Pour les pharmaciens, ce qui est ressorti c'est la dispensation sous protocole. Il faut porter des projets et montrer aux médecins qui sont dans le désarroi que l'on peut les aider. On sent que les mentalités évoluent.

AG : Pouvez-vous me dire votre ressenti concernant votre investissement au sein de votre CPTS en termes de temps investi, d'enrichissement, de rémunération ?

CC : C'est chronophage mais c'est enrichissant. Je suis persuadée qu'à terme on y trouvera que du positif. Nous avons appris à nous connaître, à nous parler, le contact n'est plus du tout le même. Concernant l'indemnisation, personnellement je n'y gagne rien car j'habite relativement loin et réalise des déplacements. C'est bien d'être indemnisé, cela permet de reconnaître que nous y passons du temps mais cela ne doit pas être une motivation. Quand je me suis lancée, je ne pensais même pas qu'il y aurait une indemnisation. Il ne faut surtout pas faire ça pour ça. Nous indemnisons les temps de réunion en visio et en présentiel. Il n'y a aucune différence d'indemnisation entre les différents professionnels. Le temps d'un médecin ne vaut pas plus cher que le temps d'un infirmier ou d'un kinésithérapeute. L'adhésion à la CPTS est gratuite et ne doit donc freiner personne.

AG : Avez-vous déjà réalisé une évaluation interne au sein de votre CPTS concernant l'atteinte de vos objectifs ? Réalisez-vous des sondages auprès des professionnels et/ou de la population ?

CC : Pour l'instant, nous n'avons pas réalisé d'enquête auprès de la population. Avant le montage du bureau, il y avait eu des groupes de travail pour savoir ce qui intéressait les professionnels. Cela évolue au fil du temps. Par exemple, on va travailler sur le mal-être des soignants, cela n'était pas prévu dans l'ACI à la base, mais on s'est rendu compte que le mal-être était tel, qu'il y avait besoin de groupes de parole et d'une prise en charge du soignant.

AG : Quelle est votre vision de l'exercice interprofessionnel pour l'avenir ?

CC : Si on ne le décide pas par nous-même, cela pourrait nous être imposé. Il y a un tas d'outils pour faciliter les choses maintenant, par exemple Globule. Nous aurons moins peur de nous déranger les uns les autres. Chacun traitera ce qu'on lui demande au moment où il le souhaite. Je pense que croiser les autres professions, permet d'apprendre le métier des autres. Avoir une vision globale permet de mieux travailler ensemble. Même avec l'hôpital, ils sont très coopératifs. Par exemple sur les plaies vasculaires, un praticien spécialiste d'Ancenis reçoit les photos par Globule de plaies vasculaires envoyées par les médecins généralistes. Il donne son avis et facilite la prise en charge du patient. »

FIN DE L'ENTRETIEN

	Impact positif	Impact négatif
Facteur interne	FORCES <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des autres professionnels de santé. - Possibilité d'échanger et de donner son avis. 	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none"> - Les CPTS sont des structures récentes. - Non aboutissement de certains projets. - Peut donner une impression de perte de temps.
Facteur externe	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge des patients (exemple : les sorties hospitalières). 	MENACES <ul style="list-style-type: none"> - Crainte des professionnels quant au temps nécessaire à accorder.

Tableau 13 : Analyse SWOT n°2

6.3. Entretien avec Madame HARDY, pharmacien titulaire aux Herbiers, co-présidente de la CPTS du Haut Bocage

La CPTS du Haut Bocage recouvre les trois communautés de communes suivantes :

- Pays de Mortagne ;
- Pays des Herbiers ;
- Pays de Pouzauges.

Et une partie des communautés de communes suivantes :

- Chantonay (Rochtrejoux et St Prouant) ;
- St Fulgent/les Essarts (Bazoges en Pailleurs).

La CPTS du Haut Bocage représente donc 32 communes et 88077 habitants. (63)



Figure 11 : Logotype CPTS du Haut Bocage (63)

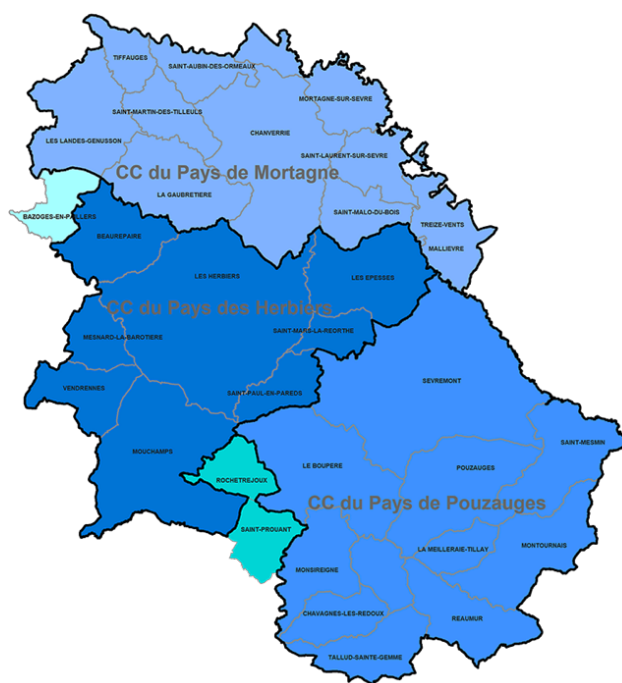


Figure 12 : Territoire couvert par la CPTS du Haut Bocage (63)

Entretien

Date : Jeudi 9 Juin 2022

Re transcription Ubiquis IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Aurore HARDY (AH)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Pouvez-vous me décrire la typologie de votre officine ?

AH : La pharmacie se situe au sein d'un centre commercial des Herbiers. Nous accueillons une patientèle de quartier et mon équipe est importante, nous sommes plus de 20 personnes.

AG : Avant d'exercer en CPTS, exerciez-vous déjà au sein d'une structure interprofessionnelle ?

AH : Je n'exerçais pas dans une structure. Il y avait une MSP à côté, mais je n'étais même pas au courant.

AG : Pouvez-vous présenter votre CPTS ? Le territoire, la population, le nombre de professionnels adhérents.

AH : La CPTS est jeune, c'était la dernière de Vendée à créer pour couvrir tout le territoire. L'ACI est signé, on est dans le lancement de la CPTS.

AG : Quel a été le ou les élément(s) déclencheur(s)/moteur(s) à la création de votre CPTS ? Une demande de la population, une initiative des professionnels de santé, un appel à projet de l'ARS ?

AH : Ce sont les professionnels qui ont été vers la Mairie. A la base, avec l'ancien titulaire qui était avec moi, nous voulions faire une cabine de téléconsultation. Pour mettre cela en place il fallait adhérer à une CPTS ou une MSP et nous avons donc pris contact avec la mairie et le secteur service santé nous a parlé d'un projet avec l'Inter-URPS. Très vite, on s'est retrouvé à 3 ou 4 professionnels de santé. Nous avions cette arrière-pensée de téléconsultation. Après le départ de mon associé, nous avons fait quelques téléconsultations mais cela n'a pas marché.

AG : Qu'est ce qui a motivé votre choix à rejoindre la CPTS ?

AH : Je voulais rencontrer d'autres professionnels de santé. Ce que je voulais surtout, c'était casser l'image du pharmacien seul, de ma pharmacie qui est très grande, et je voulais rencontrer d'autres personnes pour me sentir moins seule dans mon exercice au quotidien. Avoir plus de communication entre nous et parler sur des cas de patients. J'aimerais aussi organiser un dimanche ou une journée avec une formation premiers secours. Je vois cela tourné vers les usagers mais aussi les professionnels de santé.

AG : Comment et par qui avez-vous été accompagnée dans la création de votre structure ?

AH : Une personne de l'Inter URPS nous a accompagné, une personne très communicative. L'Inter URPS a un « déroulé » avec les réunions à faire. Une première réunion, puis une plénière, puis nous avons fait une réunion zoom ou je me suis retrouvée à faire partie du bureau. Ensuite l'engrenage s'est mis en route.

AG : Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre CPTS ? Fréquence des réunions, méthodes de travail, outils d'échange d'information, etc.

AH : On a un bureau et un conseil d'administration. Grace à la COVID, c'est vrai que nous avons fait beaucoup de réunions Zoom. Je trouve cela mieux que de faire les réunions le soir. Le bureau se voit au moins une fois par mois. Je suis également dans la commission communication, nous sommes en train de créer un site internet. Je vais rejoindre une autre commission dédiée à la formation des professionnels de santé. Notre coordinatrice nous a parlé de Plexus, elle doit nous le présenter pour savoir si nous l'utiliserons prochainement.

AG : Tous (ou la plupart) les professionnels du territoire y participent-ils ? Si non, en connaissez-vous la ou les raison(s) ?

AH : A l'adhésion, on nous a demandé si nous connaissions des professionnels de santé intéressés. Nous étions en pleine période du COVID avec une charge de travail énorme, c'était compliqué.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS ?

AH : Il a été réalisé un centre de soins non programmés car il y a un manque de médecins. Les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou ne peuvent pas avoir de rendez-vous avec leur médecin, peuvent appeler le 116 117 et sont redirigés vers le centre de soins non programmés. Le centre est ouvert le lundi, mardi et jeudi de 8h30 à 18h30 et le vendredi matin.

AG : Pouvez-vous me dire votre ressenti concernant votre investissement au sein de votre CPTS en termes de temps investi, d'enrichissement, de rémunération ?

AH : Oui, c'est enrichissant. Je suis maintenant au courant de ce qui peut être mis en place dans la commune. Je suis assez scolaire, si j'avais plus de temps, j'aimerais bien faire plus de choses comme cela. Mais des fois, j'ai l'impression qu'on met des choses en place parce qu'il le faut, alors que cela ne servira à personne. Normalement, nous sommes indemnisés des réunions, mais on ne fait pas ça pour ça. C'est quand même bien d'être indemnisé pour la reconnaissance du temps qu'on y passe.

AG : Quelle est votre vision de l'exercice interprofessionnel pour l'avenir ?

AH : J'ai l'impression que tout le monde est un peu dans la même « galère », les infirmières, les médecins. Peut-être qu'il faudrait s'ouvrir dès la Fac, aller voir les métiers des uns et des autres. »

FIN DE L'ENTRETIEN

Analyse SWOT CPTS réalisée par le professionnel

	Impact positif	Impact négatif
Facteur interne	FORCES <ul style="list-style-type: none">- Rencontrer les professionnels de santé et d'autres structures comme l'URPS, l'ARS, la CPAM.- Sortir de l'isolement de son exercice.	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none">- Perte de temps pour la mise en place de projets jugés peu pertinents.
Facteur externe	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none">- Découvrir les projets réalisés par d'autres CPTS qui ont les mêmes critères à remplir.- Organiser des rencontres entre CPTS pour partager son expérience.	MENACES <ul style="list-style-type: none">- Pérenniser la motivation des adhérents.- Sans professionnels investis, cela devient une « coquille vide ».- Désintéressement des professionnels pour cette activité en sus de leur exercice.

Tableau 14 : Analyse SWOT n°3

6.4. Entretien avec Madame BAUDRY, pharmacien titulaire à Redon, co-présidente de la CPTS du Pays de Redon

La CPTS du Pays de Redon couvre tout le territoire du Pays de Redon. Elle s'étend sur un total de 41 communes du Morbihan, de la Loire-Atlantique et de l'Ille et Vilaine et couvre une population de plus de 83.000 habitants.

La constitution de la CPTS du Pays de Redon s'est déroulée en plusieurs étapes.

- Décembre 2019/ Janvier 2020 : annonce du projet, constitution d'une équipe, définition du territoire et rédaction des statuts de l'association.
- Le 12 Février 2020 : assemblée générale constitutive de l'association de la CPTS du Pays de Redon.
- Le 27 Février 2020 : Dépôt de la lettre d'intention à l'ARS. Esquisse du projet terminée.
- Élection des représentants du bureau.
- Le 10 septembre 2020 : la commission régionale CPTS donne un avis favorable à l'accompagnement du projet.
- 2020/2021 : diagnostic du territoire et du projet de santé de la CPTS.
- Juin 2021 : Dépôt du projet de santé pour validation par l'ARS.
- Financement par la CPAM et mise en œuvre du projet.

Le projet de santé est porté par l'engagement des professionnels de santé et par une volonté partagée de décroisser l'exercice, de raisonner à l'échelle de la population, d'assumer une responsabilité globale sur le service de santé, de développer de nouvelles pratiques et d'articuler le projet CPTS avec le contrat local de santé.

Entretien

Date : Vendredi 10 Juin 2022

Retranscription Ubiquis IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Catherine BAUDRY (CB)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Pouvez-vous me décrire la typologie de votre officine ?

CB : J'exerce au sein de la ville de Redon. L'équipe est composée d'un pharmacien titulaire, bientôt un pharmacien adjoint, de trois préparatrices et une rayonniste.

AG : Avant d'exercer en CPTS, exerciez-vous déjà au sein d'une structure interprofessionnelle ?

CB : Non, pas du tout. Nous n'avons pratiquement pas de MSP sur le territoire de Redon. Il y a seulement une MSP avec trois médecins salariés.

AG : Pouvez-vous présenter votre CPTS ? Territoire, population, nombre de professionnels adhérents, etc.

CB : La CPTS couvre l'agglomération de Redon, plus trois communes du fait d'un lien proche.

AG : Quel a été le ou les élément(s) déclencheur(s)/moteur(s) à la création de votre CPTS ? Une demande de la population, une initiative des professionnels de santé, un appel à projet de l'ARS ?

CB : Tout a démarré à l'automne 2019, un cardiologue du secteur avait lancé une invitation pour parler des CPTS. Il y a ensuite eu la COVID. Une première réunion pour représenter notre projet a eu lieu en mars 2021. L'ACI a été signé tout début juillet 2021. On est dans la première année de l'ACI.

AG : Qu'est ce qui a motivé votre choix à rejoindre la CPTS ?

CB : Depuis que j'exerce, j'ai toujours rêvé de travailler en coordination. J'ai toujours trouvé cela complètement « nul » que chacun travaille de son côté. Une autre motivation est d'avoir une meilleure relation ville/hôpital, quand j'ai vu toutes les opportunités, c'était une évidence.

AG : Comment et par qui avez-vous été accompagnée dans la création de votre structure ?

CB : Au niveau de l'accompagnement, nous avons été accompagnés par GECO Lib'.

AG : Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre CPTS ? Fréquence des réunions, méthodes de travail, outils d'échange d'information, etc.

CB : Avec le bureau on se voit une fois tous les mois et demi et le conseil d'administration se réunit une fois tous les trois mois. Nous sommes un petit noyau et nous avançons grâce à une coordinatrice extraordinaire, mais c'est beaucoup de boulot.

Parfois, nous nous voyons en distanciel. Je suis aussi dans la commission prévention, nous travaillons sur les complications du diabète. Par exemple, nous avons eu une réunion avec la maison du diabète à Rennes et elle a eu lieu en distanciel pour ne pas faire déplacer tout le monde. La COVID a permis de s'ouvrir à d'autres technologies pour que tout le monde ne soit pas tributaire de faire des kilomètres.

AG : Tous (ou la plupart) les professionnels du territoire y participent-ils ? Si non, en connaissez-vous la ou les raison(s) ?

CB : Concernant ceux qui ne participent pas, je pense qu'il y a le manque de temps, peu d'intérêt pour l'interprofessionnalité et puis le sentiment d'obligation par des tutelles qui délèguent leur travail.

Notre CPTS est une des plus regardée par les instances parce qu'elle est la plus dynamique alors que le secteur est désertifié. En un an, nous avons mis en place un système de soins non programmés. Notre président s'est

battu, y a passé énormément de temps. Il y a utilisation de LOGIBEC entre l'hôpital et la ville. C'est un logiciel qui permet à l'hôpital de rediriger vers la ville, les gens qui arrivent aux urgences et qui ont un soin qui n'est pas une urgence.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS ?

CB : Nous avons avancé sur un parcours cardiovasculaire car nous avons un seul cardiologue qui va partir à la retraite. Nous travaillons également sur un parcours onco-pneumologie et sur tout ce qui est prévention du diabète. L'ETP n'est pas encore lancée puisque les personnes intéressées n'ont pas été formées pendant la crise COVID. Lors de notre dernière réunion, nous avons réfléchi à nos prochains objectifs.

AG : Pouvez-vous me dire votre ressenti concernant votre investissement au sein de votre CPTS (temps investi, enrichissement, rémunération ?)

CB : Cela prend du temps et c'est enrichissant. Par exemple, avec la COVID nous sortons d'une grosse période. Je ne fais pas de tests antigéniques à la pharmacie mais nous pratiquons la vaccination et ça commençait « à tirer sur la corde ». La CPTS m'a permis de prendre du recul, nous discutons en bons termes, les échanges sont toujours très intéressants. Parfois, c'est un peu compliqué aussi. Le premier contrat local de santé arrive à sa fin et le deuxième est en train d'être monté. Notre projet émerge en même temps. Un contrat local de santé sans les professionnels de santé c'est « nul » et c'est ce qui s'était passé pour le premier. Mais cela prend du temps et si on veut être pilote pour ce projet on a besoin d'un deuxième temps plein en coordinateur sur la CPTS. Il faut donc d'autres budgets et les tutelles ne nous suivent pas. C'est dur et ça donne parfois envie de baisser les bras. Certaines fois nous sommes fiers, contents et d'autres fois on se pose des questions.

AG : Avez-vous déjà réalisé une évaluation interne au sein de votre CPTS concernant l'atteinte de vos objectifs ?

CB : Les discussions de gestion se passent bien, c'est toujours très constructif.

AG : Avez-vous une anecdote à me partager concernant votre CPTS ?

CB : Bien avant la mise en place des soins non programmés, même bien avant l'ACI, pendant la COVID le laboratoire faisait les PCR (Réaction en Chaîne par Polymérase). Les prélèvements étaient faits dans une tente dehors, avec des laborantins frigorifiés. On a tout de suite mis en place des réunions avec l'agglomération, l'hôpital et la CPTS en cours de création pour réaliser une veille sanitaire. Le laboratoire a ainsi pu avoir un local mis à disposition pour faire les tests dans de bonnes conditions. Cela a été une première étape de coordination. Ensuite, il a fallu mettre en place la vaccination par le biais de la municipalité. Le centre de vaccination de Redon a toujours bien fonctionné grâce à la CPTS. Les décisions ont été vite prises et cela donne envie d'y croire. »

FIN DE L'ENTRETIEN

	Impact positif	Impact négatif
Facteur interne	FORCES <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien apporté entre libéraux. - Parler d'une seule voix. - Structures à la main des professionnels de santé. 	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none"> - Le contraste entre la motivation des professionnels et la difficulté à faire avancer les projets.
Facteur externe	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none"> - Travailler ensemble en coordination. 	MENACES <ul style="list-style-type: none"> - Pérennité du système - Motivation décroissante dans le temps des professionnels.

Tableau 15 : Analyse SWOT n°4

6.5. Entretien avec Monsieur MOREUL, Médecin généraliste à Bécon-les-Granits, co-président de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu

La CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu couvre tout le territoire du Nord-Ouest du Maine-et-Loire. Elle s'étend sur un total de 25 communes et couvre une population de plus de 65.000 habitants. La CPTS rassemble plus de 260 professionnels de santé libéraux, 6 MSP, ainsi que 2 ESP CLAP mais aussi de nombreuses structures d'accueil pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, des structures de maintien à domicile. De plus, le territoire comprend le centre hospitalier du Haut-Anjou, qui possède une antenne à Segré en Anjou Bleu.

(64)



Figure 13 : Logotype CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu

(64)

Figure 14 : Territoire couvert par la CPTS les Vallées de l'Anjou Bleu (64)

Date : Vendredi 10 Juin 2022

Retranscription Ubiquis IO

Légende : Anne-Astrid GHEZEL (AG) ; Jean-François MOREUL (JM)

DEBUT DE L'ENTRETIEN

« AG : Avant d'exercer en CPTS, exerciez-vous déjà au sein d'une structure interprofessionnelle ?

JM : J'ai été formé à Rennes, puis nous sommes venus avec ma femme en Maine et Loire. J'ai choisi Bécon-les-Granits car je voulais un exercice rural ou semi-rural. Avant j'ai travaillé à Candé, mais c'était un peu loin de mon lieu de résidence. Quand je suis arrivé à Bécon, il y avait un cabinet dans une maison datant de 1850, je leur ai dit que je voulais bien continuer à travailler avec eux mais qu'il fallait un projet immobilier et c'est là qu'a démarré le projet de maison de santé. Pour résumer, en 2005 mon installation, en 2010 la création du projet de santé de la maison de santé, en 2015 la construction des bâtiments et presque le lancement de la CPTS puisqu'on l'a lancée en 2016 et signée en 2020.

AG : Quel a été le ou les élément(s) déclencheur(s)/moteur(s) à la création de votre CPTS ? Une demande de la population, une initiative des professionnels de santé, un appel à projet de l'ARS ?

JM : Les maisons de santé du territoire voulaient mettre en commun leurs projets et travailler avec les partenaires de santé du territoire. Le projet a émergé dès 2014, les CPTS n'existaient pas dans la loi. Mme Mariesol TOURAINE avait parlé des services publics territoriaux et en 2016 sont arrivés les CPTS alors que nous avons déjà fait le diagnostic d'un projet comme celui-ci sur le territoire. Au départ, il n'y avait pas de cahier des charges, juste une lettre de la DGOS et la loi. C'était une « feuille blanche » et nous avons commencé à rencontrer les partenaires du territoire, à faire des réunions d'information et de préparation à l'écriture du projet de santé. En 2018, nous nous sommes vraiment lancés dans l'écriture du projet de santé à une période où l'Inter URPS existait tout juste. L'APMSL nous a accompagné sur un temps pour écrire le projet de santé. A cette époque, l'AMPSL ne savait pas encore si elle allait se lancer dans cet accompagnement.

AG : Qu'est ce qui a motivé votre choix à rejoindre la CPTS ?

JM : J'ai découvert les soins coordonnés avec les MSP et j'ai pris conscience que s'il n'y a pas de gens comme moi qui portent cette parole, tout peut s'éteindre, car il y a 20% des professionnels qui travaillent en soins coordonnés. C'est à la fois beaucoup, et en même temps pas tant que cela. Si on ne pérennise pas ce mode d'exercice, peut-être qu'à terme, l'état pourrait dire « on arrête les maisons de santé et les CPTS ».

Sur le plan de l'exercice au niveau de la MSP, nous avons diagnostiqué que les projets que nous réalisions, c'est-à-dire les protocoles qui dessinaient des parcours pour nos patients, nous aidaient dans notre exercice libéral à travailler mieux avec les autres libéraux de la MSP. Mais très vite, nous avons voulu travailler avec les maisons de retraite, la maison des solidarités et les élus, pour construire un vrai parcours complet de prise en charge.

Mais les moyens pour le faire allaient nous manquer. On s'est donc dit qu'il fallait construire autre chose pour prolonger les parcours de ces protocoles. Par ailleurs, nous avons mis en place des programmes d'ETP. Nous avons constaté que, pour qu'un programme puisse être pérenne, il fallait une file active populationnelle de 20.000 à 30.000 habitants. Or, dans la MSP, nous prenons en charge 10.000 habitants. Dès le démarrage nous nous sommes dit qu'on allait avoir un problème et que dans 3 ou 4 ans, si on ne mettait rien en place, nos programmes d'ETP allaient s'éteindre. Il fallait créer une structure dans laquelle il est possible de partager nos programmes d'ETP et nos outils. Petit à petit, cela a été enrichi par le cahier des charges et la convention. Nous avons harmonisé notre projet avec la convention et nous avons créé les autres missions socles de la CPTS.

AG : Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre CPTS ? Fréquence des réunions, méthodes de travail, outils d'échange d'information, etc.

JM : Au niveau de la CPTS, finalement la COVID a accéléré la fréquence des réunions grâce à la visio. C'est vrai que le territoire de la CPTS actuelle est assez vaste. Réunir les gens régulièrement le soir ou le midi n'est pas une mince affaire. Les visios sont pratiques, mais d'un autre côté, si nous faisons plus de présentiel nous pourrions plus motiver les gens à se revoir. Peut-être que nous aurions une dynamique encore plus importante en rencontrant les gens. Pour l'instant, nous continuons en majorité les réunions en visio ce qui permet de ne pas être quasiment 1h en voiture pour certains.

Nous fonctionnons avec Whaller, c'est un logiciel intranet qui permet de suivre les projets. Il y a des sphères comme par exemple la prévention ou l'accès à un médecin traitant. Dans ces sphères, nous partageons des documents, des informations et cela permet de sortir du fil de mail classique. Mais Whaller ne gère pas la partie budget de la CPTS. En fin d'année, nous allons passer à Plexus, plébiscité par la Fédération Nationale des CPTS à la suite d'un partenariat pour créer un logiciel adapté aux CPTS. Il y a un projet de financement de ce nouveau Plexus qui permettra à la fédération de récupérer des données des CPTS au niveau national.

AG : La plupart des professionnels du territoire y participent-ils ? Si non, en connaissez-vous la ou les raison(s) ?

JM : Nous avons une particularité sur le territoire, nous avons une majorité de professionnels qui sont dans des équipes. Il y a différents degrés d'équipe. Il y a quelques professionnels qui sont encore isolés et on en a d'autres qui sont en cabinet monoprofessionnel, mais à plusieurs au sein du cabinet. On a aussi des bâtiments dans lesquels il y a plusieurs professions différentes mais où il n'y a pas de projet de santé. Nous avons aussi deux équipes de soins primaires CLAP. Et pour finir, nous avons des maisons de santé. Il y a les maisons de santé où il n'y a pas de subvention de l'État ou de la sécurité sociale. Ils font quelques réunions d'interconnaissance et quelques déjeuners d'échange. On a aussi des MSP qui sont subventionnées par l'ARS. C'est-à-dire qu'elles perçoivent des sommes d'argent pour embaucher un coordinateur, faire des protocoles, des staff, avoir un logiciel partagé.

Il y a des gens qui sont contre, des militants qui militent autant que moi, mais à l'inverse contre les soins coordonnés. Certains ne veulent pas car ils ont l'impression qu'être subventionné signifie que les instances vont leur dicter leur façon de travailler. D'autres n'ont pas envie de se prendre la tête plus que cela et ne veulent pas

faire de réunion. Il faut respecter. Enfin, d'autres n'ont pas le temps, ne peuvent pas donner du temps comme cela.

AG : Quels sont les grands projets de la CPTS ?

JM : Notre motivation initiale est le partage de moyens et d'outils entre les MSP, que ce soit les protocoles, les programmes d'ETP ou la façon de faire nos staff. C'est assez particulier les staff, et c'est vrai que chaque MSP a presque développé une façon de faire des staff. Éventuellement, cela nous aide à progresser.

Pour dessiner des parcours avec les autres partenaires du territoire, il faut travailler sur l'interconnaissance. Nous voulons favoriser cela au maximum entre les acteurs du territoire pour aider les gens à mieux travailler entre eux. Nous avons remarqué qu'un médecin qui n'est pas dans un réseau passe beaucoup de temps à contacter un spécialiste ou une structure, et n'a pas forcément connaissance de toutes les aides possibles à disposition près de chez lui. L'idée est d'aider les professionnels à mieux connaître l'offre autour d'eux pour mieux l'utiliser et mieux favoriser les parcours des patients.

Dans notre équipe, nous avons des professionnels motivés pour la prévention, donc nous avons mis en place beaucoup d'actions de prévention. Quand nous avons commencé le projet de CPTS, on a fait le diagnostic de territoire et on s'est rendu compte que nous avons des axes de travail à privilégier par rapport à l'état de santé de notre population. Nous faisons de la prévention sur les addictions car on a une population très touchée, et sur la santé mentale car nous avons un problème d'accès aux soins en santé mentale. Il y a aussi des actions de partenariat, d'où ma présence à ALIA plus tôt aujourd'hui. Nous travaillons sur un parcours en santé mentale avec le contrat local de santé pour rencontrer les acteurs du territoire sur la santé mentale et avec le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) pour faciliter le partenariat. Dans ce cadre, nous avons décidé de mettre en place sur le territoire une équipe de coordination en santé mentale. Une infirmière et une infirmière de pratique avancée ont été embauchées par le CESAME grâce à une subvention de l'ARS pour favoriser le parcours des patients. Cette semaine, j'ai fait une consultation conjointe avec l'infirmière de pratique avancée pour une patiente et ses deux filles. Elle va faire le lien avec le CMP. On décroisonne à fond, c'est génial.

Nous avons dans nos missions socles l'accès au médecin traitant. Cet après-midi, j'ai rencontré les élus, le médecin d'une commune qui part à la retraite et la coordinatrice du contrat local de santé pour trouver des solutions à cette commune qui va perdre son médecin qui est coordinateur de trois EHPAD.

Sur les soins non programmés, on essaye d'inciter les équipes à formaliser des protocoles de prise en charge des soins non programmés en journée, car les médecins généralistes disent qu'ils gèrent leurs urgences, mais quand on écrit noir sur blanc la manière dont on les gère, on se rend compte qu'on peut toujours s'améliorer. Pour l'instant, nous stimulons les équipes. C'est en vue de la préparation d'un dispositif départemental qui s'appelle le Service d'Accès aux Soins (SAS), avec lequel nous sommes en lien puisque nous sommes invités par l'ARS aux travaux du SAS.

Nous avons aussi de la représentation au niveau du DAC dont les travaux ont été lancés au moment où nous étions le nez dans le guidon avec la COVID. Maintenant que le DAC est créé, nous expliquons que nous ne se

sommes pas d'accord avec, ce qui crée des zones de friction. La deadline est pour le mois de juillet. Nous avons commencé les négociations en mars alors que cela faisait deux ans qu'il était en construction. Nous étions sur le point de réussir à faire évoluer les statuts du DAC, mais comme l'échéance arrive, il a été décidé de lancer le DAC et de négocier les statuts après son lancement. Le problème du département est qu'il n'y a que deux CPTS, et l'autre CPTS avait du mal à trouver du monde pour participer à ces réunions. Nous étions un peu seuls et finalement l'autre CPTS, l'URPS médecin, l'URPS pharmacien et les infirmiers nous ont rejoints. Il y a donc aujourd'hui un avocat rémunéré par l'Inter URPS qui travaille sur les statuts du DAC.

AG : Pouvez-vous me dire votre ressenti concernant votre investissement au sein de votre CPTS en termes de temps investi, d'enrichissement, de rémunération ?

JM : Ma particularité est que cela fait un moment que je bosse sur ces sujets-là, que j'y passe du temps, y compris du temps de réflexion. J'ai participé à des groupes de réflexion où on pensait à l'organisation, à l'articulation et à la vision globale de la santé. Quelle vision a-t-on de ce que peut être la santé et en particulier la santé libérale avec tout ce que les gens appellent « le millefeuille » ? Comment fait-on pour articuler tout cela ? Est-ce que tout cela a du sens ? Pour moi, ça a réellement du sens. Je dessine assez bien l'organisation de ces structures car j'y ai beaucoup réfléchi. Tous les 6 mois, je me refais une carte mentale des dispositifs au fur et à mesure que les projets avancent et cela a réellement du sens. Le sens que cela a pour moi, c'est que c'est la seule façon de faire avancer l'exercice libéral, de se sortir de son isolement et d'entrer dans un fonctionnement plus pluriprofessionnel. Fonctionnement efficace, puisque quand on travaille avec d'autres professionnels, on gagne en efficacité. C'est moderne, avec l'évolution de la santé, ce n'est plus possible d'être médecin généraliste avec ses dossiers papiers dans son bureau. L'exercice coordonné c'est la modernité. Nous travaillons avec des partenaires qui nous écoutent car on représente des libéraux qui ont un exercice irremplaçable. C'est la seule façon de sauvegarder un modèle vraiment efficace de prise en charge des patients au plus près de chez eux, tout en ayant des professionnels structurés, participants et engagés dans la santé avec un grand « S » de leur territoire. Beaucoup de moyens sont mis en place et cela peut paraître démesuré mais en même temps, les gens qui n'en voient pas l'intérêt ne l'ont peut-être pas encore assez conceptualisé.

La CPTS est en train de mettre en place Globule. On a créé un partenariat avec l'ARS qui nous a installé gratuitement l'application et l'a mise à disposition de tous les professionnels du territoire, ce qui représente 500 personnes. Ça monte, ça ne cesse de se propager, je l'utilise un jour sur deux on va dire, pour des échanges avec les professionnels de mon territoire. L'infirmière de pratique avancée est sur Globule, j'échange avec elle sur des situations que nous avons en lien. Ce sont des choses créées par la CPST. L'infirmière de pratique avancée s'est installée sur le territoire parce qu'on travaille en CPTS. L'ARS nous finance et tout le monde scrute notre équipe de coordination en santé mentale. C'est simple pour nous aujourd'hui de faire prendre en charge un patient. Mais c'est vrai, c'est chronophage, on y passe du temps mais moi j'aime bien ça, cela s'organise bien dans mon exercice.

AG : Avez-vous déjà réalisé une évaluation interne au sein de votre CPTS concernant l'atteinte de vos objectifs ? Réalisez-vous des sondages auprès des professionnels et/ou de la population ?

JM : On a fait une première convention en 2020, on a eu un dialogue de gestion qui ne s'est pas très bien passé puisque la veille du confinement, la caisse nous a dit qu'elle ne signerait pas notre dialogue de gestion car nous n'avions pas indiqué le nombre de patients sans médecin traitant. Nous avons donc perdu 6 mois et signé la convention en septembre. Un an après, pendant notre 2^{ème} dialogue de gestion, on a doublé notre territoire et nous avons réécrit notre projet de santé.

On fait plein d'enquêtes mais plus sur les projets (soins non programmés, téléconsultation) de façon globale mais plutôt sur leurs motivations. »

FIN DE L'ENTRETIEN

	Impact positif	Impact négatif
Facteur interne	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le décloisonnement, l'interconnaissance, et surtout la saisie du dispositif par les libéraux. - Être coordinateur est un métier en gestion de projet absolument incroyable. 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une CPTS sans libéraux est une CPTS sans objet. - Coordinateur est un métier de coordination mais ils ne sont pas en lien entre eux. Ce sont des gens assez isolés dans leur mode d'exercice. Certains se nomment coordinateurs-directeurs et la CPAM s'appuie énormément sur eux. Si personne n'y prend garde, c'est une façon potentielle de devenir un hôpital. Il faut donc faire monter en compétence les dirigeants des CPTS.
Facteur externe	<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une fenêtre de tir ouverte avec de grands moyens donnés et une conjonction de tout un tas de dispositifs (CDS, ESP, MSP) qui se coordonnent relativement bien. - Devenir une structure aussi « forte » que l'hôpital pour représenter l'exercice du territoire. - Il y a déjà eu d'autres politiques de santé voulant mettre en lien les libéraux avec le reste des professionnels de santé. Cela n'a jamais vraiment fonctionné ou est toujours devenu hospitalier. Avec la MSP et les CPTS, c'est en train de fonctionner. - Il faut réfléchir à avoir de plus en plus de CPTS mais surtout à les fédérer. 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - La politique, les guerres de pouvoir. - Les professionnels investis sont parfois en cabinet, en MSP, en CPST et manquent de temps.

Tableau 16 : Analyse SWOT n°5

6.6. Bilan

Nombreuses sont les raisons qui sont à l'origine de l'émergence de projet de CPTS. L'interconnaissance, l'envie de rencontrer d'autres professionnels, la communication et la coordination en font partie. On remarque également l'envie de mettre en commun les moyens de chacun et d'améliorer la prise en charge des patients. Enfin, pour beaucoup, il est important de rendre le territoire attractif afin de favoriser l'installation de jeunes professionnels pour faire face à la faible densité en soignants de nombreux territoires.

On remarque que les professionnels interrogés n'exerçaient pas obligatoirement déjà au sein d'une structure d'exercice coordonné telle qu'une ESP ou une MSP. Les projets de CPTS ont été initiés pour certains par l'Inter URPS et pour d'autres par les professionnels eux-mêmes. Pour l'ensemble des projets, un accompagnement dans la création de la CPTS a été réalisé par l'Inter URPS ou une autre structure spécialisée.

L'ensemble des professionnels ont ressenti un impact dû à la COVID. Cet impact a parfois été positif, puisque pour beaucoup, l'épidémie a favorisé le travail et les réunions à distance permettant parfois la catalyse de projets. Pour l'organisation des réunions, la notion de gain de temps quant à la suppression des trajets est également un élément mis en avant. Néanmoins, certains nous ont fait part d'impacts négatifs. En effet, des professionnels ont remarqué qu'avec le distanciel, les temps d'échange ont perdu en contact humain.

Concernant les grands projets de chaque structure, toutes les CPTS ont travaillé sur leur visibilité et possèdent chacune un site internet. Certaines sont également présentes sur les réseaux sociaux. Lorsque l'on évoque les grands projets de chaque structure, les soins non-programmés sont au cœur de la réponse. Cela met en lumière la préoccupation et l'envie des professionnels qui souhaitent répondre à cet enjeu majeur d'accès aux soins. L'autre élément de réponse prédominant concerne la prévention avec la mise en place d'événements, de projets et la création d'outils.

En ce qui concerne les professionnels ne rejoignant pas les CPTS, les hypothèses évoquées sont le manque d'intérêt pour l'exercice interprofessionnel, la crainte du temps à investir dans un tel engagement. Souvent, ces professionnels n'ont jamais rencontré les équipes déjà investies.

Tous les professionnels caractérisent leur investissement comme chronophage mais enrichissant. Être impliqué nécessite de l'organisation et leur investissement se coordonne relativement bien avec leur exercice. Une des difficultés récurrentes est celle de maintenir des professionnels motivés dans la mise en œuvre d'un projet prêt à être déployé alors que les instances ne sont pas encore impliquées de leur côté. L'indemnisation du temps investi par les professionnels pour la CPTS est perçue comme un élément plus gratifiant qu'essentiel.

Toutes les équipes utilisent des outils de communication, de coordination et de partage d'information. Les outils tels que Teams ou Zoom sont utilisés pour les réunions. Les logiciels Plexus et Whaller sont une aide à la coordination ainsi qu'au partage d'informations et de documents. Les outils de communication mis en avant sont Globule et Slack. Enfin, des logiciels spécifiques sont utilisés comme Logibec, un logiciel possédant un algorithme

médical qui permet une évaluation et une réorientation des patients vers la médecine de ville, le plus souvent quand leur demande de soin ne relève pas des urgences médicales.

Pour conclure, l'envie de faire avancer et de voir se concrétiser des projets de soins semble être un élément essentiel de la motivation des professionnels interrogés. L'envie de raisonner collectivement et le besoin d'appartenir à la même entité sont recherchés. Enfin, pour beaucoup, il s'agit également de devancer la potentielle obligation d'exercer au sein d'une structure d'exercice coordonné.

Conclusion

De fortes tensions s'exercent sur le système de santé : le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques ainsi qu'une tension démographique pour certaines catégories de professions de santé. Le déploiement de mesures structurelles se révèle primordial pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et garantir la qualité de la prise en charge.

Aujourd'hui encore, aucun modèle d'équipe coordonnée ne représente, à lui seul, une solution universelle à l'ensemble des problèmes de santé des territoires. Cependant, les partenaires conventionnels conviennent de reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné entre le professionnel de santé, et plus généralement de la globalité des acteurs sanitaires et médico-sociaux des territoires, est une clé pour répondre à ces enjeux. Cette forme d'exercice peut renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité des prises en charge, faciliter la coordination entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours, de renforcer l'offre de soins de premier et second recours, et enfin, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'impact du pharmacien semble démontré au sein de structure comme les ESP ou les MSP, pouvant être initiatrices de projet de CPTS. Cet exercice coordonné demande aux professionnels de santé d'organiser une réponse collective aux besoins de santé de la population à l'échelle du territoire de leur CPTS. Le plus grand défi demeure celui de créer les conditions d'une réelle collaboration entre tous les acteurs d'un territoire afin que leurs interventions s'articulent dans le cadre de santé régionale. Se positionner au sein du réseau de soins et de prévention constitue le soin de demain. Les CPTS, si elles font preuve d'un dynamisme indéniable, sont encore des créations récentes. De nombreux défis restent à surmonter pour rendre les CPTS efficaces et ne pas les assimiler à des « coquilles vides ». Il est important que les CPTS restent des structures à « taille humaine » pour permettre aux professionnels de s'y reconnaître et de se parler.

Il existe un manque de données statistiques concernant l'impact des CPTS sur leur territoire, mais les entretiens mettent en évidence l'intérêt pour les pharmaciens d'appartenir à ces structures. Les pharmaciens interrogés mettent en avant différents intérêts personnels tels que : vivre une expérience humaine riche qui permet de créer des liens avec les autres professionnels, sortir de l'isolement et décloisonner l'exercice de la profession, faire avancer des projets, améliorer la communication avec les autres professionnels de santé ou encore comprendre les autres professions et leurs problématiques. Ils évoquent aussi le bénéfice de connaître et appréhender le rôle de structures telles que les URPS, l'ARS et la CPAM, de pouvoir participer au projet de santé du territoire et dynamiser le territoire afin d'attirer d'autres professionnels, par exemple, en recrutant de jeunes pharmaciens adjoints ou de jeunes médecins généralistes. Enfin, le développement et la reconnaissance des nouvelles missions des pharmaciens comme par exemple la dispensation sous protocole est aussi évoquée.

Intégrer une CPTS n'est peut-être pas dans l'intérêt seul du pharmacien d'officine mais dans l'intérêt de l'ensemble des autres professionnels de santé. En effet, on peut aussi parler des services attendus pour les autres professionnels de santé qui sont, sans exhaustivité : une meilleure coordination des soins et organisation des parcours pour les patients, une meilleure connaissance des autres professions, une connaissance plus globale des patients, l'échange simplifié d'informations et une mise en relation plus facile avec les structures sociales et médico-sociales. Cela peut également permettre une meilleure coordination du maintien à domicile, une facilitation de l'adressage aux correspondants, la possible délégation de tâches et l'ouverture vers de nouvelles missions de santé. Enfin, le gain de temps peut aussi être important puisqu'il est possible de mieux connaître les partenaires, anticiper par des protocoles les situations fréquentes ou à fort risque (par exemple une procédure d'entrée et de sortie en cas d'hospitalisation), confier des tâches de coordination au personnel salarié, réunir les informations sur les structures d'accompagnement.

Organiser des outils au bénéfice des patients susceptibles d'optimiser l'exercice de sa profession pour chaque soignant, représente du temps investi au profit d'une meilleure articulation vie personnelle et vie professionnelle pour chacun.

Les CPTS peuvent être considérées comme le premier dispositif qui rassemble réellement l'ensemble des acteurs de la santé (médical, hospitalier, médico-social et social), pour créer un authentique réseau entre les professionnels exerçant sur un même territoire. À l'avenir, les CPTS pourront être un lieu d'expérimentations et de création de nouveaux modèles de collaboration.

L'accès aux soins reste une priorité absolue pour les instances gouvernementales et publiques. Atteindre cet objectif nécessite de mobiliser des moyens d'action financiers, organisationnels, pédagogiques, et d'accompagnement. La cohérence de tous ces outils peut assurer un meilleur accès aux soins pour les usagers. L'accès aux soins est avant toute chose un enjeu de santé publique. En effet, si celui-ci est aisé, la population se soigne mieux, peut s'inscrire dans une démarche de prévention et peut donc rester plus longtemps en bonne santé. C'est également un enjeu d'équité, il est déterminant de tout mettre en œuvre pour qu'indépendamment de son niveau de vie ou de sa localisation géographique (en ville ou en zone rurale) chaque assuré soit en mesure de bénéficier d'une prise en charge de qualité. La coordination entre les professionnels du médical et du médico-social représente une autre condition essentielle d'accès à un parcours de soins de qualité.

Intégrer une CPTS permet à chaque professionnel de santé, dont le pharmacien d'officine, d'œuvrer à promouvoir et à faciliter l'accès aux soins de la population française. L'accès aux soins est l'un des plus grands défis de notre système de santé. Les CPTS sont un moyen, un nouvel outil mis à notre disposition pouvant potentiellement nous aider à répondre aux enjeux de demain, dans l'intérêt du patient, le centre de nos préoccupations.

Bibliographie

1. **Leem. Les Entreprises du Médicament.** La santé vue par les Français [Internet]. Avril 2019 [consulté le 20 février 2021]. Disponible sur: <https://www.leem.org/la-sante-vue-par-les-francais>
2. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Dossier de Presse : Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. Octobre 2017 [consulté le 10 octobre 2022] p. 3. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/renforcer-l-acces-territorial-aux-soins>
3. **Bataillon R, Michel P, Varroud-Vial M.** Soins de proximité : vers un exercice d'équipe. adsp. Juin 2019 ; (107) : p. 9-47.
4. **Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.** Cahier des charges pour la création de CPTS en Pays de la Loire [Internet]. Octobre 2018 [consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/blog/publication-cahier-charges-cpts-pays-de-la-loire>
5. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Dossier de Presse : Ma santé 2022 [Internet]. Septembre 2018 [consulté le 10 octobre 2022] p. 6. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022>
6. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé. BO Santé n°11. [Internet]. Décembre 2019 [consulté le 10 octobre 2022] p. 237-357. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2019>
7. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. APMSL.** Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. 2020 [consulté le 20 février 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/communautes-professionnelles-territoriales-sante-cpts/>
8. **Ordre national des pharmaciens.** Exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine [Internet]. 2021 [consulté le 20 février 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Exercice-coordonne>
9. **Suisse. Office fédéral de la santé publique.** Brochure : programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017–2020 [Internet]. Janvier 2017 [consulté le 12 octobre 2022] p. 5. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>

10. **World Health Organization.** Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010 [consulté le 10 octobre 2022] p. 7. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
11. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Article 84 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. 5 mars 2022 [consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/article_84
12. **Poutout G.** Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. Sociologies Pratiques. 2005 ; n° 11(2) : 33-54.
13. **Bruyère C.** Les réseaux de santé français : Vers un arbitrage des contraires. Management International HEC Montréal. 2008 ; 13(1) : 17.
14. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Circulaire DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de sante et à destination des ARH et des URCAM - Légifrance [Internet]. Avril 2009 [consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/7363>
15. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Les réseaux de santé [Internet]. Mars 2022 [consulté le 20 février 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
16. **Haute Autorité de Santé.** Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé [Internet]. Mai 2015 [consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040388/fr
17. **Haute Autorité de Santé.** Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé [Internet]. Janvier 2015 [consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033079
18. **Angibaud M.** La coopération interprofessionnelle : son intérêt et sa mise en œuvre [Internet]. Nantes; 2018 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr>
19. **France. Direction générale de l'offre de soins.** Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. Octobre 2012 [consulté le 11 octobre 2022] p. 10. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

20. **Réseau d'accompagnement des maladies métaboliques et du diabète. Remmedia 49.** Qui sommes-nous? [Internet]. 2018 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <http://www.remmedia49.fr/remmedia-49.php>
21. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. Juillet 2009 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028393846/2018-11-25
22. **Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine.** Protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2022 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2>
23. **Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M.** Action de santé libérale en équipe (Asalée): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Quest D'économie Santé IRDES. Avril 2018 ; (n°232) : 1-8.
24. **Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J.** La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Quest D'économie Santé IRDES. Avril 2019 ; (n°241) :1-8.
25. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Instruction N° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés. BO santé n°8. [Internet]. Mai 2021 [consulté le 11 octobre 2022] p. 4-11. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2021>
26. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Journal officiel de la République française n° 0058 du 8 mars 2020 [Internet]. 8 mars 2020 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2020/03/08/0058>
27. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Journal officiel de la République française n° 0059 du 10 mars 2020 [Internet]. 10 mars 2022 [consulté le 11 octobre 2022] p. 58-71,88. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2020/03/10/0059>
28. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Les protocoles nationaux de coopération - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2022 [consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations>
29. **Assurance Maladie.** Pharmacien correspondant [Internet]. 2022 [cité le 15 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>

30. **Direction de l'information légale et administrative.** Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 28 janvier 2016 [consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/
31. **Talbot R.** Monter une équipe de soins primaires (ESP) : comment et pourquoi? [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2018 [consulté le 20 février 2021]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/monter-une-equipe-de-soins-primaires-esp-comment-et-pourquoi.html>
32. **Association des ESP CLAP Pays de la Loire.** Le dispositif ESP CLAP [Internet]. 2020 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.esp-clap.org/le-dispositif-esp-clap/>
33. **Association des ESP CLAP Pays de la Loire.** Évaluation interne du dispositif ESP CLAP [Internet]. 2020 [consulté le 10 octobre 2022] p. 4. Disponible sur: <https://www.esp-clap.org/esp-clap-pays-de-la-loire/>
34. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Décembre 2021 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477
35. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. APMSL.** La Maison de santé pluriprofessionnelle : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » [Internet]. 2018 [consulté le 6 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
36. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. APMSL.** La Maison de Santé Pluri-professionnelle [Internet]. 2018 [consulté le 11 octobre 2022] p. 5. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/blog/decouvrez-maisons-sante-pluriprofessionnelles/>
37. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. APMSL.** Exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire [Internet]. 2020 [consulté le 6 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/en-pays-de-la-loire/>
38. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Avril 2018 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896/
39. **France. Direction générale de l'offre de soins.** Guide relatif aux centres de santé [Internet]. Mars 2022 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/guide-relatif-aux-centres-de-sante>
40. **C3SI Pays de La Loire.** Les centres de santé [Internet]. 2021 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.c3si-pdl.org/les-centres-de-sante/>

41. **France. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Tableau des structures [Internet]. 2019 [consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
42. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Article L1434-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Mars 2022 [consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043893979/2022-03-31/>
43. **Assurance Maladie.** Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. Mars 2022 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/exercice-coordonne/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>
44. **Assurance Maladie.** Constitution d'une CPTS [Internet]. Mars 2022 [consulté le 22 février 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/constitution-dune-organisation-dexercice-coordonne/constitution-dune-cpts>
45. **France. Direction de l'information légale et administrative.** Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé [Internet]. 13 mai 2021 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2021/5/13/0111>
46. **ORS Pays de la Loire.** Notre organisation [Internet]. 2020 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/qui-sommes-nous/notre-organisation>
47. **ORS Pays de la Loire.** Profils Santé CPTS 2021 [Internet]. 2021 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/profils-sante-cpts-2021>
48. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** CPTS, une opportunité ! Coordonner l'exercice pluri professionnel et participer à la transformation de notre système de santé. [Internet]. 2018 [consulté le 11 octobre 2011]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/>
49. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** Réunir pour co-construire [Internet]. FCPTS. 2020 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/la-federation/presentation/>
50. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** Organigramme de la FCPTS [Internet]. FCPTS. 2020 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/la-federation/organisation/>

51. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** Missions [Internet]. 2020 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/missions/>
52. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** Statuts FCPTS [Internet]. 2020 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/la-federation/vie-de-la-fcpts/>
53. **Fédération Nationale Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS.** Flyer FCPTS [Internet]. 2021 [consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/flyer-fcpts/>
54. **Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. APMSL.** Nos missions d'accompagnement, d'information et de représentation des équipes de soins primaires [Internet]. 2018 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/nos-missions/>
55. **CPTS Pays de la Loire.** L'Inter URPS [Internet]. 2021 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/linter-urps/>
56. **CPTS Pays de la Loire.** Comment créer une CPTS ? [Internet]. 2021 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/comment-creer-une-cpts/>
57. **CPTS Pays de la Loire.** Liste des CPTS [Internet]. 2021 [consulté le 5 novembre 2022]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/liste-des-cpts/>
58. **CPTS Pays de la Loire.** Rôle du coordinateur [Internet]. 2021 [consulté le 4 octobre 2021]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/role-du-coordinateur/>
59. **Groupement de coopération sanitaire e-santé Pays de la Loire.** Découvrez les missions du GCS e-santé Pays de la Loire [Internet]. 2021 [consulté le 17 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/presentation/qui-sommes-nous-94-102.html>
60. **Groupement de coopération sanitaire e-santé Pays de la Loire.** Plaquette de présentation « Services numériques pour les professionnels de santé libéraux et en exercice coordonné » [Internet]. 2021 [consulté le 17 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/nos-services/coordination-92-98.html>
61. **CPTS Grand Saumurois.** Le territoire de la CPTS [Internet]. 2022 [consulté le 11 octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.cptsgrandsaumurois.fr/qui-sommes-nous/presentation/le-territoire/>
62. **CPTS d'Ancenis.** Accueil [Internet]. 2021 [consulté le 14 juillet 2022]. Disponible sur: <https://www.cpts-ancenis.fr/>

63. **CPTS du Haut Bocage.** Présentation [Internet]. 2022 [consulté le 4 octobre 2022]. Disponible sur: <https://cptsduhautbocage.fr/presentation/>

64. **CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu.** Présentation de la CPTS [Internet]. 2022 [consulté le 14 juillet 2022]. Disponible sur: <https://www.cpts-vallees-anjou-bleu.fr/cpts-des-vallees-de-lanjou-bleu/presentation-de-la-cpts/>

Table des matières

Sommaire	11
Liste des abréviations.....	13
Introduction	1
Partie 1 : L'exercice interprofessionnel	3
1. Différentes formes de coopérations interprofessionnelles.....	3
1.1. Réseaux de Santé	3
REMMEDIA 49, réseau d'accompagnement des maladies métaboliques et du diabète	5
1.2. Protocoles de coopération	7
1.2.1. Dispositif Asalée	8
1.2.2. Protocoles de coopération intégrant les pharmaciens et dispensation sous protocole	9
1.2.3. Réseau de correspondants : binôme médecin généraliste et pharmacien d'officine	12
1.3. Équipe de Soins Primaires.....	14
1.3.1. Dispositif ESP CLAP	15
1.3.2. Maison de Santé Pluriprofessionnelle	19
MSP Bois Linières (Maine et Loire - 49).....	20
1.3.3. Centre de Santé	22
2. Communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS).....	25
2.1. Définition	25
2.2. Création	26
2.2.1. Définir le territoire de la CPTS	26
2.2.2. Structuration juridique	26
2.2.3. Accompagnement et financement de création.....	27
2.2.4. Écriture du projet de santé.....	28
2.2.5. Dépôt du projet	29
2.2.6. Validation du projet de santé	29
2.2.7. ACI	30
a) Missions de l'ACI	31
b) Financements.....	33
2.2.8. Observatoire régional de santé Pays de la Loire et Profils Santé CPTS	36
Partie 2 : Acteurs de l'inter-professionnalité sur le territoire.....	37
1. Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	37
1.1. Présentation de la Fédération	37
1.2. Missions et statuts	37

2. APMSL.....	38
2.1. Présentation	38
2.2. MSP, acteurs de premier plan des CPTS	39
3. Inter URPS.....	40
3.1. Accompagnement proposé par l'Inter URPS	40
3.2. Bilan des CPTS en activité ou en cours de création	42
4. Coordinateur CPTS	42
Entretien avec Bérénice TREILLARD, coordinatrice de la CPTS du Haut Bocage	44
5. Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé des Pays de la Loire : le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé Pays de la Loire	47
6. Professionnels de Santé : témoignages.....	49
6.1. Entretien avec Monsieur CHAS, pharmacien titulaire à Saumur, co-président de la CPTS du grand Saumurois	49
6.2. Entretien avec Madame CAGIN, pharmacien titulaire à Saint-Mars-la-Jaille, vice-présidente de la CPTS d'Ancenis.....	55
6.3. Entretien avec Madame HARDY, pharmacien titulaire aux Herbiers, co-présidente de la CPTS du Haut Bocage.....	59
6.4. Entretien avec Madame BAUDRY, pharmacien titulaire à Redon, co-présidente de la CPTS du Pays de Redon	63
6.5. Entretien avec Monsieur MOREUL, Médecin généraliste à Bécon-les-Granits, co-président de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu	66
6.6. Bilan	73
Conclusion	75
Bibliographie	77
Table des matières.....	84
Table des figures.....	86
Table des tableaux.....	86
Table des Annexes	87
Annexes	88

Table des figures

Figure 1 : Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017	9
Figure 2 : Répartition des équipes ESP CLAP en fonction des départements.....	17
Figure 3 : Répartition des professionnels au sein des ESP CLAP	18
Figure 4 : Fréquence des actions au sein des ESP CLAP	18
Figure 5 : CPTS en activité et en cours de création - Mise à jour le 10 Octobre 2022	42
Figure 6 : Logotype CPTS du Grand Saumurois	49
Figure 7 : Territoire couvert par la CPTS du Grand Saumurois	49
Figure 8 : Infographie créée par la CPTS du Grand Saumurois pour l'évènement de prévention Mars Bleu	54
Figure 9 : Logotype CPTS d'Ancenis	55
Figure 10 : Territoire couvert par la CPTS d'Ancenis.....	55
Figure 11 : Logotype CPTS du Haut Bocage	59
Figure 12 : Territoire couvert par la CPTS du Haut Bocage	60
Figure 13 : Logotype CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu	66
Figure 14 : Territoire couvert par la CPTS les Vallées de l'Anjou Bleu.....	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Échantillon d'ateliers proposés par Remmedia	6
Tableau 2 : Déclarer une équipe dans le cadre d'un protocole de coopération	11
Tableau 3 : Actions principales rémunérées par le dispositif ESP CLAP	16
Tableau 4 : Autres actions rémunérées par la dispositif ESP CLAP	17
Tableau 5 : Comparaison des structures CDS et MSP	24
Tableau 6 : : Calendrier de mise en œuvre des missions	33
Tableau 7 : Financements des CPTS	35
Tableau 8 : Accompagnement Inter URPS - Phase 1.....	40
Tableau 9 : Accompagnement Inter URPS - Phase 2.....	41
Tableau 10 : Accompagnement Inter URPS - Phase 3.....	41
Tableau 11 : Profil de compétences recommandé pour le poste de coordinateur CPTS	43
Tableau 12 : Analyse SWOT n°1.....	54
Tableau 13 : Analyse SWOT n°2.....	59
Tableau 14 : Analyse SWOT n°3.....	62
Tableau 15 : Analyse SWOT n°4.....	66
Tableau 16 : Analyse SWOT n°5.....	72

Table des Annexes

Annexe 1 : Flyer partagé par REMMEDIA	88
Annexe 2 : Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle»	89
Annexe 3 : Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »	100
Annexe 4 : Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri- professionnelle»	111
Annexe 5 : Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle».....	119
Annexe 6 : Support d'analyse d'évènement indésirable	129
Annexe 7 : Support de suivi des actions correctives	133
Annexe 8 : Compte rendu comité de retour d'expérience	136
Annexe 9 : Enquête de satisfaction d'un protocole	140
Annexe 10 : Document unique de déclaration d'équipe pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération national autorisé	143
Annexe 11 : Modèles types de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration en ligne pour mettre en œuvre un protocole national ou local.....	145
Annexe 12 : Cerfa déclaration de choix du pharmacien correspondant.....	147
Annexe 13 : Protocole isolement des seniors - MSP Bois Linières	149
Annexe 14 : Trame d'un projet de santé d'une CPTS	152
Annexe 15 : Présentation FCPTS	158

Annexes

Annexe 1 : Flyer partagé par REMMEDIA



Annexe 2 : Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » (26)(p.104-114)

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

NOR : SSAH2006770A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants et D. 4011-2 et suivants ;
Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 mars 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

K. JULIENNE

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice
de la sécurité sociale,*

M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE »



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65ans. Protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d'officine et infirmiers diplômés d'état dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.	
Profession du délégant	Médecin généraliste	
Profession du délégué	Infirmier diplômé d'état Pharmacien d'officine	
Objectifs	Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante (avec diminution du risque de complications du fait de cette prise en charge précoce), dans un contexte de démographie médicale déficitaire. Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soins ambulatoires (PDSA)), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé Permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et aux infirmiers de prendre rapidement en charge cette pathologie. Améliorer la sécurité de la prise en charge <ul style="list-style-type: none"> - En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé ayant accès au dossier médical de la patiente. - En utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés - En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce au système d'information partagé Optimisation de la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents	
Actes dérogatoires	Examen clinique, percussion des fosses lombaires. Réalisation et interprétation d'une bandelette urinaire par le PO ou l'IDE Etablissement d'un diagnostic. Choix de l'antibiotique par l'IDE ou le PO Prescription par l'IDE ou le PO de l'antibiotique via une ordonnance type. Prescription d'un ECBU en cas d'allergie à la fosfomycine et au pivmecillinam.	
Lieu de mise en œuvre	La consultation aura lieu au cabinet infirmier ou dans la pharmacie un espace de confidentialité avec un accès	



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	à des toilettes est obligatoire. Les délégués et délégués font partie d'une même équipe pluridisciplinaire, même maison de santé ou du même centre de santé. Ils partagent un logiciel commun labellisé « dossier patient informatisé » par l'ASIP et possèdent chacun une licence nominative.
Références utilisées	SPILF. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. Actualisation 2017 ECNPilly 2020 UE 6 N°157 Infections urinaires de l'adulte HAS. Fiche mémo HAS : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Novembre 2016. Société Française de Médecine Générale. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Revue Prescrire. Pyélonéphrite aiguë simple chez l'adulte. L'essentiel sur les soins de premier choix. Actualisation de février 2018. Revue Prescrire. Cystite aiguë simple chez une femme. L'essentiel sur les soins de premier choix. Actualisation de mai 2017.
Type de patients concernés	Les bénéficiaires du protocole sont les femmes entre 16 et 65 ans présentant des signes fonctionnels urinaires (une pollakiurie et/ou une brûlure mictionnelle, et/ou une dysurie, et/ou une impériosité mictionnelle) d'apparition récente, dont un des délégués est médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier au délégué. Les hommes sont exclus de ce protocole du fait de la sévérité potentielle des infections urinaires masculine. Les femmes âgées de plus de 75 ans, et par excès âgées de plus de 65 ans (pour ne pas avoir à rechercher les critères de fragilité), car ce sont des critères de risque de complication. Critères d'exclusion lors de l'interrogatoire et de l'examen du dossier médical



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse avérée ou non exclue - Signes digestifs : nausée, vomissement, diarrhée, douleur abdominale diffuse - Signes gynécologiques : leucorrhée, prurit vulvaire ou vaginal - Antécédent de trois cystites sur les 12 derniers mois - Antécédent de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours - Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie - Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent - immunodépression grave : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie...) - insuffisance rénale chronique sévère (clairance <30ml/min, ou grade 4 et 5) <p>Critères d'exclusion lors de l'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fièvre (température > 38°C) ou hypothermie (< 36°C) - douleur à la percussion d'une fosse lombaire <p>Critères d'exclusion durant la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient ou représentant légal refusant le protocole - Doute du délégué (guts feeling)
Information des patients	Le délégué informe oralement la patiente et recueille son consentement avant de débiter la prise en charge. Lors de la consultation, il explique le déroulé à la patiente et lui redemande son consentement. Si la patiente refuse la prise en charge dérogatoire ou le partage de dossier elle est orientée vers son médecin traitant. Une annotation requérable sera réalisée dans son dossier afin de faciliter son parcours ultérieurement.
Formation des professionnels délégués	L'autorisation d'installation par les pouvoirs publics en tant que pharmacien d'officine et le diplôme d'état d'infirmier induisent les prérequis nécessaires à l'application du protocole. Une démarche de formation visant à l'appropriation des savoirs et à l'application de recommandations sera effectuée avant la mise en place de ce protocole de coopération.
- Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?	La formation durera 4h et regroupera l'ensemble des médecins délégués (il y aura parmi eux au moins un



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

<p>- Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?</p> <p>- Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ?</p> <p>- Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée... et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ?)</p> <p>- Qui valide la formation et comment ?</p> <p>- Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ?</p> <p>- Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ?</p>	<p>maitre de stage des universités) et IDE et PO délégués afin de s'assurer d'une harmonisation des pratiques. Elle s'appuiera sur les contenus (TEM 157-4 Cystite aigue, infection urinaire de l'adulte campus d'urologie collège français des urologues de l'Unf3s (Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport).</p> <p>1ère partie : Clinique Compétence à acquérir : capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquelles la réponse DOIT être médicale et ne peut être délégués. Objectifs pédagogiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué en collaboration avec le médecin délégué saura repérer une cystite simple, et aura établi une liste des critères justifiant le renvoi de la patiente vers le médecin. Cette liste sera exhaustive et validée par la littérature. - A la fin de la séquence, les médecins, IDE et PO auront intégré la liste dans un formulaire informatique intégré au dossier de la patiente. <p>Programme : Critères diagnostics de la cystite simple et tous les diagnostics différentiels à éliminer, dont les signes de gravité. Collecte de ceux-ci. Rappel de la terminologie. Rappel des conditions d'utilisation de la bandelette urinaire et des critères de positivité. Apprentissage de la percussion lombaire, geste diagnostique, et des critères d'interprétation de ce signe.</p> <p>Utilisation du système d'information pour créer un formulaire coopération cystite.</p> <p>2^e partie : thérapeutique Compétence à acquérir : capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie. Objectif pédagogique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué sera capables de choisir quelle molécule prescrire en fonction des recommandations. - A la fin de la séquence l'IDE sera capable d'identifier dans une ordonnance le(s) traitement(s) immunosuppresseur(s)
---	--



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<p>Programme : Présentation des recommandations de la SPILF sur les infections urinaires de la femme. Présentation des molécules et de leurs effets secondaires. Repérer une allergie ou une contre-indication du traitement. Elaboration d'une prescription type et introduction de celle-ci dans le formulaire coopération cystite. Recommandation arrêt de travail 1 jour maximum. Analyse de prescriptions.</p> <p>Évaluation des savoirs : Validation par les médecins après réussite de 4 cas pratiques/jeux de rôle pour lesquels les IDE ou PO auront éliminé ou identifié les critères d'exclusion et prescrit, le cas échéant la bonne molécule. Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques. Cette 2^e partie de la formation sera reconduite en cas de changement de recommandation d'antibiothérapie. Les médecins sont en charge de la veille documentaire.</p>
<p>Intervention du délégué</p> <p>-</p>	<p>Le délégué est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué. L'intervention du délégué dans els 24h sera nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de douleur persistante ou qui s'aggrave - Si la BU est négative - Si hématurie persistante après traitement - Si allergie à la fosfomycine et pivmecillinam et après réalisation d'un ECBU <p>L'arbre décisionnel est converti en formulaire dans le logiciel et intégré au dossier du patient. Un groupe d'analyse de pratiques se réunit tous les trimestres reprenant les grilles RMM. Si la patiente présente un critère d'exclusion le délégué contacte le délégué qui recevra (ou adressera) la patiente pour une consultation dans les 24h maximum. Il en va de même si, suite à la consultation par le délégué, la patiente présente un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion. Si le délégué est absent ponctuellement (<2 mois), il désigne nommément un de ses confrères au délégué.</p>



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<p>Ce confrère sera joignable et susceptible de recevoir la patiente sous les mêmes conditions que dans le cadre du protocole.</p> <p>En cas d'absence du délégant et sans possibilité d'avoir un délégant remplaçant, le protocole sera suspendu. Si le délégué est absent, le délégant reçoit les patients.</p>
Système d'information Quelles sont les	<p>Délégant et délégué partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations de la patiente (antécédents, traitement, allergies...).</p> <p>L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont encodés dans le logiciel.</p> <p>Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent. Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent.</p>
Suivi du protocole Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes - Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?	<p>Les indicateurs d'activité et qualité (voir annexe tableau des indicateurs) seront requêtés tous les trimestres par le responsable des requêtes informatique de la maison ou du centre de santé. Ils seront analysés en groupe d'analyse de pratiques (ensemble des délégants et délégués)</p> <p>Indicateurs d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de consultations pour cystite simple en hausse chez les PO ou l'IDE, et en baisse chez les médecins (hors critères d'exclusion). ○ Nombre de patientes incluses dans le protocole de coopération en hausse (identification par le PO ou l'IDE puis requête). <p>Indicateurs de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de reprise par le médecin délégant/nombre de patientes incluses. ○ Nombre de consultations après l'inclusion au protocole. ○ Nombre de réunions d'analyse de pratique minimum 1 par trimestre. <p>Indicateurs de satisfaction des patientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de refus/nombre de patientes incluses. ○ Enquête de satisfaction après la prise en charge à 3 mois après la mise en place du protocole et puis à 18 mois et 33 mois. <p>L'arrêt du protocole serait envisagé en réunion d'analyse des pratiques si le nombre d'appels au médecin délégant par patients inclus devenait >50% il en va de même si l'enquête de satisfaction révélait un</p>



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<p>mécontentement ou un sentiment d'insécurité chez 30% des patients</p> <p>Le protocole est suspendu pour les patients d'un délégant qui est absent sur une durée > à 2 mois (sauf s'il est remplacé par un médecin délégant).</p>
Retour d'expérience Les événements indésirables - Quels sont les événements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ? - Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des événements indésirables ? - Comment cette analyse est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? La qualité des soins - Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ? - Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?	<p>Le formulaire retraçant l'ensemble de la prise en charge par le délégué est accessible au délégant dans le dossier informatisé de la patiente permettant au délégant de vérifier la qualité de la prise en charge</p> <p>Tout événement indésirable doit être déclaré : refus du patient, mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mauvaise lecture de la bandelette urinaire, erreur dans la prescription (CI, allergie...), complication : urinaire (pyélonéphrite) ou infectieuse (sepsis...), demande de prescription autres, échec du traitement</p> <p>Il est recueilli via une fiche (issue de l'étude PRISM). La rédaction d'une fiche d'événement indésirable provoque la tenue d'une séance d'analyse de la pratique si les médecins délégants le jugent nécessaire.</p> <p>Lors des séances d'analyse de pratique l'équipe utilisera le « support de suivi des actions correctives » et le « compte rendu de comité de retour d'expérience » (issus de l'étude PRISM).</p> <p>En dehors de ce cas le groupe d'analyse de pratique rassemblant délégants et délégués de la structure échange à partir des grilles RMM et/ou à partir de situations tirées au hasard et autour de la satisfaction des délégants et délégués.</p>
Traçabilité et archivage - Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures...) - Comment sont-ils archivés ?	<p>Les arbres décisionnels sont intégrés au logiciel, les comptes rendu de consultation et les ordonnances sont intégrés au dossier patient.</p>
Processus de prise en charge Complétez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » du modèle type de protocole de coopération.	<p>Voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau « description du processus de prise en charge de la patiente » - Diagramme décisionnel - Formulaire synthétique rempli dans le logiciel informatique partagé. - questionnaire de satisfaction de la patiente. <p>Documents joints à titre d'exemple :</p>



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	- Fiches Evènement indésirable PRISM - Grille RMM
--	--

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE »

1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
IDE ou PO Accueil de la patiente et explication du protocole de coopération et de ses objectifs. Recueil du consentement de la patiente. Interrogation de la patiente en vue de rechercher les critères d'exclusion.	Refus de la patiente. Mésinterprétation d'un critère.	Risque inhérent à l'accord de la patiente. Risque inhérent au manque de formation ou de données dans le dossier patient.	Si refus orientation vers le médecin. Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à la recherche des critères à l'interrogatoire et cliniques excluant la patiente du protocole. L'ensemble des informations concernant la patiente sont intégrées dans le



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Examen ciblé de la patiente en vue de rechercher les critères d'exclusion : Prise de température, percussion lombaire, bandelette urinaire.	Mésinterprétation d'un signe clinique ou de la lecture de la bandelette urinaire.	Risque inhérent au manque de formation	dossier informatisé partagé.
Prescription d'antibiotique.	Erreur dans la prescription (contre-indication).	Risque inhérent au manque de formation et/ou à la méconnaissance des molécules et/ou au manque de données dans le dossier patient. Risque inhérent au changement de recommandations.	Prescriptions types et arborescences de choix présentées dans le cadre d'une formation des IDE/PO par les médecins. Relecture de la prescription de l'IDE par le pharmacien de la maison de santé ayant lui aussi un accès au dossier médical de la patiente. Réévaluation régulière des recommandations. Formation en cas de changement de recommandations.

GENE ET DOULEUR MICTIONNELLE DE LA FEMME – Formulaire synthétique de saisie et de prescription inclus au dossier de la patiente.

DONNES DE L'ANAMNESE:

Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation :

Pollakiurie
Dysurie
Brûlures mictionnelles
Impériosité mictionnelle

Critères d'exclusion :

Homme
Âge < 16 ans Âge > 65 ans
3 épisodes de cystite dans les 12 derniers mois
Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
Un épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours
Fièvre (T° > 38°C) ou hypothermie (T° < 36°C)
Douleur d'une fosse lombaire
Signes d'appel gynécologique (leucorrhée / prurit vulvaire ou vaginal)
Vomissements / diarrhées/ douleurs abdominales
Grossesse avérée ou non exclue
Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu vésical, lithiase, tumeur, acte urologique récent)
Immuno-dépression (VIH, chimiothérapie, CSO long cours, traitement immuno-suppresseur)
Insuffisance rénale chronique sévère <30 ml/mn de DFG en CKD-Epi
Doute du délégué (Guts feeling)

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG :

oui / non

DONNEES CLINIQUES:

Contrôle de la température :

Mesure

Percussion lombaire :

Indolore
Douleur à droite
Douleur à gauche
Douleur bilatérale

Bandelette urinaire :

Leucocyturie = Négatif / + /++ / +++

Nitrites = Négatif / +

Hématurie = Négatif /Trace / + /++ / +++

Au terme de l'examen,
réorientation vers le MG :

oui / non

DEMARCHE THERAPEUTIQUE :

Traitement symptomatique associé et en cas de cystalgie à BU négative:

- ✓ Hydratation abondante et mictions fréquentes
- ✓ PARACETAMOL

A. ALLERGIE FOSFOMYCINE : NON

Traitement antibiotique en cas de cystalgie avec BU positive :

FOSFOMYCINE TROMETAMOL PO : 3g en 1 prise unique

B. ALLERGIE FOSFOMYCINE : OUI

Traitement antibiotique en cas de cystalgie avec BU positive :

PIVMECILLINAM PO : 400mg 2 fois /jour pendant 5 jours

C. ALLERGIE FOSFOMYCINE/BETA-LACTAMINES ou CI : OUI

Par Laboratoire d'analyses médicales : ECBU

Orientation vers le MG avec les résultats

Divers conseils et démarches :

- ✓ Consulter le MG en cas de persistance des symptômes à 48h heures ou en cas de fièvre et/ou de douleur lombaire dans les 24h.
- ✓ Fiche conseils (voir annexe).

Annexe : Fiche conseils (AMELI)

Prévenir l'infection urinaire et les récidives de cystite

Pour éviter la survenue d'une infection urinaire et surtout si vous avez des cystites à répétition, il est important d'adopter quelques bons gestes. Si des anomalies de l'appareil urinaire sont diagnostiquées, leur correction est également nécessaire.

QUE FAIRE POUR ÉVITER LES INFECTIONS URINAIRES ET PRÉVENIR LES RÉCIDIVES DE CYSTITE ?

Voici quelques conseils pratiques pour éviter les **infections urinaires et leurs récidives** :

- buvez beaucoup d'eau et de liquides non alcoolisés (volume au moins égal à 1,5 litre par jour) car le flux urinaire diminue la charge bactérienne de la vessie ;
- urinez dès que vous en ressentez le besoin : ne vous retenez pas ;
- lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries dans la vessie et donc à la cystite ;
- ne prenez pas de douches vaginales ;
- n'utilisez pas de produits d'hygiène intime parfumés ;
- n'utilisez pas de bains moussants ;
- essuyez-vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes ;
- si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage des spermicides ;
- lutez contre la [constipation](#) ;
- portez des sous-vêtements en coton ;
- évitez les pantalons moulants ;

Gène fonctionnelle urinaire Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : femme présentant des signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses), dont un des délégants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Interrogatoire et examen du dossier :

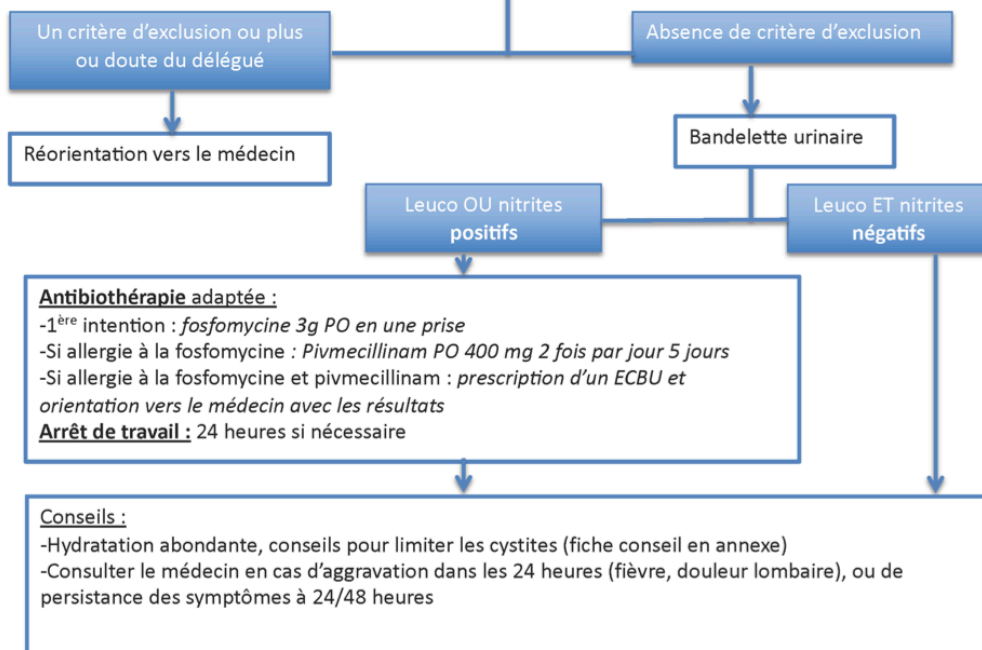
- Homme
- Age < 16 ans ou > 65 ans
- Grossesse avérée ou non exclue
- Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
- Cystites à répétition (3 dans les 12 derniers mois) ou épisode récent non complètement résolu (< 15 jours)
- Température > 38° C ou < 36° C
- Douleur d'une fosse lombaire
- Vomissements, diarrhées, douleurs abdominales diffuses
- Leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal
- Immunodépression grave (VIH, corticoïdes oraux au long cours, immunosuppresseur)
- Insuffisance rénale chronique avec clairance < 30 mL/min
- Anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent)

Examen clinique :

- Température > 38° C ou < 36° C
- Douleur à la percussion d'une fosse lombaire

Lors de la prise en charge :

- Refus du patient ou représentant légal
- Doute du délégué (guts feeling)



Annexe: fiche conseil pour éviter les infections urinaires et leurs récides

Voici quelques conseils pratiques pour éviter les **infections urinaires et leurs récides** :

- Buvez beaucoup d'eau et de liquides non alcoolisés (volume au moins égal à 1,5 litre par jour) car le flux urinaire diminue la charge bactérienne de la vessie ;
- Urinez dès que vous en ressentez le besoin : ne vous retenez pas ;
- Lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries dans la vessie et donc à la cystite ;
- Ne prenez pas de douches vaginales ;
- N'utilisez pas de produits d'hygiène intime parfumés ;
- N'utilisez pas de bains moussants ;
- Essuyez-vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes ;
- Si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage des spermicides ;
- Lutte contre la constipation ;
- Portez des sous-vêtements en coton ;
- Evitez les pantalons moulants ;

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

NOR : SSAH2006768A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants et D. 4011-2 et suivants ;
Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 susvisée, le protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 mars 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

K. JULIENNE

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice
de la sécurité sociale,*

M. LIGNOT-LELOUP

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

1

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans Protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d'officine et/ou infirmiers diplômés d'état dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.	
Profession du délégant	Médecin généraliste	
Profession du délégué	Infirmier diplômé d'état Pharmacien d'officine	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante (avec diminution du risque de complications du fait de cette prise en charge précoce), dans un contexte de démographie médicale déficitaire. - Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soin ambulatoire (PDSA)), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé - Permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et aux infirmiers de prendre rapidement en charge cette pathologie. - Améliorer la sécurité de la prise en charge <ul style="list-style-type: none"> o En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé ayant accès au dossier médical du patient o En utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés o En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce au système d'information partagé - Optimisation de la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents 	
Actes dérogatoires Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ? Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...?	<ul style="list-style-type: none"> - Elimination des critères d'exclusion. - Inspection : vérification des amygdales. - Prise de paramètres (FC, FR, TA) (non dérogatoire) - Poser l'indication de la réalisation d'un score de Mac Isaac et exécution de celui-ci. - Indication, exécution et interprétation d'un TROD angine (non dérogatoire pour le PO). 	

2

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

<p>Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?</p>	<p>La décision de la conduite à tenir en fonction du Mac Isaac et du TDR Diagnostic d'angine après élimination des diagnostics différentiels. Élimination des critères de gravité La prescription du traitement : antalgiques de palier I, antibiotiques adaptés le cas échéant, La prescription d'un arrêt de travail initial si nécessaire.</p>
Lieu de mise en œuvre	<p>La consultation aura lieu au cabinet infirmier ou dans la pharmacie. En cas de consultation à la pharmacie, un espace de confidentialité est obligatoire. Les délégués et déléguées font partie d'une même équipe pluridisciplinaire, même maison de santé ou du même centre de santé. Ils partagent un logiciel commun labellisé « dossier patient informatisé » par l'ASIP et possèdent chacun une licence nominative.</p>
Références utilisées	<p>SPIIL, SFP, GPIP, Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Novembre 2011. ECNPilly UE N°146 Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant. Édition 2020 Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques http://www.ordre.pharmacien.fr/les-pharmaciens/le-metier-du-pharmacien/les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/les-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-TROD-et-d-evaluation-autorisees-a-l-officine ; Support pédagogique collèges des ORL enseignants UVMF (pour la formation des délégués) Unf3s ITEM 146 campus d'ORL collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale.</p>
Type de patients concernés Quelles sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie,	<p>Les bénéficiaires du protocole sont des patients entre 6 et 45 ans dont un des délégués est médecin traitant, qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier au délégué et ne présentant pas de critère d'exclusion (annexe 1 formulaire synthétique de saisie) :</p>

3

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

<p>nombre...)</p> <p>Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?</p>	<p>Critères d'exclusion lors de l'interrogatoire et de l'examen du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée d'évolution des symptômes au-delà de 8 jours - Retour de voyage et fièvre dans les 2 à 5 jours + vaccination DTP de plus de 20 ans ou non renseignée. - Toux - Éruption - Fièvre >39,5°C - Chez l'enfant trouble digestif important (vomissements/diarrhée) - Grossesse avérée ou non exclue - Immunodépression : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie, immunosuppresseurs, chimiothérapie...) - Insuffisance rénale chronique DFG < 30 mL/min selon CKD-EPI connue - Patient est vu pour la 2^{ème} fois par un délégué dans le cadre de ce protocole dans les 6 mois suivants le premier épisode. - Antibiothérapie en cours pour un autre motif - Épisode similaire dans les 15 jours précédents <p>Critères d'exclusion lors de l'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cervicalgie concomitante, torticolis limitant les mouvements du cou et de la tête. - Difficulté à parler ou respirer - Fièvre >39,5°C - Altération de l'état général. - Constantes altérées : tachycardie >110/mn, FR >20/mn, TA < 90/60 mmHg - Éruption cutanée - Trismus (limitation de l'ouverture buccale) - Hypersialorrhée <p>A l'examen des amygdales : angine ulcéro-nécrotique, herpangine, angine pseudo-membraneuse, déviation médiale de l'amygdale, oedème ou voussure du voile, luette déviée du côté sain.</p> <p>Critères d'exclusion durant la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient ou représentant légal refusant le protocole - Doute du délégué (guts feeling)
---	--

4

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Information des patients Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge ? Comment est donnée l'information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)	Le délégué informe oralement le patient ou son parent le cas échéant et recueille son consentement avant de débiter la prise en charge. Lors de la consultation, il explique le déroulé redemande le consentement. Si le patient ou le parent de celui-ci refuse la prise en charge dérogatoire et/ou le partage de son dossier médical il est orienté vers son médecin traitant. Une annotation requérable sera réalisée dans son dossier afin de faciliter son parcours ultérieurement.
Formation des professionnels délégués	L'autorisation d'installation par les pouvoirs publics en tant que pharmacien d'officine et le diplôme d'état infirmier induisent les prérequis nécessaires à l'application du protocole. Une démarche de formation visant à l'appropriation des savoirs et à l'application de recommandations sera effectuée avant la mise en place de ce protocole de coopération. La Formation durera 10h et sera délivrée par l'ensemble des médecins délégués (il y aura parmi eux au moins un maître de stage des universités) aux IDE et PO délégués afin de s'assurer d'une harmonisation des pratiques. Le contenu de formation est issu de l'Unf3s. ITEM 146 campus d'ORL collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. <u>1ère partie (3h) : Déroulé du protocole et clinique.</u> Compétence à acquérir : capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquelles la réponse DOIT être médicale et ne peut être déléguée. Objectifs pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué en collaboration avec le médecin délégué aura établi une liste des critères justifiant le renvoi du patient vers le médecin. Cette liste sera exhaustive et validée par la littérature. - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué en collaboration avec le médecin délégué sera capable d'effectuer l'examen permettant de définir le score de Mac Isaac. - A la fin de la séquence, les médecins, IDE et PO auront intégré la liste et l'évaluation du score de Mac Isaac dans un formulaire informatique intégré au dossier du patient. - A la fin de la séquence l'IDE sera capable d'identifier dans une ordonnance le(s) traitement(s)

5

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	immunosuppresseur(s) Programme : <ul style="list-style-type: none"> - Définition de l'angine et des diagnostics différentiels à éliminer, dont les signes de gravité, identification par des photos de ceux-ci. - Point d'attention sur les pièges diagnostiques, leur gravité et les dangers qu'ils représentent pour les patients. - Rappel de la terminologie - Présentation de l'arbre décisionnel. Formation au score de Mac Isaac : <ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'adénopathies cervicales antérieures douloureuses - Recherche d'un exsudat amygdalien. Visuel d'une angine (et des différents types notamment angine pseudo-membraneuse, herpangine, phlegmon de l'amygdale et angine ulcéro-nécrotique). Utilisation du système d'information pour créer un formulaire coopération angine requérable. <u>2^e partie : TROD angine et thérapeutique.</u> Compétence à acquérir : capacité à effectuer un TROD angine et capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie. Objectif pédagogique : <ul style="list-style-type: none"> - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué sera capable d'effectuer un Test Rapide d'Orientement Diagnostique de l'angine - A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué sera capable de choisir quelle molécule prescrire en fonction des recommandations. Programme : <ul style="list-style-type: none"> - Démonstration de l'utilisation du TROD angine et essai par les délégués. - Présentation des recommandations de la SPILF sur le mal de gorge.
--	---

6

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des molécules et de leurs effets secondaires. Repérer une allergie ou une contre-indication du traitement. - Présentation du danger de l'automédication par aspirine ou AINS. - Elaboration de deux prescriptions types (antibiothérapie et/ou traitement symptomatique) et introduction de celle-ci dans le formulaire coopération mal de gorge. - Présentation des recommandations arrêt de travail (3 jours maximum). <p><u>Évaluation des savoirs :</u> Validation par les médecins après réussite de 10 cas pratiques/jeux de rôle pour lesquels les IDE ou PO auront éliminé ou identifié les critères d'exclusion, défini le score de Mac Isaac et l'utilité ou non d'un TROD angine et prescrit, le cas échéant la bonne molécule. Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques. (Annexes 2,3 et 4) Cette 2^e partie de la formation sera reconduite en cas de changement de recommandation d'antibiothérapie. Les médecins sont en charge de la veille documentaire.</p>
Intervention du délégué	<p>Le délégué est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué. L'arbre décisionnel est converti en formulaire dans le logiciel et intégré au dossier du patient. Un groupe d'analyse de pratiques se réunit tous les trimestres reprenant les grilles RMM. (annexes 2, 3, 4) Si le patient présente un critère d'exclusion le délégué contacte le délégué qui recevra (ou adressera) le patient pour une consultation dans les 24h maximum. Il en va de même si, suite à la consultation par le délégué, le patient présente un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion. Si le délégué est absent ponctuellement (<2 mois), il désigne nommément un de ses confrères au délégué. Ce confrère sera joignable et susceptible de recevoir le patient sous les mêmes conditions que dans le cadre du protocole. En cas d'absence du délégué et sans possibilité d'avoir un délégué remplaçant, le protocole sera suspendu. Si le délégué est absent, le délégué reçoit les patients.</p>
Système d'information	Délégué et délégué partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitement, allergies,...).

7

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<p>L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont encodés dans le logiciel. Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent.</p>
Suivi du protocole	<p>Les indicateurs d'activité et qualité (annexe 5 : tableau des indicateurs) seront requêtés tous les trimestres par le responsable des requêtes informatiques de la maison ou du centre de santé. Ils seront analysés en groupe d'analyse de pratique (ensemble des délégués et délégués).</p> <p>Indicateurs d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nombre de consultations pour mal de gorge en hausse chez les PO ou l'IDE, et en baisse chez les médecins (hors critères d'exclusion). o Nombre de patients inclus dans le protocole de coopération en hausse (identification par le PO ou l'IDE puis requête). <p>Indicateurs de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nombre de reprise par le médecin délégué/nombre de patients inclus. o Nombre de re-consultations après l'inclusion au protocole. o Nombre de réunions d'analyse de pratique minimum 1 par trimestre. <p>Indicateurs de satisfaction des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nombre de refus/nombre de patients inclus. o Enquête de satisfaction après la prise en charge à 3 mois après la mise en place du protocole et puis à 18 mois et 36 mois. <p>L'arrêt du protocole serait envisagé en réunion d'analyse des pratiques si le nombre d'appels au médecin délégué par patients inclus devenait >50% il en va de même si l'enquête de satisfaction révélait un mécontentement ou un sentiment d'insécurité chez 30% des patients. Le protocole est suspendu pour les patients d'un délégué qui est absent sur une durée > à 2 mois (sauf s'il est remplacé par un médecin délégué).</p>
Retour d'expérience	<p>Le formulaire retraçant l'ensemble de la prise en charge par le délégué est accessible au délégué dans le dossier informatisé du patient permettant au délégué de vérifier la qualité de la prise en charge</p>

8

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des événements indésirables ? - Comment cette analyse est-elle réalisée ? - Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ? <p>La qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ? - Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)? 	<p>Tout événement indésirable doit être déclaré</p> <p>Il est recueilli via une fiche (Annexes 2, 3 et 4 ex : fiche issue de l'étude PRISM). La rédaction d'une fiche d'événement indésirable provoque la tenue d'une séance d'analyse de la pratique si les médecins délégués le jugent nécessaire.</p> <p>Lors des séances d'analyse de pratique l'équipe utilisera le « support de suivi des actions correctives » et le « compte rendu de comité de retour d'expérience » (ex : supports de l'étude PRISM, Annexe 2). En dehors de ce cas le groupe d'analyse de pratique rassemblant délégués et délégués de la structure échange à partir des grilles RMM (Annexe 4) et/ou à partir de situations tirées au hasard et autour de la satisfaction des délégués et délégués.</p> <p>Les arbres décisionnels sont intégrés au logiciel, les comptes rendu de consultation, les ordonnances et certificats éventuels sont intégrés au dossier patient. (Annexe 6 : diagramme de prise en charge)</p>
Traçabilité et archivage	
Processus de prise en charge	<p>Voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulaire synthétique rempli dans le logiciel informatique partagé (Annexe 1). - questionnaire de satisfaction du patient, du délégué et du délégué (Annexes 7, 8 et 9). - Tableau « description du processus de prise en charge du patient ci dessous - Diagramme décisionnel (Annexe 6) <p>Documents joints à titre d'exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiches Evénement indésirable PRISM, (Annexes 2 et 3) - Grille RMM (Annexe 4)

9

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
IDE ou PO Recueil du consentement du patient. Explication du protocole de coopération et de ses objectifs.	Refus du patient.	Risque inhérent à l'accord du patient	Si refus orientation vers le médecin qui recevra le patient dans les 24h
Interrogation du patient en vue de rechercher les critères d'exclusion.	Mésinterprétation d'un critère.	Risque inhérent au manque de formation ou de données dans le dossier patient	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à la recherche des critères à l'interrogatoire et cliniques excluant le patient du protocole. L'ensemble des informations concernant le patient sont intégrées dans le dossier informatisé partagé. Si présence d'un critère d'exclusion, contact pris avec le médecin qui recevra le patient dans les 24h maximum.
Examen clinique du patient : Prise de la température Auscultation des amygdales. Validation des critères de Mac Isaac	Mésinterprétation d'un signe clinique. Angine non virale non streptococcique (bactérie autre notamment germes anaérobies, diphtérie, et les angines des hémopathies). Complication locale, principalement un phlegmon péri-amygdalien.	Risque inhérent au manque de formation	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à l'identification des formes graves de l'angine et des diagnostics différentiels lors de l'examen des amygdales. Formulaire clair intégré au logiciel informatique Si présence d'un critère d'exclusion, contact pris avec le médecin qui recevra le patient dans les 24h maximum.
Réalisation du TROD angine si critères remplis	Mauvaise lecture du test par le délégué	Risque inhérent au manque de formation.	Réévaluation régulière

10

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Prescription d'antibiotique si TROD angine positif	Erreur dans la prescription (contre-indication, allergie,...).	Risque inhérent au manque de formation et/ou à la méconnaissance des molécules et/ou au manque de données dans le dossier patient. Risque inhérent au changement des recommandations	Prescriptions types et présentées dans le cadre d'une formation des IDE/PO par les médecins. Partage du dossier patient contenant les allergies de celui-ci. Relecture de la prescription de l'IDE par le pharmacien de la maison de santé ayant lui aussi un accès au dossier médical du patient. Remise à jour de l'ordonnance type par le médecin.
Prescription d'un traitement symptomatique : - Paracétamol Conseils	Erreur dans la prescription Demande du patient pour des médicaments autres.	Risque inhérent à la prescription et au manque de formation Risque inhérent au patient	Prescription type. Réévaluation régulière des recommandations. Accès au dossier patient.
Arrêt de travail de 1 jour éventuel.	Sur/sousprescription d'arrêts de travail	Risque inhérent au manque de pratique	Les critères AMELI apparaissent dans le formulaire de prise en charge.

Nota Bene : Le Document d'aide à la Gestion des risques dans les protocoles de coopération » permet une aide au remplissage du tableau et comporte des exemples.

ODYNOPHAGIE - Formulaire synthétique de saisie et de prescription inclus au dossier patient

DONNES DE L'ANAMNESE :

Consentement du patient/de son parent : **OUI**

Motif de consultation :

Mal de gorge augmenté par la déglutition

Critères d'exclusion :

Âge < 6 ans Âge > 45 ans

Retour de voyage, fièvre dans les 2 à 5 jours statut vaccinal non précisé ou vaccination à réaliser.

Durée d'évolution des symptômes au-delà de 8 jours

Toux

Éruption cutanée

Fièvre > 39,5°C

Tachycardie > 110/mm

FR < 20/mm

TA < 90/60 mmHg

Vomissements / diarrhées chez l'enfant

Grossesse avérée ou non exclue

Immuno-dépression grave (VIH, chimiothérapie, CSO au long cours, traitement immuno-suppresseur)

Insuffisance rénale (clairance < 30 mL/min selon CKD

EPI) connue

Patient vu pour la 2^{ème} fois par un délégué dans le cadre de ce protocole dans les 6 mois suivant le premier épisode

Antibiothérapie en cours pour un autre motif

Doute du délégué :

oui **non**

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG :

oui **non**

DONNEES CLINIQUES :

Signes cliniques d'exclusion 1 :

Angine ulcéro-nécrotique

Herpangine

Angine pseudo-membraneuse

Altération de l'état général, fièvre > 39,5, Trismus

(limitation de l'ouverture buccale),

Hypersialorrhée

Signes évocateurs de phlegmon de l'amygdale ou de complication locorégionale et d'exclusion 2 :

A l'examen endobuccal :

Déviations médiales de l'amygdale, Cédème ou voussure du

voile, Luvette déviée du côté sain

Difficulté à parler/respirer

Cervicalgie concomitante (torticolis)

Prise des paramètres :

Tachycardie > 110/min

Fréquence respiratoire > 20/min

Tension Artérielle < 90/60 mm Hg

Doute du délégué :

oui **non**

Au terme de l'examen clinique réorientation MG :

oui **non**

SCORE DE Mc ISAAC

Age : 15 à 44 ans = 0 , >45 ans = -1

Température : > 38°C = 1 / < 38°C = 0

Toux : Non = 1 / Oui = exclusion

Adénopathie cervicale sensible : Oui=1 / Non=0

Atteinte amygdalienne: Oui =1 / Non=0

RESULTATS

< 2 : angine streptococcique peu probable, pas de test de dépistage rapide nécessaire, pas d'indication d'antibiothérapie

= ou >2 : faire un TDR

Conduite à tenir selon résultat du TDR :

TDR positif : traitement antibiotique

TDR négatif : pas d'antibiotique

TDR:

Non fait

Positif

Négatif

Impossible à réaliser : consulter le médecin

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:**Conseils pour soulagement :**

- ✓ Boire des boissons chaudes ou froides selon ce qui soulage le plus
- ✓ Sucrer des glaçons, des bonbons ou pastilles

Traitement symptomatique, de la fièvre et des douleurs :

- ✓ Paracétamol
- ✓ (PAS D'AUTRE TRAITEMENT, ni aspirine, ni AINS, ni vaso-constricteurs)

Traitement antibiotique en cas d'angine à TDR positif :

- ✓ ADULTE
 - AMOXICILLINE PO : 1 g 2 fois/j pendant 6 jours
 - En cas d'allergie bénigne à la pénicilline :
 - CÉFUROXIME-AXÉTIL PO : 250 mg 2 fois/j pendant 4 jours
 - En cas de contre-indication aux Bêta-Lactamines :
 - AZITHROMYCINE PO : 500 mg 1 fois/j pendant 3 jours
- ✓ ENFANT
 - AMOXICILLINE PO : 50 mg/kg/j (sans dépasser 3 g/j) en 2 prises quotidiennes pendant 6 jours
 - En cas d'allergie bénigne à la pénicilline
 - CEFPODOXIME-PROXÉTIL PO : 8 mg/kg/j en 2 prises quotidiennes pendant 5 jours
 - En cas de contre-indication aux Bêta-Lactamines
 - AZITHROMYCINE PO : 20 mg/kg/j (sans dépasser 500 mg/j) en 1 prise quotidienne pendant 3 jours

Divers conseils et démarches :

- ✓ Consulter le MG en cas de persistance des symptômes à 72 heures ou d'aggravation de ceux-ci
- ✓ Rédaction d'un certificat si nécessaire (Arrêt maladie selon référentiel AMELI, certificat d'enfant malade)

Odynophagie

Processus de prise en charge

Critère d'inclusion = mal de gorge augmenté par la déglutition chez un patient entre 6 et 45 ans, dont un des délégants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Interrogatoire et examen du dossier médical :

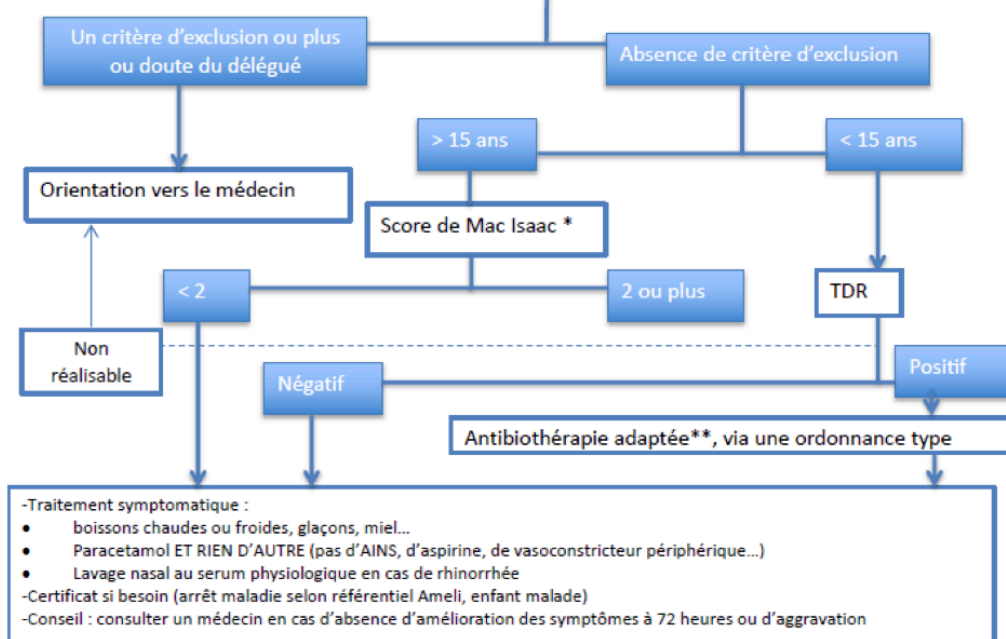
- Fièvre dans les 2 à 5 jours après un retour de voyage, et vaccin anti-tétanique datant de plus de 20 ans ou de date inconnue
- Toux
- Eruption cutanée
- Fièvre > 39,5° C
- Vomissements/Diarrhée chez l'enfant
- Grossesse avérée ou non exclue
- Immunodépression (VIH, chimiothérapie, corticoïdes oraux, immunosuppresseur)
- Insuffisance rénale connue (CKD EPI < 30 mL/min)
- Patient vu pour la 3^{ème} fois par un délégué sans avoir vu son médecin traitant : un message est envoyé au médecin afin de convenir s'il souhaite prévoir un RDV
- Antibiothérapie en cours pour un autre motif
- Épisode similaire < 15 jours
- Symptômes évoluant depuis plus de 8 jours

Examen :

- Angine ulcéro-nécrotique ou pseudo-membraneuse, herpangine
- Tachycardie > 110 bpm, fréquence respiratoire > 20/min, TA < 90/60
- Signes en faveur d'un phlegmon péri-amygdalien :
 - Altération de l'état général, T° > 39,5° C, trismus (limitation de l'ouverture buccale), hypersialorrhée
 - A l'examen endo-buccal : déviation médiale de l'amygdale, œdème ou voussure du voile, luette déviée du côté sain
 - Difficulté respiratoire ou pour parler
 - Cervicalgie concomitante, torticolis limitant les mouvements du cou et de la tête

Lors de la prise en charge :

- Refus du patient ou du représentant légal
- Doute du délégué (« Guts feeling »)



* Score de Mac Isaac

Score Mac Isaac	Point
Température > 38 °	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Âge :	
• 15 à 44 ans	0
• > 45 ans	-1

** Choix de l'antibiothérapie :

- En première intention : amoxicilline, pendant 6 jour
 - 1 gramme matin et soir chez l'adulte
 - 50 mg/kg/jour en 2 prises chez l'enfant (sans dépasser 2g par jour)
- En cas d'allergie à la pénicilline : cefpodoxime pendant 5 jours
 - 100 mg 2 fois par jour pour les adultes
 - 8 mg/kg/jour en 2 prises chez l'enfant (sans dépasser 200 g par jour)
- En cas d'allergie aux bêta-lactamines : azithromycine pendant 3 jours
 - 500 mg une fois par jour chez l'adulte
 - 20 mg/kg/jr en une prise quotidienne chez l'enfant (sans dépasser 500 mg par jour)

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

NOR : SSAH2006759A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants et D. 4011-2 et suivants ;
Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 susvisée, le protocole de coopération «Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole «Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 mars 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
K. JULIENNE*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice
de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP*

ANNEXE



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

1



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans. Protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d'officine et Infirmiers diplômés d'état dans une structure pluri-professionnelle.	
Profession du délégant	Médecin généraliste	
Profession du délégué	Infirmier diplômé d'état Pharmacien d'officine	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les délais d'obtention de traitement d'une pathologie courante dans un contexte de démographie médicale déficitaire. • Optimiser l'efficacité du traitement en permettant une instauration rapide dès le début de l'exposition. • Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soin ambulatoire (PDSA), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé. • Permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate aux patients qui demandent un traitement contre la rhino-conjonctivite allergique saisonnière et aux IDE de décharger les médecins en offrant une réponse aux patients. • Améliorer la sécurité de la prise en charge <ul style="list-style-type: none"> ○ En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé ayant accès au dossier médical du patient ○ En utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés ○ En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce au système d'information partagé. • Optimisation de la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents 	
Actes dérogatoires	Renouvellement à l'identique du traitement de l'allergie saisonnière par l'IDE ou le PO :	

2



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

	<ul style="list-style-type: none"> - Antihistaminiques de 2^e génération - Corticoides locaux ou cromoglycate de sodium en pulvérisation intra-nasale. - Antihistaminique intraoculaire - Cromone intraoculaire <p>Pour la durée habituelle des symptômes.</p>
Lieu de mise en œuvre	La consultation aura lieu au cabinet infirmier ou dans la pharmacie. En cas de consultation à la pharmacie, un espace de confidentialité est obligatoire. Les délégués et déléguées font partie de la même maison de santé ou du même centre de santé ou d'une équipe de soins primaire. Ils partagent un logiciel commun labellisé « maison de santé » ou « centre de santé » par l'ASIP et possèdent chacun une licence nominative.
Références utilisées	Rhinite allergique in la Revue Prescrire, 2013. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique SPLF 2010 Recommandations ARIA guidelines Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma 2016
Type de patients concernés Quelle sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...) Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?	Les bénéficiaires du protocole sont les patients de 15 à 50 ans chez qui une rhinite allergique saisonnière a été diagnostiquée et pour laquelle un traitement a déjà été prescrit, dont le délégué est médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier au délégué. Sont exclus les patients : <ul style="list-style-type: none"> - Age <15 ans et >50 ans - Refus du patient (ou de son représentant légal pour les patients concernés) - Absence de l'encodage « rhinite allergique » J30.1(CIM10) ou R97 (CISP) dans l'onglet « pathologie en cours » du dossier patient. - Grossesse en cours ou prévue - Nouvel élément de santé depuis la dernière consultation médicale - Demandeurs d'une modification de traitement ou présentant des signes fonctionnels d'exclusion : <p>Gêne respiratoire, toux, dyspnée, tout symptôme évocateur d'asthme</p>

3



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

	<p>Inefficacité symptomatique du traitement actuel Difficultés d'observance du traitement actuel Effets indésirables du traitement actuel. Anosmie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asthmatiques ou présentant une gêne respiratoire ou des symptômes d'asthme. - Qui n'ont plus été vus depuis 3 ans par le médecin généraliste. - Pour lesquels aucune prescription pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière ne figure dans le dossier médical depuis 3 ans. <p>Exclusion en cas de doute du délégué (guts feeling).</p>
Information des patients Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge? Comment est donnée l'information au patient ? Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite) Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ? Qui recueille le consentement du patient? Comment est-il tracé ?	Le délégué informe oralement le patient (ou son représentant légal pour les patients concernés) et le cas échéant et recueille son consentement avant de débiter la prise en charge. Lors de la consultation, il explique le déroulé redemande son consentement. Si le patient (ou de son représentant légal pour les patients concernés) refuse la prise en charge dérogatoire ou le partage du dossier il est orienté vers son médecin traitant. Une annotation requérable sera réalisée dans son dossier afin de faciliter son parcours ultérieurement.
Formation des professionnels délégués	L'autorisation d'installation par les pouvoirs publics en tant que pharmacien d'officine et le diplôme d'état infirmier induisent les prérequis nécessaires à l'application du protocole. La formation durera 5h et sera délivrée par l'ensemble des médecins délégués (il y aura parmi eux au moins un maître de stage des universités) aux IDE et PO délégués afin de s'assurer d'une harmonisation des pratiques. Elle se basera sur : Item 184-asthme du collège des enseignants en pneumologie de l'UNF3S Item 115 : Allergies respiratoires chez l'enfant et l'adulte Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue française de l'UNF3S

4



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

	<p>Recommandations ARIA 2016</p> <p>La première partie (clinique) concerne l'IDE et PO, la seconde partie (thérapeutique) concerne les IDE.</p> <p><u>1ère partie : Clinique</u></p> <p>Compétences à acquérir : capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse DOIT être médicale et ne peut être déléguée.</p> <p>Objectifs pédagogiques :</p> <p>A la fin de la formation, l'IDE ou le PO délégué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - saura confirmer un diagnostic de rhino conjonctivite allergique saisonnière - en collaboration avec le médecin délégant saura repérer les signes de l'asthme. - sera capable d'expliquer au patient le cadre du protocole de coopération. - aura identifié dans le dossier médical du patient, la localisation des antécédents, des prescriptions et de la dernière consultation médicale. <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic de la rhinoconjonctivite allergique saisonnière - Eliminer les diagnostics différentiels - Rechercher les signes diagnostiques de l'asthme. - Recherche, d'abord en collaboration avec le médecin et puis seul des données nécessaires à l'application du protocole dans le dossier informatisé du patient. <p><u>2° partie : thérapeutique</u></p> <p>Compétence à acquérir : capacité à renouveler une prescription.</p> <p>Objectif pédagogique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la fin de la séquence, l'IDE délégué sera capable de définir si les molécules prescrites précédemment concernent bien le traitement de l'allergie saisonnière. <p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation des différents traitements classiques de la rhinoconjonctivite allergique saisonnière et des molécules prescrites : effets indésirables, contre-indications
--	--

5



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

	<p><u>Evaluation des savoirs :</u></p> <p>Validation par les médecins après réussite de 5 cas pratiques/jeux de rôle avec prescriptions pour lesquels les IDE et les PO auront éliminé ou identifié les critères d'exclusion, identifié et renouvelé adéquatement le traitement. Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques.</p> <p>Cette 2° partie de la formation sera reconduite en cas de changement de recommandation. Les médecins sont en charge de la veille documentaire.</p>
Intervention du délégant	<p>Le délégant est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué.</p> <p>L'arbre décisionnel est converti en formulaire dans le logiciel et intégré au dossier du patient.</p> <p>Un groupe d'analyse de pratiques se réunit tous les trimestres reprenant les grilles RMM.</p> <p>Si le patient présente un critère d'exclusion le délégant contacte le délégué qui recevra (ou adressera) le patient pour une consultation dans les 24h maximum.</p> <p>Il en va de même si, suite à la consultation par le délégué, le patient présente un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion.</p> <p>Si le délégant est absent ponctuellement (<2 mois), il désigne nommément un de ses confrères au délégué.</p> <p>Ce confrère sera joignable et susceptible de recevoir le patient sous les mêmes conditions que dans le cadre du protocole.</p> <p>En cas d'absence du délégant et sans possibilité d'avoir un délégant remplaçant, le protocole sera suspendu.</p> <p>Si le délégué est absent, le délégant reçoit les patients.</p>
Système d'information	<p>Délégué et délégué partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitement, allergies,...).</p> <p>L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont encodés dans le logiciel.</p> <p>Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent.</p>
Suivi du protocole	<p>Les indicateurs d'activité et qualité (voir annexe tableau des indicateurs) seront requêtés tous les trimestres par le responsable des requêtes informatiques de la maison ou du centre de santé. Ils seront analysés en groupe d'analyse de pratique (ensemble des délégants et délégués).</p>

6



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

<p>fiches correspondantes</p> <p>- Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?</p>	<p>Indicateurs d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de consultations pour renouvellement du traitement de la rhinite allergique saisonnière chez les PO ou l'IDE, et en baisse chez les médecins (hors critères d'exclusion). ○ Nombre de patients inclus dans le protocole de coopération en hausse (identification par le PO ou l'IDE puis requête). <p>Indicateurs de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de dossiers repris par le médecin délégué/nombre de patients inclus. ○ Nombre de consultations après l'inclusion au protocole. ○ Nombre de réunions d'analyse de pratique minimum 1 par trimestre. <p>Indicateurs de satisfaction des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de refus/nombre de patients inclus. ○ Enquête de satisfaction après la prise en charge à 3 mois après la mise en place du protocole et puis à 18 mois et 33 mois. <p>L'arrêt du protocole serait envisagé en réunion d'analyse des pratiques si le nombre d'appels au médecin délégué par patients inclus devenait >50% il en va de même si l'enquête de satisfaction révélait un mécontentement ou un sentiment d'insécurité chez 30% des patients.</p> <p>Le protocole est suspendu pour les patients d'un délégué qui est absent sur une durée > à 2 mois (sauf s'il est remplacé par un médecin délégué).</p>
<p>Retour d'expérience</p> <p>Les événements indésirables</p> <p>- Quels sont les événements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ?</p> <p>- Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des événements indésirables ?</p> <p>- Comment cette analyse est-elle réalisée ?</p> <p>- Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ?</p>	<p>Le formulaire retraçant l'ensemble de la prise en charge par le délégué est accessible au délégué dans le dossier informatisé du patient permettant au délégué de vérifier la qualité de la prise en charge</p> <p>Tout événement indésirable doit être déclaré, refus du patient, mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mésinterprétation d'un signe clinique Erreur dans la prescription (CI, allergie...)</p> <p>Il est recueilli via une fiche (ex : fiche issue de l'étude PRISM). La rédaction d'une fiche d'événement indésirable provoque la tenue d'une séance d'analyse de la pratique si les médecins délégués le jugent nécessaire.</p>

7



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

<p>La qualité des soins</p> <p>- Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ?</p> <p>- Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?</p>	<p>Lors des séances d'analyse de pratique l'équipe utilisera le « support de suivi des actions correctives » et le « compte rendu de comité de retour d'expérience » (ex : supports de l'étude PRISM).</p> <p>En dehors de ce cas le groupe d'analyse de pratique rassemblant délégués et délégués de la structure échange à partir des grilles RMM et/ou à partir de situations tirées au hasard et autour de la satisfaction des délégués et délégués.</p>
<p>Traçabilité et archivage</p>	<p>Les arbres décisionnels sont intégrés au logiciel, les comptes rendu de consultation et les ordonnances sont intégrés au dossier patient.</p>
<p>Processus de prise en charge</p>	<p>Voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau « description du processus de prise en charge du patient ci-dessous <p>Documents joints à titre d'exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe_1 Formulaire synthétique rempli dans le logiciel informatique partagé. - Annexe_2 Tableau des indicateurs - Annexe_3 et 4 Fiches Evénement indésirable PRISM - Annexe_5 Grille RMM - Annexe_6 questionnaire de satisfaction du patient. - Annexe_7 questionnaire de satisfaction du Délégué - Annexe_8 questionnaire de satisfaction du Délégué

8



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
IDE ou PO Recueil du consentement du patient. Explication du protocole de coopération et de ses objectifs.	Refus du patient.	Risque inhérent à l'accord du patient	Si refus orientation vers le médecin qui recevra le patient
Interrogation du patient et examen du dossier en vue de rechercher les critères d'exclusion.	Mésinterprétation d'un critère.	Risque inhérent au manque de formation ou de données dans le dossier patient	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à la recherche des critères à l'interrogatoire et cliniques excluant le patient du protocole. L'ensemble des informations concernant le patient sont intégrées dans le dossier informatisé partagé.
Examen clinique du patient : Recherche de signe d'asthme ou de difficulté respiratoire.	Mésinterprétation d'un signe clinique.	Risque inhérent au manque de formation	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à l'identification de l'asthme. Si difficulté respiratoire ou signe d'asthme le médecin recevra le patient dans les 24h.
Prescription d'antihistaminique et/ou de spray nasal et/ou de collyre	Erreur dans la prescription (contre-indication, allergie,...).	Risque inhérent au manque de formation ou à la difficulté de trouver les informations dans le dossier du patient.	Renouvellement d'une prescription préalablement effectuée par le médecin. Partage du dossier patient contenant les allergies de celui-ci. Relecture de la prescription de l'IDE par le pharmacien de la maison de santé ayant lui aussi un accès au dossier médical du patient.

9



COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans une structure pluri-professionnelle.

		Risque inhérent au changement des recommandations	Remise à jour de l'ordonnance par le médecin.
--	--	---	---

10

Rhinite allergique saisonnière - Formulaire synthétique de saisie et de prescription intégré au dossier patient

DONNES DE L'ANAMNESE :

Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation : Renouvellement du traitement symptomatique d'une rhinite allergique saisonnière

Critères d'exclusion : Âge < 15 ans > 50 ans
Absence de l'encodage « rhinite allergique » J30.1 [CIM 10] ou R97 (CISP) dans l'onglet « pathologies en cours » du dossier patient
Asthme associé
Grossesse en cours ou prévue.
Patient n'ayant pas vu son médecin traitant depuis 3 ans
Patient pour lequel aucune prescription pour le traitement de l'allergie saisonnière ne figure dans le dossier informatisé depuis 3 ans.
Patient souhaitant une modification de son traitement habituel.

Doute du délégué **oui non**

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG : **oui non**

DONNEES CLINIQUES :

Signes fonctionnels d'exclusion : Gêne respiratoire, toux, dyspnée, tout symptôme évocateur d'asthme
Anosmie
Inefficacité symptomatique du traitement actuel
Difficultés d'observance du traitement actuel
Effets indésirables du traitement actuel

Au terme de l'examen d'exclusion, réorientation vers le MG : **oui non**

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:

Conseils pour limiter l'exposition aux allergènes:

En période d'allergie :

- ✓ Eviter, si possible, d'être dehors entre 11h et 14h (pollinisation maximale)
- ✓ Limiter les ouvertures des portes et fenêtres pour ne pas introduire dans le logement les pollens allergisants
- ✓ Se rincer les cheveux le soir avant le coucher afin d'en limiter le dépôt dans la literie
- ✓ Secouer le linge qui a séché à l'extérieur

Traitement symptomatique:

Renouvellement à l'identique du traitement initié par le médecin traitant pour la durée habituelle des manifestations allergiques :

- antihistaminique de 2ème génération
- corticoides locaux en pulvérisation intra nasale
- cromoglycate de sodium en pulvérisation intranasale

- anti-histaminique intraoculaire
- cromone intra oculaire

Divers conseils et démarches :

- ✓ Consulter le MG en cas de difficultés ou gêne respiratoire
- ✓ Vérification du statut vaccinal recommandé
- ✓ Vérification des dépistages organisés

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

NOR : SSAH2006762A

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1 et suivants et D. 4011-2 et suivants ;
Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 66 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 janvier 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application du deuxième alinéa du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », annexé au présent arrêté, est autorisé sur le territoire national dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire du code de la santé publique.

Art. 2. – Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », selon les conditions fixées par l'article D. 4011-4 du code de la santé publique.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 mars 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
K. JULIENNE*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice
de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP*

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :

- FICHE PROJET
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

ANNEXE

10 mars 2020

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 15 sur 112

1

MODELE TYPE

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

FICHE PROJET		
ITEMS	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Intitulé du Protocole de coopération (PC)	Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse de l'enfant de 12 mois à 12ans Protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d'officine et infirmiers diplômés d'état dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.	
Profession du délégant	Médecin généraliste	
Profession du délégué	Infirmier diplômé d'état Pharmacien d'officine	
Objectifs	Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante dans un contexte de démographie médicale déficitaire. Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soin ambulatoire (PDSA), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé. Permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate au parent qui viendrait demander un avis et aux infirmiers de prendre rapidement en charge cette pathologie. Améliorer la sécurité de la prise en charge <ul style="list-style-type: none"> En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé ayant accès au dossier médical du patient En utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce au système d'information partagé. Optimisation de la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents 	
Actes dérogatoires Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ? Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...? Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en	Accès direct à l'IDE et au PO dans le cadre de la varicelle chez l'enfant de 12 mois à 12 ans. Examen clinique de l'enfant déshabillé et interrogatoire de l'IDE ou du PO. Elimination des diagnostics différentiels. Pose du diagnostic de la varicelle. Eviction des critères de gravité. Prescription par l'IDE ou le PO de paracétamol, d'antiseptique via une ordonnance type, après identification des allergies et des contre-indications (rares) par l'interrogatoire et par le dossier patient informatique.	

2

10 mars 2020

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 15 sur 112

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?	Explication de l'ordonnance et conseils aux parents. Inscription de la pathologie dans le carnet de santé.
Lieu de mise en œuvre	La consultation aura lieu au cabinet infirmier ou dans la pharmacie. Le cabinet infirmier ou la pharmacie bénéficie obligatoirement d'un espace de confidentialité dans lequel la consultation pourra avoir lieu. Les délégués et déléguées font partie de la même maison de santé ou du même centre de santé. Ils partagent un logiciel commun labellisé « maison de santé » ou « centre de santé » par l'ASIP et possèdent chacun une licence nominative.
Références utilisées	<ul style="list-style-type: none"> HAS, Fiche mémo HAS : diagnostic par détection virale et sérologie. www.ameli.fr Collège national des enseignants de dermatologie, item 84 et item 94 Pilly: infections à VZV
Type de patients concernés Quelles sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...) Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?	Les bénéficiaires du protocole sont des patients entre 12 mois et 12 ans qui présentent une éruption cutanée prurigineuse associant des lésions maculo-papulo érythémateuses, vésiculaires ET croûteuses, avec intervalles de peau saine dont un des délégués est médecin traitant et qui n'ont pas refusé l'accès à leur dossier au délégué. Les enfants de moins de 12 mois ne sont pas inclus dans le protocole étant donné le risque que représentent les complications. Les patients de plus de 12 ans sont également exclus étant donné la complexité de la varicelle à partir de cet âge et les risques plus fréquents de complication. Critères d'exclusion à l'examen du dossier médical et interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> Immunodépression (VIH, traitement immunosuppresseur, corticothérapie) Fièvre > 39° ou depuis plus de 3 jours Altération de l'état général

3

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<ul style="list-style-type: none"> Céphalées Confusion, troubles du comportement, de la marche ou de l'équilibre. Toux ou trouble respiratoire (dyspnée) Dysphagie marquée Vomissements ou retentissement sur l'alimentation Antécédent de varicelle connu Critères d'exclusion lors de l'examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> Fièvre > 39°C éruptions vésiculeuses localisées Localisation faciale exclusive Lésions croûteuses mélicériques ou purulentes Lésions purpuriques. Vésicules hémorragiques et/ou nécrotiques Atteinte ophthalmique Atteinte muqueuse prédominante Placard cutané douloureux Eczéma sévère Localisation sur les paumes de mains et/ou la plante des pieds. Suspicion de surinfection Critères d'exclusion durant la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> Parent refusant le protocole/l'accès au dossier par le délégué. Doute du délégué (guts feeling)
Information des patients Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel ?	Le délégué informe oralement le patient et son parent et recueille le consentement avant de débiter la prise en charge. Lors de la consultation, il explique le déroulé redemande le consentement Si le patient ou le parent de celui-ci refuse la prise en charge dérogatoire et le partage d'information il est orienté vers son médecin traitant.

4

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	Une annotation requérable sera réalisée dans son dossier afin de faciliter son parcours ultérieurement.
Formation des professionnels délégués - Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ? - Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ? - Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ? - Quelles sont les modalités de la formation pratique ? (en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ?) - Qui valide la formation et comment ? - Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ? - Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ?	L'autorisation d'installation par les pouvoirs publics en tant que pharmacien d'officine ou le diplôme infirmier induisent les prérequis nécessaires à l'application du protocole. Une démarche de formation visant à l'appropriation des savoirs et à l'application de recommandations sera effectuée avant la mise en place de ce protocole de coopération. La formation durera 10h et sera assurée par l'ensemble des médecins délégués (il y aura parmi eux au moins un maître de stage des universités) pour l'ensemble des IDE et PO délégués afin de s'assurer d'une harmonisation des pratiques. Elle s'appuie sur l'item 84 du campus de dermatologie collège national des enseignants de dermatologie de l'UNF3S. 1ère partie : Clinique Compétences à acquérir : capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquelles la réponse DOIT être médicale et ne peut être déléguée. Objectifs pédagogiques : - A la fin de la formation, l'IDE ou le PO délégué en collaboration avec le médecin délégué : - Sera capable de reconnaître une varicelle (sur base de photos) parmi d'autres lésions cutanées. - Aura pris connaissance de la liste exhaustive de critères justifiant le renvoi du patient vers le médecin. - Sera capable d'expliquer au parent le cadre du protocole de coopération. - A la fin de la formation, les médecins, IDE et PO auront intégré la liste dans un formulaire informatique intégré au dossier du patient. Programme : - Sur base des recommandations et des données du campus reconnaissance visuelle de la varicelle parmi d'autres lésions cutanées. - Utilisation du système d'information pour créer un formulaire coopération varicelle.

5

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	- Sur base de cas cliniques, à l'aide du formulaire et du dossier patient repérage des critères d'exclusion. 2^e partie : thérapeutique Compétence à acquérir : capacité à définir la posologie. Objectif pédagogique : A la fin de la séquence, l'IDE ou le PO délégué sera capable de : - Définir la posologie du paracétamol et de l'antihistaminique. - Rédiger la prescription type et l'expliquer. - Rédiger un certificat d'absence pour enfant malade si besoin. - Remplir le carnet de santé de l'enfant. - Délivrer les conseils d'hygiène et les conseils pour l'entourage. Programme : - Présentation des molécules et de leurs effets secondaires. Repérer une allergie ou une contre-indication du traitement. - Elaboration d'une prescription type comportant les conseils d'hygiène et de surveillance et introduction de celle-ci dans le logiciel informatique. - Conseils pour l'entourage. - Recommandation certificat d'absence pour enfant malade : 3 jours maximum. - Recommandation certificat d'absence crèche. - Cas pratiques Evaluation des savoirs : Validation par les médecins après réussite de 10 cas pratiques/jeux de rôle avec photos de lésions de varicelle pour lesquels les IDE ou PO auront éliminé ou identifié les critères d'exclusion et prescrit, le cas échéant, la bonne posologie et le traitement adapté. Cette évaluation sera effectuée en fin de parcours, 3 mois après et ensuite tous les 6 mois lors du groupe d'analyse de pratiques.
--	--

6

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Intervention du délégué - Comment le délégué s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ? - Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégué (ou à un médecin non délégué, en cas d'urgence) ? - Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégué ou d'un autre médecin en cas d'urgence ? - Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou non des professionnels concernés (délégué ou délégué) ?	Cette 2 ^e partie de la formation sera reconduite en cas de changement de recommandation. Les médecins sont en charge de la veille documentaire. Le délégué est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué. L'arbre décisionnel est converti en formulaire dans le logiciel et intégré au dossier du patient. Un groupe d'analyse de pratiques se réunit tous les trimestres reprenant les grilles RMM. Si le patient présente un critère d'exclusion le délégué contacte le délégué qui recevra (ou adressera) le patient pour une consultation dans les 24h maximum. Il en va de même si, suite à la consultation par le délégué, le patient présente un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion. Si le délégué est absent ponctuellement (<2 mois), il désigne nommément un de ses confrères au délégué. Ce confrère sera joignable et susceptible de recevoir le patient sous les mêmes conditions que dans le cadre du protocole. En cas d'absence du délégué et sans possibilité d'avoir un délégué remplaçant, le protocole sera suspendu. Si le délégué est absent, le délégué reçoit les patients.
Système d'information Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ? Qui partage ces informations et comment ?	Délégué et délégué partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitement, allergies,...). L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont encodés dans le logiciel. Une affiche est présente en salle d'attente informant les patients du partage du logiciel et de la nécessité de se manifester s'ils s'y opposent.
Suivi du protocole Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplissez les fiches correspondantes. - Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?	Les indicateurs d'activité et qualité (voir annexe 6 : tableau des indicateurs) seront requêtés tous les trimestres par le responsable des requêtes informatiques de la maison ou du centre de santé. Ils seront analysés en groupe d'analyse de pratique (ensemble des délégués et délégués). Indicateurs d'activité : - Nombre de consultations pour varicelle en hausse chez les PO ou l'IDE, et en baisse chez les médecins (hors critères d'exclusion). - Nombre de patients inclus dans le protocole de coopération en hausse (identification par le PO ou l'IDE puis requête). Indicateurs de qualité : - Nombre de reprise par le médecin délégué/nombre de patients inclus.

7

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de re-consultation après l'inclusion au protocole. - Nombre de réunions d'analyse de pratique minimum 1 par trimestre. Indicateurs de satisfaction des patients/de leur parent : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de refus/nombre de patients inclus. - Enquête de satisfaction après la prise en charge à 3 mois après la mise en place du protocole et puis à 18 mois et 33 mois. L'arrêt du protocole serait envisagé en réunion d'analyse des pratiques si le nombre d'appels au médecin délégué par patients inclus devenait >50% il en va de même si l'enquête de satisfaction révélait un mécontentement ou un sentiment d'insécurité chez 30% des patients. Le protocole est suspendu pour les patients d'un délégué qui est absent sur une durée > 2 mois (sauf s'il est remplacé par un médecin délégué).
Retour d'expérience	Le formulaire retraçant l'ensemble de la prise en charge par le délégué est accessible au délégué dans le dossier informatisé du patient permettant au délégué de vérifier la qualité de la prise en charge. Tout événement indésirable doit être déclaré tel que : refus du patient, mésinterprétation d'un critère d'inclusion, mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mésinterprétation d'un signe clinique, erreur dans la prescription (C ₁ , allergie...), complication : locale (surinfection) ou générale (pulmonaire, neurologique...), demande de prescription autres. Il est recueilli via une fiche (ex : fiche issue de l'étude PRISM). La rédaction d'une fiche d'événement indésirable provoque la tenue d'une séance d'analyse de la pratique si les médecins délégués le jugent nécessaire. Lors des séances d'analyse de pratique l'équipe utilisera le « support de suivi des actions correctives » et le « compte rendu de comité de retour d'expérience » (ex : supports de l'étude PRISM). En dehors de ce cas le groupe d'analyse de pratique rassemblant délégués et délégués de la structure échange à partir des grilles RMM et/ou à partir de situations tirées au hasard et autour de la satisfaction des délégués et délégués.
Traçabilité et archivage	Les arbres décisionnels sont intégrés au logiciel, les comptes rendu de consultation, les ordonnances et certificats éventuels sont intégrés au dossier patient. (Annexe 6 diagramme)

8

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Processus de prise en charge Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge	Voir : - Tableau « description du processus de prise en charge du patient ci-dessous Documents joints à titre d'exemple : - Formulaire synthétique rempli dans le logiciel informatique partagé. (Annexe 1) - Diagramme décisionnel (annexe 2) - Fiches Evènement indésirable PRISM (annexe 3 et 4) - Grille RMM (annexe 5) - tableau des indicateurs de suivi (annexe 6) - questionnaire de satisfaction du patient, du délégué et du délégué (annexes 7, 8 et 9)
---	--

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »

1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
IDE ou PO Recueil du consentement du patient. Explication du protocole de coopération et de ses objectifs.	Refus du patient.	Risque inhérent à l'accord du patient	Si refus orientation vers le médecin qui recevra le patient dans les 24h
Interrogation du patient et examen du dossier en vue de rechercher les critères	Mésinterprétation d'un critère.	Risque inhérent au manque de formation ou de données dans le dossier	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à la

9

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

d'exclusion.		patient	recherche des critères à l'interrogatoire et cliniques excluant le patient du protocole. L'ensemble des informations concernant le patient sont intégrées dans le dossier informatisé partagé. Si présence d'un critère d'exclusion, contact pris avec le médecin qui recevra le patient dans les 24h maximum.
Examen clinique du patient en vue d'éliminer les diagnostics différentiels ou les critères de gravité : - Fièvre > 39°C - Localisation faciale exclusive - Lésions croûteuses mélicériques ou purulentes - Lésions purpuriques - vésicules hémorragiques et/ou nécrotiques Pose du diagnostic de varicelle	Mésinterprétation d'un signe clinique. Diagnostics différentiels : zona, prurigo strophulus	Risque inhérent au manque de formation	Formation et réévaluation des acquis des IDE/PO par les médecins à l'identification des diagnostics différentiels et des critères de gravité à l'examen du patient. Formulaire clair intégré au logiciel informatique Si présence d'un critère d'exclusion, ou si doute du délégué sur le diagnostic, contact pris avec le médecin qui recevra le patient dans les 24h maximum. Conseils donnés aux parents/au patient sur les symptômes à surveiller
Prescription : Paracétamol selon le poids en cas de fièvre Antihistaminique anti-H1 dit « de seconde génération » selon l'âge en cas de prurit Solution antiseptique non colorée Conseils :	Erreur dans la prescription (contre-indication, allergie,...).	Risque inhérent au manque de formation et/ou à la méconnaissance des molécules et/ou au manque de données dans le dossier patient.	Prescriptions types et présentées dans le cadre d'une formation des IDE/PO par les médecins. Partage du dossier patient contenant les allergies de celui-ci. Relecture de la prescription de l'IDE par le pharmacien de la maison de santé ayant lui aussi un accès au dossier médical du patient.

10

COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Contre-indication à l'usage d'aspirine, ibuprofène ou autre AINS Conseils d'hygiène pour éviter les surinfections de grattage.		Risque inhérent au changement des recommandations	Remise à jour de l'ordonnance type et des conseils par le médecin. En cas de doute, le délégué peut contacter le délégant.
Remplissage du carnet de santé Vérification des vaccinations obligatoires			
Retour au sein de l'entourage	Contagion de personnes à risque/fragiles de l'entourage	Risque inhérent au manque d'information	Conseils pré-rédigés sur la prescription

Nota Bene : Le Document d'aide à la Gestion des risques dans les protocoles de coopération » permet une aide au remplissage du tableau et comporte des exemples.

Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse - Formulaire synthétique de saisie et de prescription intégré au dossier patient

DONNES DE L'ANAMNESE :

Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation : Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse

Critères d'exclusion :

- Âge < 12 mois Âge > 12 ans
- Fièvre > 39 ou depuis plus de 3 jours
- Altération de l'état général
- Céphalées
- Confusion, troubles du comportement, trouble de la marche ou de l'équilibre
- Vomissements ou retentissement sur l'alimentation
- Toux ou troubles respiratoires (dyspnée)
- Dysphagie marquée
- Immuno-dépression grave (VIH, chimiothérapie, corticothérapie, traitement immuno-suppresseur)
- Antécédent de varicelle connu

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG : oui non

DONNEES CLINIQUES :

Signes cliniques cutanés : Association de lésions cutanées vésiculaires ET maculo-papulo-érythémateuse ET croûteuses diffuses (si les 3 types de lésions ne sont pas présentes : critère d'exclusion)

Signes cliniques de varicelle typique :

- lésions cutanées maculo-papulo-érythémateuses
- lésions cutanées vésiculaires « en goutte de rosée »
- lésions cutanées vésiculaires ombiliquées
- lésions cutanées croûteuses après 3 jours
- lésions muqueuses arrondies érosives (non confluentes)
- prurit diffus
- température < 38.5
- bon état général

Siège des lésions : Cuir chevelu /tronc membres / périnée / visage / bouche / paupières /pas d'atteinte paumes des mains ou plantes des pieds

Exclusion sur lésions compliquées ou à risque de complication :

Localisation faciale exclusive
Eruptions vésiculeuses localisées
Lésions croûteuses mélicériques
Lésions purpuriques
Lésions hémorragiques ou nécrotiques
Lésions purulentes
Atteinte ophtalmique
Atteinte muqueuse prédominante
Atteinte des plantes des pieds ou paumes des mains
Placard cutané douloureux
Eczéma sévère
Suspicion de surinfection

Doute du Délégué :

☐ oui ☐ non

Au terme de l'examen d'exclusion, réorientation vers le MG

☐ oui ☐ non

DEMARCHE THERAPEUTIQUE / PRESCRIPTION TYPE:

Traitement symptomatique, de la fièvre, des douleurs et du prurit selon l'ordonnance type :

- ✓ Pas d'usage d'aspirine, ibuprofène ou autre AINS tant que la pathologie persiste
- ✓ Paracétamol selon le poids en cas de fièvre
- ✓ Solution antiseptique non colorée et non alcoolisée
- ✓ Talc et fluorescéine contre indiqués
- ✓ Conseils d'hygiène pour éviter les surinfections de grattage : ongles courts, lavage régulier des mains et douches fraîches pour calmer les démangeaisons
- ✓ Conseil d'éviction vis-à-vis des personnes fragiles ou à risque de l'entourage :
 - Femmes enceintes dans l'entourage n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation obstétricale d'urgence.

Conseils inscrits sur la prescription type :

- ✓ Consulter le MG en cas de :
 - céphalées
 - Vomissements
 - trouble du comportement, confusion, trouble de l'équilibre ou de la marche, convulsion
 - toux ou troubles respiratoires
 - dysphagie marquée
 - Fièvre > 39 et/ou > 3 jours

Complément de démarches :

- Remplissage du carnet de santé
- Vérification systématique des vaccinations obligatoires
- Entourage de + de 12 ans n'ayant pas d'antécédent de varicelle : consultation chez le médecin traitant pour vaccination d'urgence

Eruption cutanée prurigineuse chez le patient de 12 mois à 12 ans

Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez un patient de 12 mois à 12 ans, associant des lésions maculo-papulo-érythémateuses, vésiculaires ET croûteuses, avec intervalles de peau saine. Atteinte de l'ensemble du corps avec atteinte préférentielle du cuir chevelu, de la face et du tronc. Patient dont un des médecins délégants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Examen du dossier médical et interrogatoire :

- Immunodépression (VIH, traitement immuno-suppresseur, corticothérapie)
- Fièvre > 39° ou depuis plus de 3 jours
- Altération de l'état général
- Céphalées
- Confusion, troubles du comportement, de la marche ou de l'équilibre
- Trouble respiratoire (toux ou dyspnée)
- Dysphagie marquée
- Vomissements ou retentissement sur l'alimentation
- Antécédent de varicelle connu

Examen clinique :

- Fièvre > 39° C
- Localisation faciale exclusive
- Eruption vésiculeuse localisée
- Lésions croûteuses mélicériques ou purulentes
- Suspicion de surinfection
- Lésions purpuriques
- vésicules hémorragiques et/ou nécrotique
- Atteinte oculaire
- Atteinte muqueuse prédominante
- Placard cutané inflammatoire douloureux
- Atteinte de la paume des mains ou plante des pieds
- Eczéma sévère
- Doute du délégué (« guts feeling »)

Un critère d'exclusion ou plus
ou doute du délégué

Absence de critère d'exclusion

Orientation vers le médecin

Démarche thérapeutique :**1/ Traitement symptomatique de la fièvre, des douleurs et du prurit selon ordonnance type :**

- Pas d'usage d'aspirine, ibuprofène ou autre AINS tant que la pathologie persiste
- Talc et fluorescéine contre-indiqués
- Paracétamol selon le poids en cas de fièvre
- Solution antiseptique non colorée non alcoolisée
- Conseils d'hygiène pour éviter les surinfections de grattage (ongles coupés courts, lavage des mains fréquents, douches régulières afin de calmer le prurit)
- Précautions de contagion vis-à-vis personnes fragiles de l'entourage (pour les femmes enceintes n'ayant jamais eu la varicelle et non vaccinées: consulter gynécologue en urgence, immunodépression...)

2/ Conseils prescrits: consulter le médecin en cas de :

- Céphalées
- Vomissements
- Trouble du comportement, confusion, trouble de l'équilibre ou de la marche, convulsion
- Toux ou troubles respiratoires
- Dysphagie marquée
- Fièvre > 39°C et/ou > 3 jours

3/ Complément de démarches :

- Remplissage du carnet de santé
- Vérification systématique des vaccinations obligatoires
- S'assurer que les parents et la fratrie de plus de 12 ans ont déjà eu la varicelle. Si ce n'est pas le cas, leur demander de voir rapidement leur médecin pour se vacciner.

ETUDE PRiSM : SUPPORT D'ANALYSE D'EI

Nom de la structure :

Nom du « pilote analyse » :

Date de l'analyse : / / 201...

Date de la réunion CREX : / / 201...

1. Informations avant la survenue de l'EI**a. Informations sur le patient si l'évènement concerne un patient**Sexe ☐ H ☐ F Age : Consultation ☐ Programmée ☐ Non programmée / en urgence

Diagnostic / motif de consultation :

Situation clinique avant la survenue de l'EI :

a) Antécédents médicaux contributifs à la survenue de l'EI

.....

.....

b) Traitement en cours au moment de la survenue de l'EI

.....

.....

b. Informations sur la structure

Elément contextuel particulier lors de la survenue de l'EI (le cas échéant) :

.....

.....

2. Informations sur l'EIDescription synthétique de l'EI (« Que s'est-il passé ? Quoi ? Qui ? Où ? Comment ? » etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date (et heure de survenue) de l'EI :/...../201... (àh.....)

Conséquences avérées de l'EI pour le patient :☐ OUI☐ NON☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue**Conséquences potentielles de l'EI pour le patient :**☐ OUI☐ NON☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue**Conséquences avérées de l'EI pour la structure :**☐ OUI☐ NON

Si OUI, Précisez :

Conséquences potentielles de l'EI pour la structure :☐ OUI☐ NON

Si OUI, Précisez :

<p>Chronologie détaillée et factuelle de l'EI selon les trois moments clés : Avant / Pendant / Après. Veillez à détailler le rôle de chaque intervenant (le cas échéant) Avant (contexte de la survenue)</p>	<p>Facteurs favorisants (dysfonctionnements identifiés). Posez-vous successivement pour chaque facteur plusieurs fois la question « Pourquoi ? », afin d'identifier la cause profonde.</p>
<p>Pendant (déroulement de l'EI)</p>	<p>Facteur 1</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Facteur 2</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Facteur 3</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Facteur 4</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Facteur 5</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Pourquoi ?</p>
<p>Après (gestion de l'évènement et retour à une situation normale)</p>	

La grille CADA fournie en annexe vous permettra de vérifier

2/4

Propositions d'actions correctives

A l'issue de l'analyse, quelle(s) proposition(s) d'actions correctives peuvent-elles être envisagées afin de limiter le risque de nouvelle survenue de l'EI ? Elles peuvent avoir trait à l'organisation au sein de la structure, à la formation des intervenants, à la communication ou encore aux éléments matériels etc.

Action corrective 1 :Description :
.....
.....**Action corrective 2 :**Description :
.....
.....**Action corrective 3 :**Description :
.....
.....**Action corrective 4 :**Description :
.....
.....**Mesures de signalement complémentaires**Cet EI a-t-il été signalé dans le cadre d'un système de signalement ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI Préciser :

Si NON Préciser pourquoi :

Information du patient, si un patient est concerné

Le dossier médical du patient comporte-t-il la mention d'une trace de la survenue de l'EI?

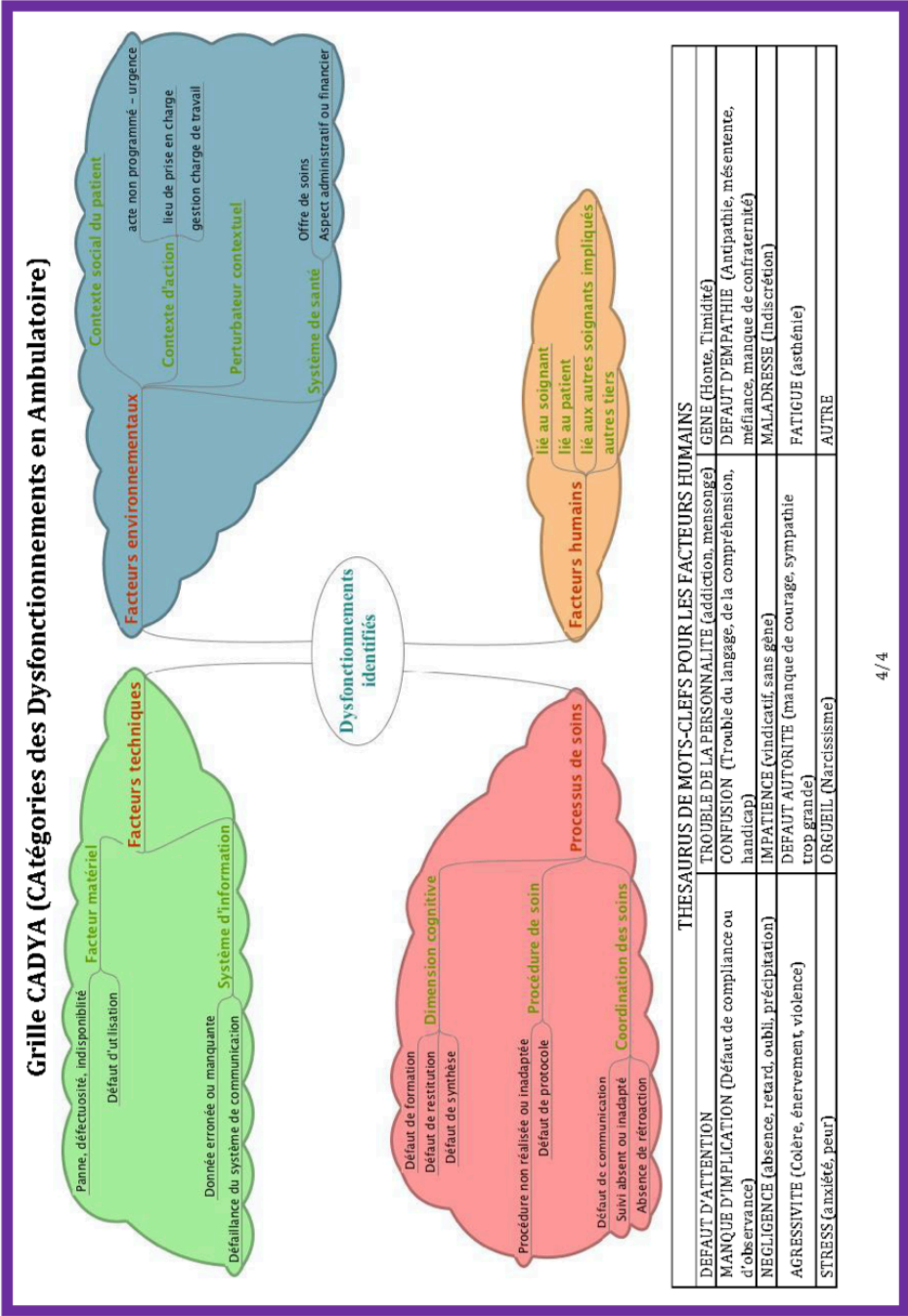
☐ Oui☐ Non

Le patient (ou son entourage) a-t-il été informé, oralement ou par écrit, de la survenue de l'EI?

☐ Oui☐ Non

Si oui, le dossier médical du patient comporte-t-il une trace de l'information donnée au patient sur l'EI?

☐ Oui☐ Non



4 / 4

ETUDE PRiSM : SUPPORT SUIVI ACTIONS CORRECTIVES

Nom de la structure : Date de la réunion CREX : / / 201...

Nom du « pilote actions correctives » :

ACTIONS CORRECTIVES RETENUES A L'ISSUE DU CREX

Action corrective 1 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 2 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 3 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :					DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives						
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications

2

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :					DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives						
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications

3

NOM DU PILOTE « ACTIONS CORRECTIVES » :					DATE DU CREX :/...../201.....	
Suivi des actions correctives						
N° de l'action	Date de mise en place	Nom du responsable	Libellé et contenu de l'action	Date d'évaluation	Degré de mise en œuvre (réalisée, non réalisée, en cours, prévue)	Modifications à proposer au CREX et leurs justifications

ETUDE PRISM : COMPTE RENDU COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

Nom de la structure : CREX N° :
 Date de la réunion CREX : / / 201... Durée de la réunion :
 Nombre de participants : (joindre fiche d'émargement)

Première partie : Restitution de l'analyse de l'EI choisi

Merci de joindre la fiche support d'analyse de l'EI, complétée par le « pilote analyse ».

Quelles actions correctives ont-été décidée en CREX ?

Action corrective 1 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 2 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Action corrective 3 :

Description :

.....

Responsable : Echéance de mise en place :

Modalités de diffusion de l'information :

.....

Evaluation de l'action corrective :

Echéance :

Modalités :

Deuxième partie : Suivi des actions correctives

Le suivi des actions correctives prévues lors des précédentes réunions CREX a été effectué par chaque pilote « actions correctives » pour les EI précédemment analysés.

Bref résumé du suivi des actions correctives mises en place selon la trame synthétique suivante :

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

Merci de bien reprendre toutes les actions décidées lors de tous les CREX précédents.

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

CREX N° :

Action N°:

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place :

Bilan de l'action ce jour :

Modification prévue ?

Troisième partie : Choix du prochain EI à analyser

Choix de l'EI à analyser pour la prochaine réunion parmi ceux renseignés dans le SREI :

.....
.....

Personne en charge de l'analyse (pilote « analyse ») :

Personne en charge des actions correctives (pilote « actions correctives ») :

Date du prochain CREX :/...../.....

Réunion de retour d'expérience - Fiche de présence

Nom de la structure :

Date de la réunion CREX : / /

CREX N° :

Nom	Profession	Signature

Enquête de satisfaction : *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.*

Etes-vous ?

- ☐ Patient
- ☐ Parent

Avez-vous consulté

- ☐ Un infirmier
- ☐ Un pharmacien

Etes-vous satisfait de la prise en charge ?

Vous êtes-vous senti en sécurité ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?

Avez-vous des remarques ?

Enquête de satisfaction délégrant : *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.*

A la lecture des comptes rendus de prise en charge dans le cadre de ce protocole :

La démarche vous paraît-elle sécurisée ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer la prise en charge ?

Avez-vous des remarques ?

Enquête de satisfaction délégué : *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.*

Lors des prises en charge dans le cadre de ce protocole :

Vous êtes-vous senti en sécurité ?

Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ?

Avez-vous des remarques ?

Annexe 10 : Document unique de déclaration d'équipe pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération national autorisé



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**

**Document unique de déclaration d'équipe pour la mise en œuvre d'un protocole de
coopération national autorisé**

*Conformément au IX de l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales
nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

☐ Madame [Nom, prénom] : _____

☐ Monsieur [Nom, prénom] : _____

☐ Docteur [Nom, prénom] : _____

[Adresse courriel du référent] : _____

Référent pour la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) :
[Localité, département, région] _____

Je déclare l'engagement dans la mise en œuvre du (des) protocole (s) national (aux) de coopération suivants [cocher la ou les cases correspondantes] :

- ☐ Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020
- ☐ Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020
- ☐ Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020
- ☐ Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020
- ☐ Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020
- ☐ Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020

des professionnels de santé mentionnés dans le tableau ci-après [liste non exhaustives] :

Nom	Prénom	Profession	N° RPPS / ADELI

.../...



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**

Je certifie sur l'honneur que ces professionnels ont validé la formation théorique et la formation pratique exigées pour la mise en œuvre de ce protocole et ont acquis les compétences spécifiques attendues.

Je m'engage à :

- Signaler toute modification relative aux membres de l'équipe engagée dans la mise en œuvre du protocole ;
- Transmettre sans délai à l'agence régionale de santé de mon territoire d'exercice et au comité national des coopérations interprofessionnelles (à l'adresse scomite-coop-ps@sante.gouv.fr) les éventuels événements indésirables déclarés par les professionnels ou les patients lors de la mise en œuvre du ou des protocole (s) de coopération nationaux.

Fait à [VILLE], le [DATE].
Signature du référent

Annexe 11 : Modèles types de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration en ligne pour mettre en œuvre un protocole national ou local (28)



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de l'offre de soins

Modèles type de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration en ligne

pour mettre en œuvre un protocole national ou un protocole local

Plateforme « démarche simplifiée »

Conformément aux décrets relatifs aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles de coopération nationaux (Décret n° 2020-148 du 21 février 2020) et locaux (Décret n° 2021-804 du 24 juin 2021)

1/ accord de l'employeur

2/ accord d'engagement des membres de l'équipe

3/ attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération

1/ Modèle : Accord de l'employeur

Je soussigné [NOM, PRENOM] responsable de la structure d'exercice [NOM], donne mon accord pour la déclaration et la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE] à l'équipe composée de :

- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
-

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du responsable

Cachet de la structure d'exercice

2/ Modèle : Accord d'engagement des membres de l'équipe

DELEGANTS				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

DELEGUES				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

Nous déclarons sur l'honneur notre engagement mutuel pour la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

Fait à [VILLE], le [DATE].

3/ Modèle : Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération

Je soussigné [NOM, PRENOM], exerçant en tant que délégué dans le cadre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] certifie sur l'honneur avoir validé les compétences spécifiques à celui-ci et conformément à son autorisation par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

La formation a été délivrée par [NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION/NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION] et a comporté :

- [XXX] heures de formation théorique et
- [XXX] heures de formation pratique.

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du délégué

Annexe 12 : Cerfa déclaration de choix du pharmacien correspondant (29)



N° 16166#01

DÉCLARATION DE CHOIX DU PHARMACIEN CORRESPONDANT

(articles L.5125-1-1 A et R.5125-33-5 du code de la santé publique (CSP))

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins	
L'assuré(e)	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	
Prénom	
N° de sécurité sociale	
Le bénéficiaire des soins	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse de l'assuré(e)	

Identification du pharmacien correspondant	
Raison sociale et adresse de la pharmacie	Nom et prénom du pharmacien correspondant titulaire de l'officine
	Nom
	Prénom
	Messagerie sécurisée de santé
N° de la structure (AM)	Identifiant (N° RPPS)

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du pharmacien correspondant	
Bénéficiaire des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Pharmacien correspondant
Je soussigné(e), M., Mme,	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le pharmacien ci-dessus comme pharmacien correspondant	déclare être le pharmacien correspondant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

S3744

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du pharmacien correspondant"

Le pharmacien correspondant déclaré est le pharmacien qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité. Il travaille en coordination avec votre médecin traitant et est dans le même exercice coordonné.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins, chaque assuré ou bénéficiaire des soins déclare à sa caisse d'assurance maladie le nom du pharmacien qu'il souhaite choisir et déclarer comme pharmacien correspondant. Ce choix doit être fait en accord avec ce pharmacien.

Avec votre accord, un pharmacien exerçant dans le même officine peut suppléer le pharmacien correspondant.

En cas de changement de pharmacie correspondante, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du pharmacien correspondant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

Remplissez avec le pharmacien de votre choix ce formulaire.

- ▶ Dans la rubrique "Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins" :
 - si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", vos nom, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "Le bénéficiaire des soins", votre date de naissance,
 - si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, concubin, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", les nom, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "Le bénéficiaire des soins", vos nom, prénom et date de naissance,
 - indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.
- ▶ Dans la rubrique "Identification de la pharmacie et du pharmacien correspondant" :
 - le pharmacien appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "Déclaration conjointe" en écrivant votre nom et celui du pharmacien choisi.

IMPORTANT :

N'oubliez pas de signer tous les deux cette déclaration.

- ▶ Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur non émancipé âgé de 16 à 18 ans, il doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- ▶ Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

Votre déclaration de choix du pharmacien correspondant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

Il convient de privilégier le téléservice et, à défaut, l'envoi de l'attestation papier.

S3744



CONTEXTE D'ELABORATION DU PROTOCOLE

L'ISOLEMENT DES SENIORS

= Protocole de prévention spécifique (chute, iatrogénie, déshydratation) en direction des personnes âgées, l'isolement étant un facteur de fragilité

Volonté des professionnels de flécher et structurer la prise en charge des seniors, de plus en plus nombreux sur notre territoire (reflet de notre diagnostic de territoire établi lors de la création de notre projet de santé). En effet notre population tend à vieillir du fait de l'augmentation du nombre de retraités. Nous le constatons dans nos patientèles respectives avec l'arrivée de nouveaux habitants qui choisissent de passer leur retraite sur notre commune (avantage de la campagne et proximité de la ville).

FICHE D'IDENTITE DU PROTOCOLE

DATE DE CREATION	Le 12/05/2021
DATE DE MODIFICATION	Le 30/09/2021
PORTEUR DU PROTOCOLE	MSP des Bois Linières
TITRE DU PROTOCOLE	Le 7 avril 2021
REFERENTS	TROUSSIER JB, ROCHET STEPHANIE
LISTE DES PROFESSIONS OU SERVICES ET STRUCTURES IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE	Les professionnels de la MSP Référénte centre communal d'action sociale de la mairie de St LEGER DE LINIERES Mme BEAUFILS Raphaëlle, psychologue Mme BARRET Anne-Jeanne, psychologue
DEFINITION ISOLEMENT	<ul style="list-style-type: none"> o Absence d'activité sociale o Absence de tiers déclarés auprès des professionnels o Ressenti d'isolement du patient o Peu ou pas de passage réel d'un tiers à domicile
OBJECTIF GENERAL	Repérage de l'isolement et mise en place d'actions pour limiter l'impact de cet isolement comme facteur de fragilité

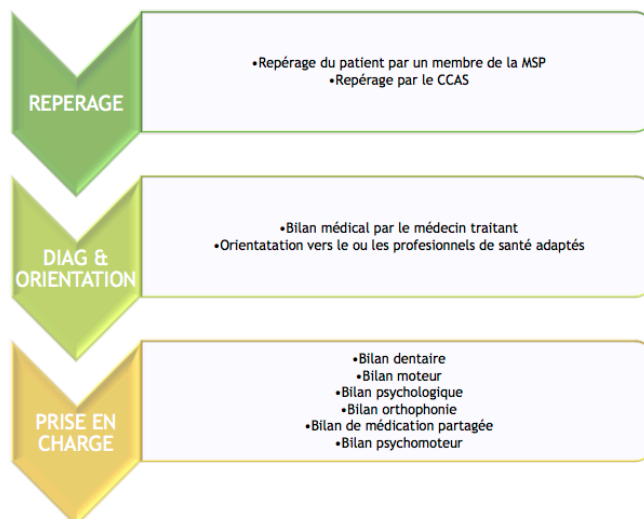
OBJECTIF SECONDAIRE	Repérer les facteurs de gravités associés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluer le risque chute : observation à la marche, motricité, repérage corporel dans l'espace, utilisation d'une aide à la marche, environnement intérieur et matériel, soins des pieds ou chaussage inadapté, pathologie invalidante ○ Dépression : peut être favorisée par l'isolement ou peut être la cause de l'isolement ○ Signes de dépression : changement de comportement, mauvaise humeur, plaintes somatiques répétées, insomnie, désintérêt pour l'environnement et son corps, abandon du soin, arrêt de prise de médicaments NB : faire la différence avec le fatalisme de la personne très âgée ○ Iatrogénicité : interactions entre les médicaments, en fonction du nombre de médicament sur l'ordonnance ○ Repérage des troubles cognitifs limitant l'autonomie du patient : troubles pathologiques (signes d'entrée dans une maladie dégénérative) vs vieillissement normal ○ Alimentation/hydratation : dénutrition + hypoglycémie A évaluer via la perte de poids (si rapide et importante corrélée avec le risque de chute), état général, consommation d'alcool, risque de fausse route/ trouble déglutition (presbyphagie ou dysphagie signe d'alerte pathologie neurodégénérative ?) Évaluation déshydratation : Lèvre sèche, pli cutanée, hypotension artérielle
POPULATION CIBLE	➤ 65 ans seul ou en couple
EVALUATION	Nombre de patients inclus + satisfaction Nombre de professionnels intervenant + satisfaction Retour des partenaires extérieurs
LISTE DES DOCUMENTS ASSOCIES	Fiche de signalement Fiche de consentement

	Partenariat avec la municipalité Évaluation du protocole
LISTE DES SOURCES DOCUMENTAIRES OU REFERENCES	Source INSEE 2016 Plan Régional de Santé 2018-2022 ARS C@rtosanté BLANCHET. M, 2019. L'isolement des personnes âgées à l'heure du déconfinement, quelles perspectives territoriales ? Gérontopole et Région Pays de la Loire Sénécal I., 2019. Solitude et isolement des personnes âgées en France. Quels liens avec les territoires ? Rapport des Petits Frères des Pauvres, n°3.
GROUPE DE TRAVAIL	Carole CLEMOT, Marie DELHOMME, Stéphanie ROCHET, Blandine REGNIER, Marine TOURAND, Alain MILLOT, Jean Bernard TROUSSIER
VALIDATION DU DOCUMENT	Le par le comité de gestion

CORPS DU PROTOCOLE

PAR QUI	ACTIONS
Les membres de la MSP (le professionnel de santé ne peut être considéré comme un tiers)	Bilan de médication partagée : auprès de la pharmacie et au-delà de 5 traitements
	Bilan motricité et/ou bilan de chutes chez les kinésithérapeutes et ostéopathes
	Bilan psychomoteur
	Bilan orthophonique : indiqué devant toute plainte COGNITIVE (mémoire, attention, désorientation, langage etc..) ou ORO-MYO-FACIALE (déglutition, articulation, voix) que ce soit suite lésions (trauma crânien ; AVC, chirurgies/cancer ORL...) ou d'allure dégénérative (alzheimer, sd parkinsonien, SEP, SLA).
	Bilan social : référente de la mairie = Mme Aline Bellanger (avec l'accord écrit du patient) <ul style="list-style-type: none"> CLIC : 02 41 80 68 13 / ADMR : 02 41 48 38 73 Association mairie pour les seniors : club de l'amitié, le CSI (atelier mémoire), LAL (association sportive, gym douce etc)
	Bilan médical : signalement ou retour auprès du médecin traitant s'il ne fait pas partie de la MSP (cf fiche pour le médecin traitant)
	Bilan psychologique : possible à domicile (Mme Raphaëlle Beaufils 06 74 35 65 74) ou en cabinet à Bécon-les-Granits (Mme Barret Marie-Jeanne 0678272401)
	Bilan dentaire : appareillage inadapté, mastication, état bucco-dentaire, troubles de déglutition, hygiène bucco-dentaire

BILAN DU PROTOCOLE



ANNEXE 1

TRAME D'UN PROJET DE SANTE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS)

Une CPTS est un **mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population**. Elle regroupe des acteurs de santé pour répondre à un besoin en santé non ou insuffisamment couvert sur un territoire. La CPTS doit permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de santé de ville et leurs partenaires. Elle constitue un cadre de coopération et de coordination des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire.

Ceci implique

- L'adoption d'une **approche populationnelle** : les acteurs de la CPTS s'organisent pour mieux répondre aux besoins de santé d'un territoire résoudre des problèmes de manière pragmatique au service de la population.
- La **coordination des prises en charge** en santé : la CPTS organise les liens entre les équipes de soins primaires, le second recours, les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, au plus près du lieu de vie.

Les membres de la CPTS élaborent un **projet de santé** qui décrit :

- Les besoins identifiés sur le territoire en termes de coordination dans les prises en charge
- Les actions proposées pour y répondre
- Les acteurs engagés et le territoire de la CPTS
- Les modalités de mise en œuvre de la coordination
- Les modalités d'évaluation

Le projet de santé prend la forme d'un document rédigé, signé de l'ensemble des acteurs qui sont partie prenante dans le projet. Il est transmis à l'ARS qui vérifie la cohérence du document avec les autres projets territoriaux (*exemples : GHT, CLS, Contrats territoriaux de santé mentale ...*).

Le projet de santé se compose de **trois parties distinctes** :

- Le cadre de la CPTS
- Les projets mis en place par la CPTS
- Les membres de la CPTS

1. Le cadre de la CPTS

1.1. Le territoire et la population couverte

Le territoire de la CPTS est variable selon les lieux, les personnes investies et les projets. Toutefois, il doit avoir un sens en termes d'offre de soins (territoire de PDSA, zone d'attraction d'un établissement hospitalier...). Il n'est ni trop grand pour que les professionnels de santé se connaissent et que la population s'y reconnaisse, ni trop petit pour couvrir une population significative et permettre de mobiliser un panel suffisant de ressources. Ainsi, il varie selon que l'on se situe sur des territoires ruraux peu peuplés ou sur des territoires périurbains ou urbains, avec un seuil minimal de 20 000 habitants.

Il est à noter qu'un même territoire ne peut pas abriter plusieurs CPTS. En revanche, un même acteur peut être membre de plusieurs CPTS.

Il n'est pas attendu à ce niveau un diagnostic détaillé du territoire mais seulement une description des limites du territoire et des principales caractéristiques de la population (*nombre, évolution, attentions particulières*).

1.2. Organisations existantes en termes d'exercice coordonné sur le territoire

Les CPTS émanent de l'initiative d'acteurs de santé d'un territoire désireux de mieux travailler ensemble et d'améliorer leur coordination. Elles sont initiées prioritairement par des professionnels de santé de ville.

L'exercice en Equipe de Soins Primaire peut être facilitant pour la mise en place d'une CPTS.

Il s'agit dans cette partie de lister et décrire succinctement, le cas échéant, les organisations d'exercice coordonné existantes sur lesquelles la CPTS pourra s'appuyer en termes d'organisation et de fonctionnement (*localisation, nombre de professionnels participants, ...*).

1.3. Gouvernance

Les textes ne prévoient pas de forme juridique particulière pour la CPTS. La CPTS peut ne pas avoir de forme juridique et être matérialisée uniquement par son projet de santé.

La forme juridique éventuellement retenue dépend de la nature des acteurs membres et des éventuelles subventions que la CPTS peut solliciter. Elle doit permettre à chaque acteur de garder sa propre structuration (*exemples : MSP, ESP CLAP, CDS ...*). Elle doit être assez souple pour ne pas alourdir le dispositif d'organisation et de gouvernance territoriale. La gouvernance dépend de la structuration retenue, avec, à minima, un comité de pilotage.

Le projet de santé décrit les modalités de fonctionnement de la gouvernance (structuration et instances) avec notamment l'organisation de la coordination et l'animation des instances.

2. Les projets mis en place par la CPTS

Dans un premier temps, les professionnels de santé vont identifier des

- **besoins de santé sur le territoire** (*exemples : addiction, santé mentale, pathologies chroniques*).
- **problème d'accès aux soins** (*exemples : soins non programmés, accès à un médecin traitant, accès au second recours ...*)
- **organisations des soins** nécessitant une meilleure articulation entre les acteurs du territoire tels que l'accès aux soins, les sorties d'hospitalisation, l'articulation médecin traitant-EHPAD, les soins non programmés en dehors des heures de permanence des soins ou encore la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles...

Dans la mesure du possible, l'avis des usagers du territoire est recueilli lors de cette étape de diagnostic.

Dans un second temps, sur les thématiques retenues, les professionnels identifient les autres acteurs du territoire concernés par la thématique, qu'ils réunissent pour définir un plan d'action. Dans le premier cas les actions proposées portent sur la prise en *charge* (*exemples : protocoles partagés entre les acteurs, réunions de concertation ...*) et/ou sur la prévention. Dans le second cas, les actions concernent

principalement la mise en place d'une coordination à l'échelle du territoire (*exemples : protocoles, expérimentations innovantes ...*).

Le projet de santé doit comprendre au moins 2 actions sur les thématiques ci-dessous, identifiées dans le cadre de la stratégie nationale de transformation du système de santé (*cf. Rapport : Repenser l'organisation territoriale des soins*). Il est possible de développer 2 actions sur un même thème.

Objectif	Exemple d'actions
Améliorer l'accès aux soins : <ul style="list-style-type: none"> - accès au médecin traitant - accès aux soins de recours 	<i>Consultations avancées</i> <i>Télémédecine</i>
Organiser les soins non programmés	<i>Créneaux de consultations d'urgence</i> <i>Organisation de permanences</i> <i>Régulation</i> <i>Orientation</i>
Favoriser les parcours et protocoles de prises en charges, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - La sécurisation des transitions ville-hôpital) - Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou polypathologiques 	<i>Appui aux cas complexes</i> <i>Suivi des pathologies chroniques</i> <i>Articulation 1^{er} et 2^e recours</i> <i>Organisation des entrées et sorties d'hôpital ou d'établissements,</i> <i>Lien avec la psychiatrie</i>
Développer les actions de prévention et de promotion de la santé	<i>Action de prévention</i> <i>Education thérapeutique du patient</i> <i>Dépistage</i> <i>Vaccination</i>

Ces éléments sont repris dans le projet de santé sous la forme de **fiches actions** (modèle ci-après). D'autres documents peuvent être joints en annexe si nécessaire.

Le projet de santé est évolutif. En effet, le projet de santé initial de la CPTS doit comporter au minimum deux fiches action associant des professionnels de santé de premier recours et/ou du second recours ainsi que des structures sanitaires ou médico-sociales ou sociales ou des acteurs de la prévention. Les autres thématiques doivent être abordées dans un second temps, les autres fiches étant ajoutées par voie d'avenant au fur et à mesure.

Modèle de fiche projet

LIBELLE DE L'ACTION	
Problématique	<p>Description du contexte et motifs du choix de la thématique parmi la liste ci-dessus.</p> <p>La thématique retenue doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit organiser la réponse à un besoin de santé sur le territoire (addiction, santé mentale, pathologie chronique). soit contribuer à l'amélioration des organisations en permettant une meilleure articulation entre les acteurs du territoire (sorties d'hospitalisation, accès au second recours, articulation médecin traitant-EHPAD, soins non programmés en dehors des heures de permanence des soins, réponse aux situations sanitaires exceptionnelles...)
Objectif général et objectifs spécifiques	<p>L'objectif général décrit la cible à atteindre, il est décliné en objectifs spécifiques.</p> <p>Les objectifs spécifiques donnent le cap à moyen terme et permettent de définir les actions à mettre en place pour atteindre l'objectif général. Ils doivent être simples, mesurables et réalistes.</p>
Actions à mettre en œuvre	Plan d'actions détaillé décrivant les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs spécifiques.
Acteurs impliqués et Partenaires	Liste les acteurs du territoire impliqués dans le projet qui sont membres de la CPTS (cf. point3) et ceux qui seront partenaires (élus, usagers, associations)
Coordinateur de l'action	Membre de la CPTS qui coordonne l'action. Il est le référent et s'assure de la mise en œuvre de l'action et de son suivi. Il assure le lien avec les instances de gouvernance et la coordination générale de la CPTS.
Calendrier	Le calendrier permet de prioriser et d'assurer le suivi du déploiement des actions. Il doit prendre en compte la disponibilité des acteurs et leur volonté à s'impliquer dans le projet.
Critères d'évaluation	Permettent de suivre l'action et de l'évaluer, notamment d'identifier l'apport de cette organisation pour les patients et les professionnels.
Moyens nécessaires	<p>Définis en fonction des actions envisagées</p> <p>Outils (protocole, système d'information ...), temps de coordination, conventions de partenariat.</p>

3. Les membres de la CPTS

Les CPTS émanent de l'initiative d'acteurs de santé d'un territoire désireux de mieux travailler ensemble et d'améliorer leur coordination. Elles sont initiées prioritairement par des professionnels de santé de ville.

Tous les professionnels de santé de ville sont invités à participer au projet de CPTS qui se constitue sur leur territoire. L'exercice en équipes de soins primaires sera un élément facilitant pour la constitution de la CPTS. Il permet en effet de valoriser et de capitaliser l'expérience des professionnels de santé qui y exercent en termes de structuration et de coordination pluri professionnelle.

La CPTS est par nature interprofessionnelle.

Outre les professionnels, **il est opportun, de formaliser des partenariats avec les élus locaux, notamment sur les territoires dotés d'un contrat local de santé, et d'associer les usagers.** En effet, tous les acteurs sont au service de la santé et le patient en est le premier acteur. Les élus ont les moyens d'agir sur certains déterminants de santé et ont pour mission de contribuer à l'aménagement du territoire dont l'accès aux soins constitue l'un des aspects.

La CPTS doit également travailler avec les autres acteurs du territoire susceptibles de lui apporter un appui dans l'organisation des parcours patients (*ex : CLIC...*).

La présence d'emblée de tous les acteurs (acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux) n'est pas un prérequis pour constituer une CPTS. Sa composition dépend du territoire, des besoins identifiés et donc du contour du projet de santé. **Néanmoins, la CPTS ne peut pas être constituée d'une seule catégorie d'acteurs (exemple : professionnels libéraux de 1^{er} et 2nd recours).** A terme, la CPTS a vocation à entraîner tous les professionnels et acteurs de santé du territoire dans la dynamique. A minima l'ensemble des acteurs du territoire a vocation à être associé en amont pour partager le diagnostic qui servira de base au projet de santé.

La composition de la CPTS est modulable et évolutive. En effet, la progressivité dans le déploiement des axes de travail de la CPTS, pourra entraîner l'association de nouveaux membres en fonction des nouvelles thématiques abordées.

La liste des membres de la CPTS est jointe au projet de santé et chacun des membres (représentant légal pour les structures et les établissements) signe le projet.

Professionnels de santé de ville membres dans la CPTS

Nom Prénom	Profession	Signature

Autres acteurs et structures impliqués

Acteur ou structure	Représentant (Nom Prénom Fonction)	Signature

TRAME DE LETTRE D'INTENTION POUR LA CREATION D'UNE COMMUNAUTE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS)

La lettre d'intention doit être envoyée par mail à l'ARS à l'adresse suivante :
ARS-PDL-DOSA-ASP@ars.sante.fr

Equipe projet de démarrage

Lister les acteurs identifiés pour porter le projet et/ou participer au projet de la CPTS.

« Motivations »

Enoncer les éléments déclencheurs de la réflexion autour d'une CPTS sur votre territoire.

Territoire envisagé

Décrire rapidement :

- Les limites du territoire,
- La population concernée,
- Les principaux acteurs de santé (professionnels de santé libéraux, structure d'exercices coordonnées, établissements de santé, établissements médicaux sociaux ...)

Premières actions du projet de santé pré identifiées

Exposer succinctement les actions envisagées et les acteurs associés à chaque action.

Calendrier prévisionnel de création de la CPTS

Besoins d'accompagnement



Fédération Nationale

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé



LA FEDERATION NATIONALE DES CPTS VOUS ACCOMPAGNE



Vous exercez en CPTS
ou avez un projet de création de CPTS,
rejoignez la Fédération !

- Ecoute
- Conseil
- Partage
- Services
- Représentation
- Co-construction
- Avenir

*Dans une dynamique fédératrice, la FCPTS apporte son appui
pour le déploiement des CPTS en France.*

*Au quotidien, la Fédération œuvre à vos côtés pour que le
dispositif CPTS s'inscrive pleinement dans la
transformation de notre système de santé afin de répondre
aux besoins de santé populationnels dans les territoires.
Le collège des coordinateurs de CPTS est un lieu de
réflexion collective, de partage d'expériences pour un
enrichissement mutuel. Il est force de propositions.*



Fédération Nationale



FCPTS
Fédération Nationale

Consultez le site web de la Fédération ou
contactez-nous pour plus d'informations ► ► ►

coordination@fcpts.org
www.fcpts.org

Anne-Astrid GHEZEL

Intégrer une CPTS : Quel intérêt pour le pharmacien d'officine ?

Enquête auprès des différents acteurs en Pays de la Loire

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et leur prise en charge de plus en plus complexe en ambulatoire, nécessitent une coordination accrue entre les acteurs de santé. Les soins de proximité se construisent au sein de structures d'exercice coordonné comme des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé.

La loi de modernisation de notre système de santé datant du 26 janvier 2016 a créé un dispositif nouveau, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Ces équipes de professionnels constituent une des mesures phares communiquées par le Président de la République le 18 septembre 2018 avec le déploiement à l'horizon 2022, de 1000 CPTS pour mailler le territoire. Les porteurs de projets sont aujourd'hui accompagnés par nombreux acteurs engagés au niveau national et régional.

Il existe un manque de données statistiques concernant l'impact des CPTS sur leur territoire, mais les entretiens réalisés dans le cadre de ce travail mettent en évidence l'intérêt pour les pharmaciens d'officine d'appartenir à ces structures. Les CPTS rassemblent l'ensemble des acteurs de la santé, pour créer un authentique réseau entre les professionnels exerçant sur un même territoire.

Intégrer une CPTS permet à chaque professionnel de santé, dont le pharmacien d'officine, d'œuvrer à promouvoir et à faciliter l'accès aux soins de la population française. Cet accès aux soins est l'un des plus grands défis de notre système de santé. Les CPTS sont un nouvel outil mis à notre disposition pour nous aider à répondre aux enjeux de demain, dans l'intérêt du patient, le centre de nos préoccupations.

mots-clés : communauté professionnelle territoriale de santé, accès aux soins, pharmacien d'officine, structure d'exercice coordonné, équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé.

ABSTRACT

Today, the ageing of the population, the increase in chronic diseases and their increasingly complex management on an outpatient basis require greater coordination between health care providers. Local care is being developed within coordinated practice structures such as primary care teams, multi-professional health houses and health centres.

The law on the modernisation of our health system of 26th January 2016 created a new device, the Territorial Professional Health Community (CPTS). These teams of professionals are one of the key measures announced by the President of the Republic on 18th September 2018, with the deployment of 1,000 CPTS by 2022 to cover the whole country. The project leaders are currently supported by numerous actors involved at national and regional level.

There is a lack of statistical data concerning the impact of the CPTS on their territory, but the interviews conducted as part of this work highlight the interest of pharmacists in belonging to these structures. CPTS bring together all health care stakeholders to create a genuine network between professionals working in the same area.

Joining a CPTS allows each health professional, including the pharmacist, to work towards promoting and facilitating access to care for the French population. This access to care is one of the greatest challenges of our health system. The CPTS are a new tool at our disposal to help us meet the challenges of tomorrow, in the interest of the patient, who is the focus of our concerns.

keywords: territorial professional health community, access to care, pharmacist, coordinated practice structure, primary care team, multi-professional health houses, health centre.