

Projet de Santé CPTS Tarbes Adour

Date de dépôt

17 juin 2021

Statut juridique	Association Loi 1901																	
Nom de la structure porteuse du projet	Association CPTS Tarbes Adour																	
N° Association (le cas échéant)	W653007605																	
Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS	MSP du Foirail - 15 place du Foirail 65000 TARBES Téléphone : pas de numéro dédié avant structuration effective Courriel : tarbesadourcpts@gmail.com																	
Personne contact	Dans l'attente d'une structuration/secrétariat dédié NOM : Kozub Decotte PRENOM : Eva Profession : médecin généraliste Téléphone : 0562368593 Courriel : eva_kozub_decotte@mailo.com																	
Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS	Présidente de l'Association : Eva Decotte , médecin généraliste Vice-Présidente de l'Association : Carole Gavigniaux , infirmière diplômée d'Etat																	
Taille de la CPTS (population)	83 366 habitants (<i>Insee RP 2017</i>) Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants)																	
Département (s) et territoire (s) ou commune(s) concernés	Département : Hautes-Pyrénées – Territoire : Tarbes-Adour <table border="1" data-bbox="702 1310 986 1971"> <tr><td>Aureilhan</td></tr> <tr><td>Barbazan-Debat</td></tr> <tr><td>Bordères sur l'Echez</td></tr> <tr><td>Boulin</td></tr> <tr><td>Ger</td></tr> <tr><td>Horgues</td></tr> <tr><td>Ibos</td></tr> <tr><td>Juillan</td></tr> <tr><td>Laloubère</td></tr> <tr><td>Lizos</td></tr> <tr><td>Odos</td></tr> <tr><td>Pouyastruc</td></tr> <tr><td>Salles-Adour</td></tr> <tr><td>Sarrouilles</td></tr> <tr><td>Séméac</td></tr> <tr><td>Soues</td></tr> <tr><td>Tarbes</td></tr> </table>	Aureilhan	Barbazan-Debat	Bordères sur l'Echez	Boulin	Ger	Horgues	Ibos	Juillan	Laloubère	Lizos	Odos	Pouyastruc	Salles-Adour	Sarrouilles	Séméac	Soues	Tarbes
Aureilhan																		
Barbazan-Debat																		
Bordères sur l'Echez																		
Boulin																		
Ger																		
Horgues																		
Ibos																		
Juillan																		
Laloubère																		
Lizos																		
Odos																		
Pouyastruc																		
Salles-Adour																		
Sarrouilles																		
Séméac																		
Soues																		
Tarbes																		
Validation de la lettre d'intention	Mois / Année : Mars-Avril 2020																	

Introduction

La genèse

Les professionnels de santé du territoire de Tarbes Adour ont décidé de se constituer en COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) dans une logique de projet populationnel.

Ce projet de CPTS a émergé de plusieurs réflexions émanant des professionnels libéraux, notamment au sein des structures coordonnées déjà existantes comme les MSP (Maisons de Santé Pluri professionnelles) du territoire et l'ESP (Equipe de Soins primaires) d'Aureilhan, mais aussi entre professionnels d'une même profession (médecins généralistes, infirmier.es, kinésithérapeutes, pharmaciens, biologistes...). Un travail constructif a été amorcé avec l'aide des différentes URPS d'Occitanie, de l'ARS, de la CPAM, puis du guichet CPTS.

De mai 2019 à septembre 2019, les différentes professions ont formé spontanément des groupes de travail pour réfléchir à la constitution de la future CPTS.

Entre septembre et novembre 2019, 3 rencontres interprofessionnelles ont eu lieu et ont permis la rédaction de la lettre d'intention. En parallèle, un questionnaire a été envoyé avec l'aide logistique de l'URPS-ML pour informer/mobiliser les médecins libéraux sur ce projet de CPTS. L'URPS-ML a également informé l'ensemble des URPS de la région de l'existence de ce questionnaire.

L'association Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Tarbes-Adour a été créée en décembre 2019.

Le pourquoi, ...

Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les prises en charge de plus en plus lourdes et complexes en ambulatoire, associés à une société de plus en plus inclusive, nécessitent aujourd'hui une coordination accrue entre les acteurs de santé. Cette coordination, pour être efficace, doit être organisée et formalisée. D'autant plus que sur le territoire, des tensions en termes de démographie médicale se font ressentir par bon nombres de professionnels de santé et d'habitants.

En effet il nous apparaît nécessaire de créer un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service de la population de notre territoire, afin de pouvoir répondre aux défis d'une prise en charge de qualité dans un contexte de démographie médicale altérée.

La création de la CPTS doit également permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de santé de ville et leurs partenaires, notamment les établissements de santé. Elle constitue un cadre de coopération et de coordination des acteurs de santé à l'échelle du territoire, essentielle pour améliorer la prise en charge des situations complexes.

Pour mener à bien ces missions, nous nous appuyerons notamment sur la création de liens entre les lieux d'exercice, des réunions de concertation pluridisciplinaires, une plateforme territoriale d'appui, et le développement des outils de communication adaptés à la coordination des soins.

Le dispositif de CPTS vise un décloisonnement pluri professionnel qui :

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

La force de notre projet, ...

C'est d'être avant tout porté par les professionnels du territoire et de s'appuyer sur un collectif déjà habitué à mener des actions partenariales ...

Sommaire

<u>Diagnostic territorial</u>	<u>4</u>
<u>1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic</u>	<u>4</u>
<u>2 - Territoire de la CPTS</u>	<u>5</u>
<u>3 - Approche statistique du territoire</u>	<u>9</u>
<u>4 - Analyse des données & identification des problématiques</u>	<u>39</u>
<u>5 - Orientations stratégiques du projet de santé</u>	<u>39</u>
<u>Définition des missions</u>	<u>43</u>
<u>Mission socle 1A</u>	<u>44</u>
<u>Mission socle 1B</u>	<u>52</u>
<u>Mission socle 2</u>	<u>63</u>
<u>Mission socle 3</u>	<u>82</u>
<u>Mission complémentaire 1</u>	<u>88</u>
<u>Mission complémentaire 2</u>	<u>89</u>
<u>Organisation et fonctionnement</u>	<u>90</u>
<u>1 - Gouvernance</u>	<u>91</u>
<u>2 - Coordination du projet de santé de la CPTS</u>	<u>97</u>
<u>3 - Systèmes d'information</u>	<u>98</u>
<u>4 - Budget prévisionnel</u>	<u>99</u>
<u>5 - Planification du projet : Echancier indicatif de mise en œuvre du Projet</u>	<u>110</u>
<u>Annexes</u>	<u>113</u>
<u>Synthèse du diagnostic territorial</u>	<u>113</u>
<u>1 Statuts de l'Association CPTS Tarbes Adour</u>	<u>118</u>
<u>2 Règlement intérieur de l'Association CPTS Tarbes Adour</u>	<u>134</u>
<u>3 Liste des membres Fondateurs</u>	<u>141</u>

1^{ère} partie

Diagnostic territorial

Le diagnostic territorial est l'étape préalable permettant d'identifier les besoins et de définir les objectifs qui se déclineront ensuite en actions.

Il a été réalisé à partir d'approches complémentaires quantitatives et qualitatives afin de recenser et mettre en évidence les forces et les faiblesses, ainsi que les attentes des professionnels et des usagers. Il permet d'identifier les causes de dysfonctionnements et surtout de dégager des axes de progrès.

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

1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic

Le diagnostic territorial de santé a été réalisé à partir de l'analyse de données quantitatives.

Une première analyse a été réalisée par les professionnels de santé du territoire de la CPTS lors de l'écriture de la lettre d'intention, en s'appuyant sur des données fournies par l'ARS Occitanie et la CPAM. Ce diagnostic a par la suite été enrichi par les professionnels de santé, avec l'aide méthodologique du bureau d'études Icone Médiation Santé, mandaté par l'association afin d'aider les professionnels à rédiger leur projet de santé.

Cette analyse documentaire a porté sur :

- **La situation socio-démographique du territoire ;**
- **L'état de santé de la population ;**
- **L'offre de services de santé.**

Les principales sources de recueil d'indicateurs chiffrés sont :

- Données statistiques de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé ;
- Données de l'INSEE ;
- Site internet Cartosanté : <http://cartosante.atlasante.fr/> ;
- Site internet de l'observatoire des territoires : <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr> ;
- Outil REZONE CPTS : <http://rezonecpts.ameli.fr/> ;
- Tableau de bord sur la santé – ORS CREAL, ARS Occitanie – 2016 ;
- Site internet de l'ARS Occitanie : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/> et du portail d'accompagnement des professionnels de santé : <https://www.occitanie.paps.sante.fr/> ;
- Site internet du registre français du social et médico-social : <https://annuaire.action-sociale.org> ;

Les données diagnostiques ont été présentées aux différents groupes de travail thématiques afin d'être confrontées aux réalités de terrain et d'identifier à partir des dysfonctionnements ou d'indicateurs de santé moins favorables, les actions à promouvoir.

Une synthèse figure en annexe.

Implication des usagers :

Du fait de la crise sanitaire et de la forte mobilisation des professionnels de santé de la CPTS pour la gestion de la crise, il n'a pas été réalisable d'impliquer les usagers à la phase de diagnostic. En revanche, certaines associations d'usagers ou patients ont déjà été sollicitées ou vont l'être comme partenaires ou acteurs d'actions menées par la CPTS (troubles du neurodéveloppement, ICOPE...). D'autre part, il est prévu le recueil de la satisfaction des patients/usagers dans les indicateurs d'évaluation de plusieurs actions. Enfin, une réflexion plus globale pourra être menée sur l'implication d'usagers à moyen et plus long terme. Il a par exemple été discuté en conseil administration d'impliquer le comité d'usagers du CH de Bigorre pour les actions concernant les entrées et sorties d'hospitalisation, ou encore de travailler avec l'association France Assos Santé.

2 - Territoire de la CPTS

2.1.- Limites géographiques de la CPTS

17 communes, 83 366 habitants (Insee RP 2017)

Nom de la commune / quartier	Code Insee	Code postal	Nombre d'habitants
Aureilhan	65047	65800	7 745
Barbazan-Debat	65062	65690	3 463
Bordères sur l'Echez	65100	65320	5 227
Boulin	65104	65350	288
Ger	64238	64530	1 899
Horgues	65223	65310	1 198
Ibos	65226	65420	2 895
Juillan	65235	65290	4 106
Laloubère	65251	65310	1 883
Lizos	65276	65350	117
Odos	65331	65310	3 242
Pouyastruc	65369	65350	675
Salles-Adour	65401	65360	594
Sarrouilles	65410	65600	529
Séméac	65417	65600	4 926
Soues	65433	65430	3 061
Tarbes	65440	65000	41 518
<i>Source : INSEE RP 2017</i>		Total	83 366

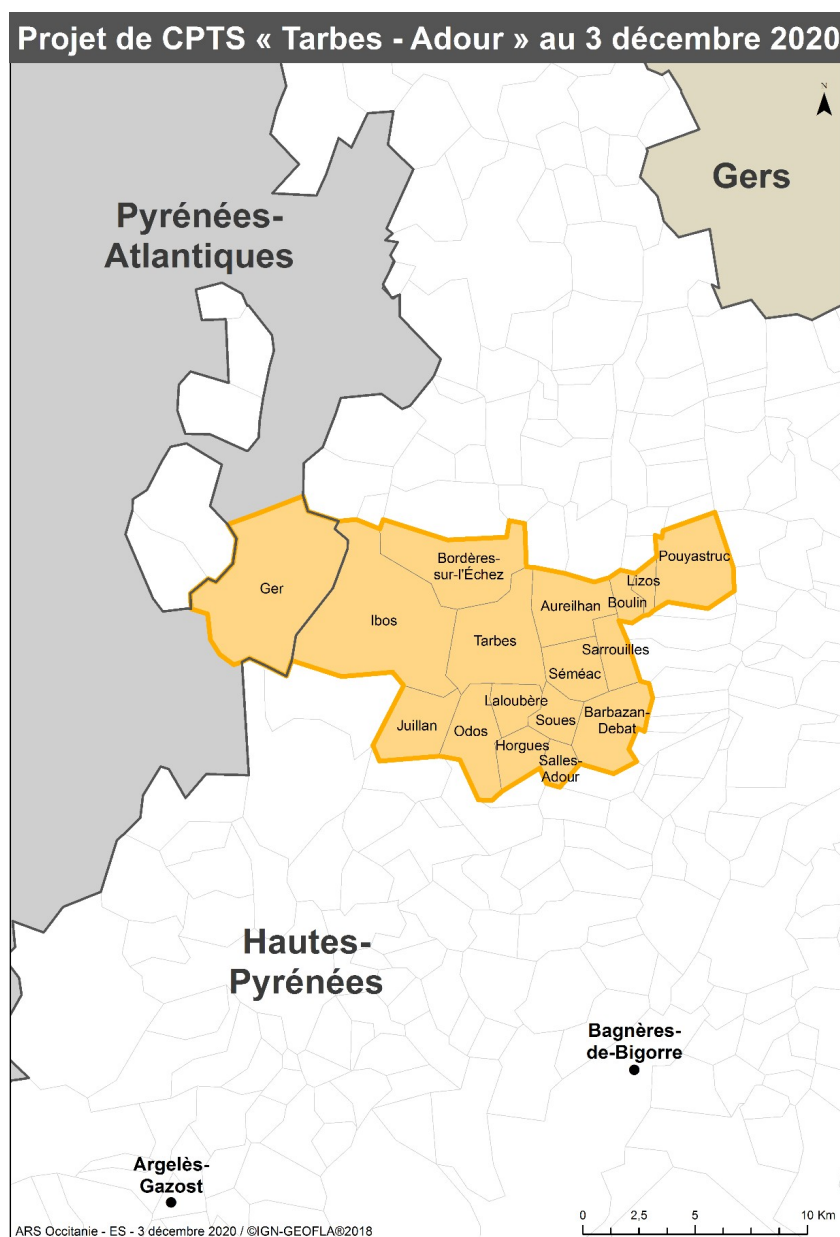
2.2. – Taille du territoire

Population du territoire de la CPTS	<input type="checkbox"/> Taille 1 (moins de 40 000 habitants) <input type="checkbox"/> Taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants) <input checked="" type="checkbox"/> Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants) <input type="checkbox"/> Taille 4 (plus de 175 000 habitants)
--	---

2.3. – Cartographie du territoire

Le territoire de la CPTS s'étend sur Tarbes, préfecture du département des Hautes-Pyrénées, et sur 16 communes limitrophes.

Territoire de la CPTS Tarbes Adour





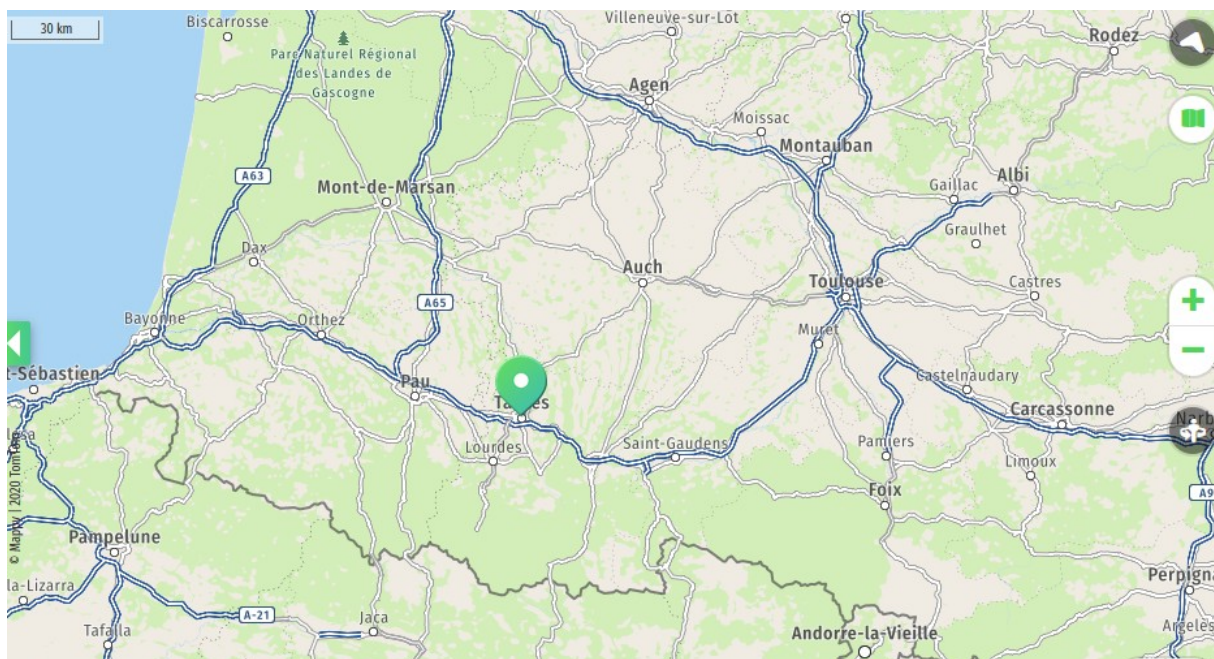
Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/>

Territoire de la CPTS Tarbes Adour au sein du département des Hautes-Pyrénées



Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/>

Territoire de la CPTS Tarbes Adour en France



Source : <http://fr.mappy.com/>

2.4.- Caractéristiques générales du territoire

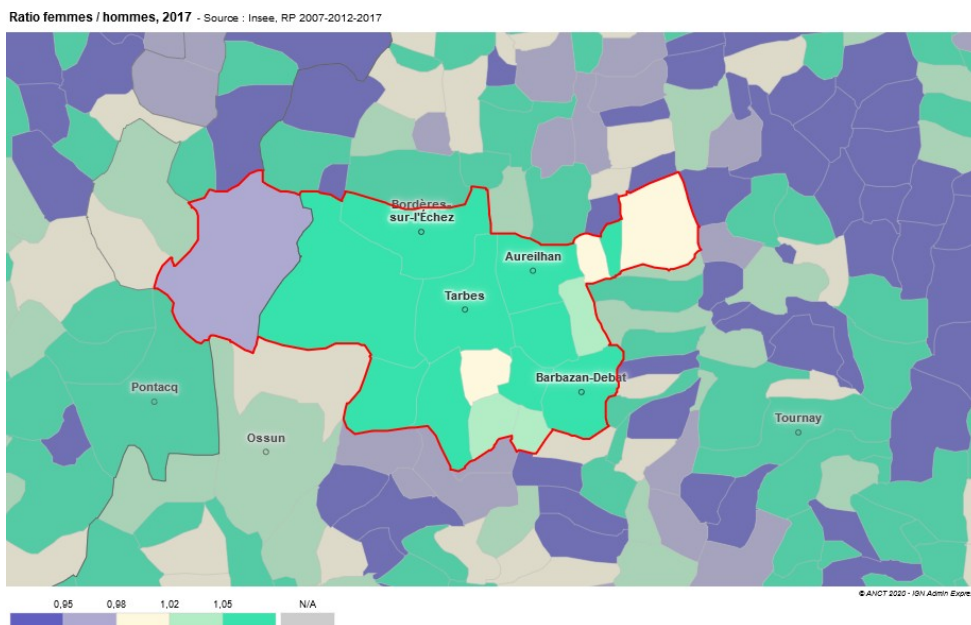
La CPTS de Tarbes Adour est située dans le département des Hautes-Pyrénées, en région Occitanie, à 150 kms au Sud-Ouest de Toulouse et à 150 kms à l'Est de Bayonne. Le département des Hautes-Pyrénées est parmi les plus âgés (10^{ème} de province) et confronté à un recul de l'emploi (-0,4% contre +0,7% en Occitanie). Le territoire de la CPTS est situé en plaine, au pied des Pyrénées : il comprend la ville de Tarbes, préfecture de département, ainsi que 16 communes limitrophes. Il s'agit de l'une des seules grandes aires urbaines des Hautes-Pyrénées (sinon la seule), où se concentre l'activité industrielle, notamment des secteurs ferroviaire et aéronautique.

3 - Approche statistique du territoire

3.1.- Données démographiques et socio-économiques

Une population plus jeune qu'au niveau départemental mais plus âgée qu'aux niveaux régional et national

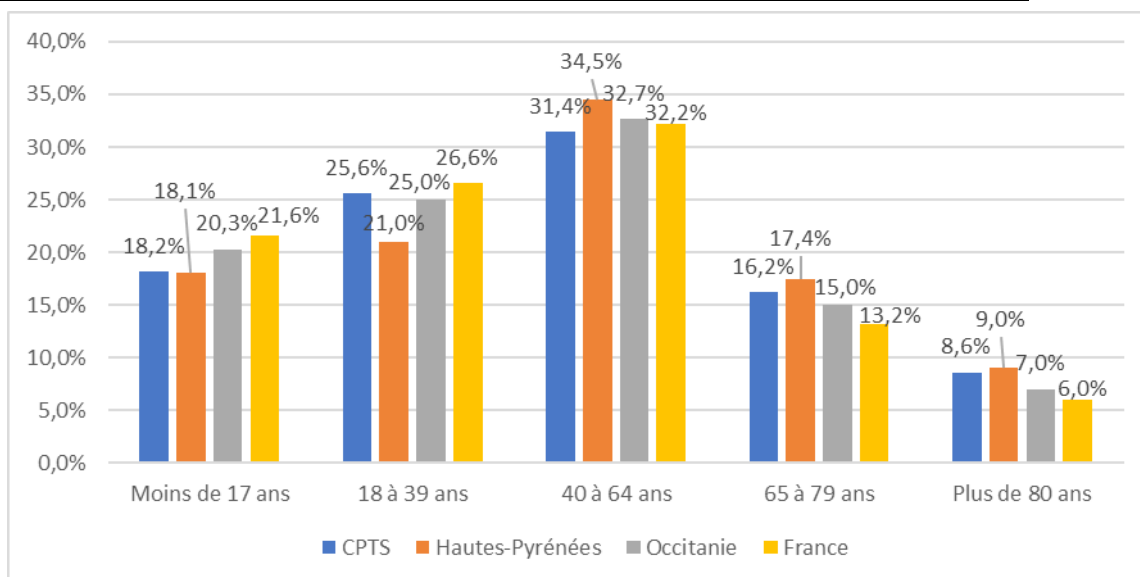
Répartition de la population par sexe



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le ratio femmes/hommes de la population de la CPTS est à 1,11, soit très proche de celui de la France (1,07). Il y a donc un peu plus de femmes que d'hommes sur le territoire.

Répartition de la population par âge comparativement aux territoires de référence

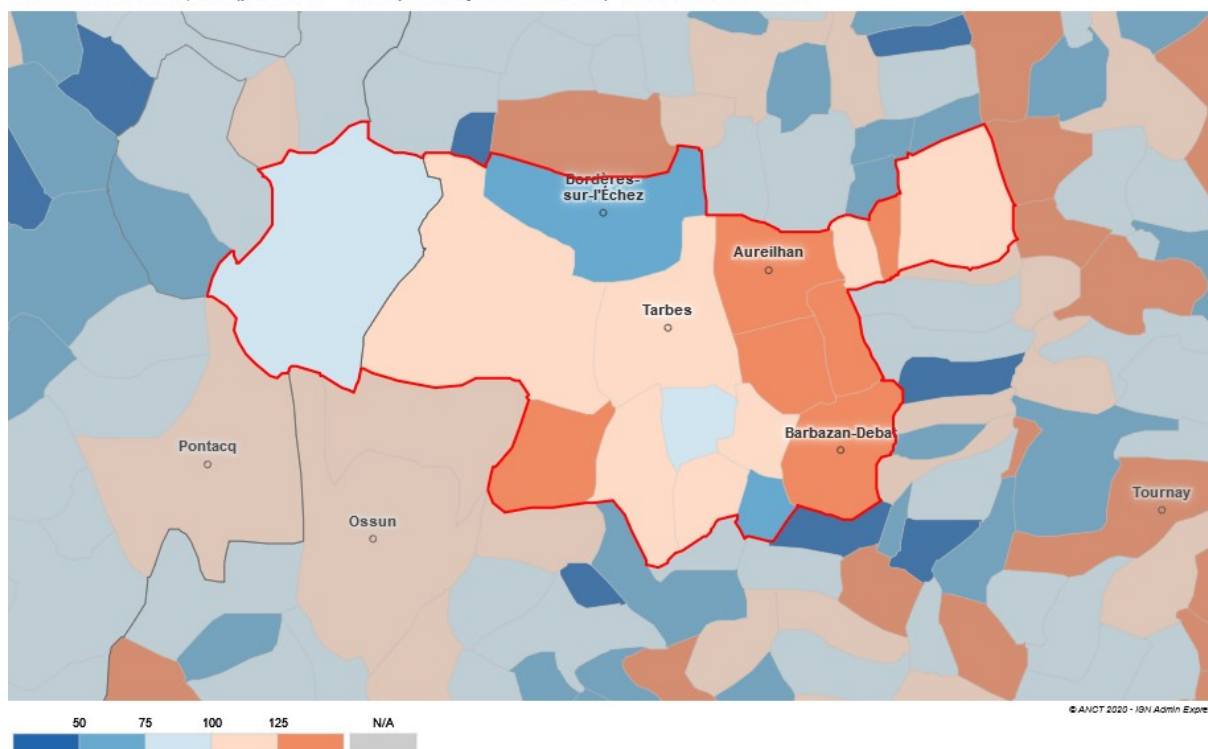


Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/>

Sur le territoire de la CPTS, la population est globalement plus âgée qu'au niveau régional et national : la part des 17 ans ou moins est moindre et la part des 65 ans ou plus est plus importante. A contrario, la population du territoire de la CPTS est globalement plus jeune en comparaison au niveau départemental (part des moins de 40 ans plus importante), ce qui peut s'expliquer par le fait que le territoire comprend la seule grande aire urbaine des Hautes-Pyrénées.

Indice de vieillissement

Indice de vieillissement, 2017 (personnes ≥ 65 ans pour 100 jeunes de < 20 ans) - Source : Insee, RP 1998-2017



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

L'indice de vieillissement sur le territoire de la CPTS en 2017 est de 114 (soit 114 personnes de 65 ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans). C'est moins qu'au niveau départemental (130) mais plus qu'aux niveaux régional (97) et national (80).

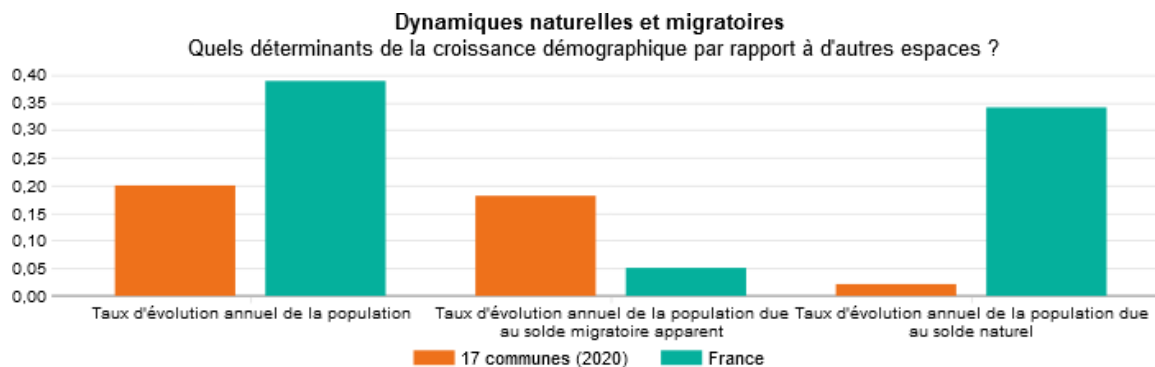
A une échelle plus fine, les communes ayant un indice de vieillissement plus faibles (et donc une population plus jeune) sont : Salles-Adour (indice de vieillissement à 56), Bordères-sur-l'Échez (74), Ger et Laloubère (93).

Part des 75 ans et plus vivant seule à domicile

Sur le territoire de la CPTS 45,5% des personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile. C'est plus que comparé aux autres territoires de référence : département (41,4%), région (39,4%), France (42,5%). Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Entre 2012 et 2017, une population qui augmente moins qu'au niveau national

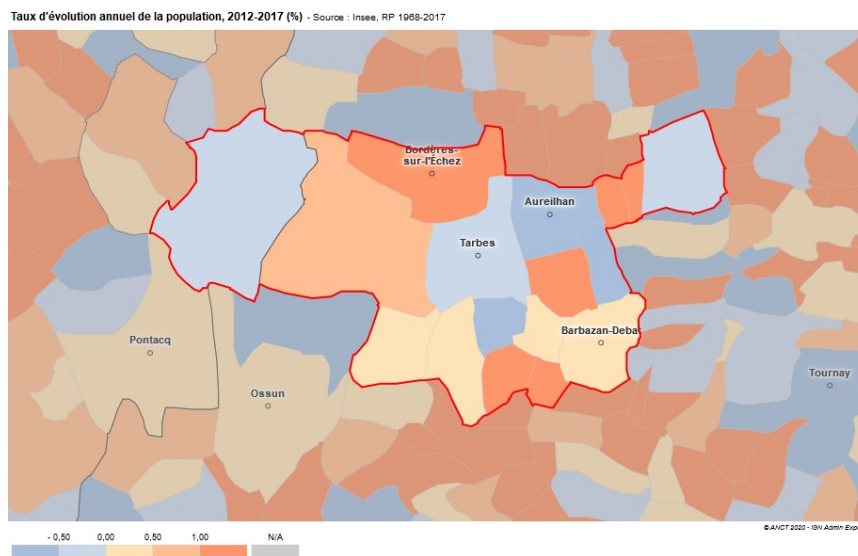
Dynamiques naturelles et migratoires sur le territoire de la CPTS en comparaison à la France



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Sur la période 2012 à 2017, le taux d'évolution annuel de la population sur le territoire de la CPTS est moindre sur le territoire en comparaison à la France et surtout lié au solde migratoire apparent et non au solde naturel. C'est l'inverse à l'échelle de la France.

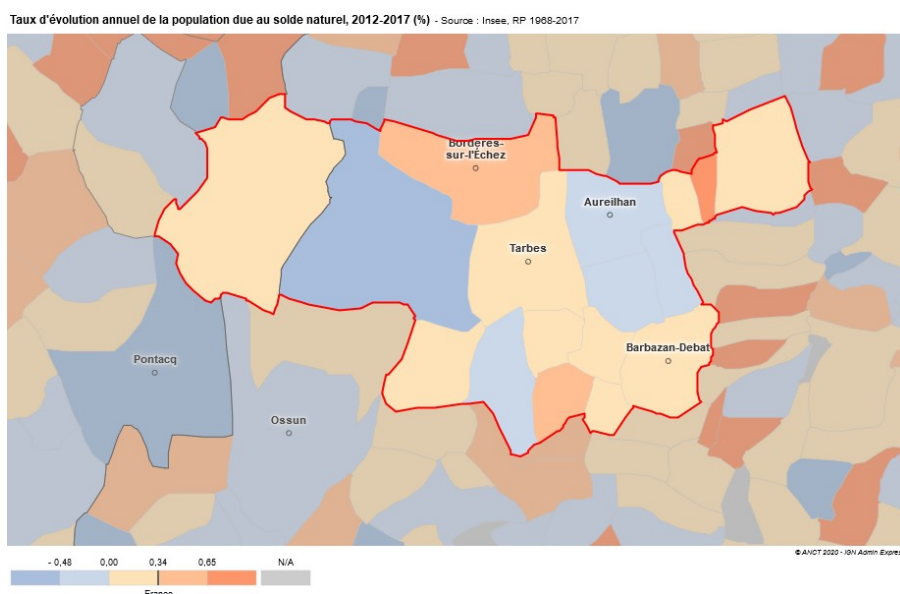
Taux d'évolution annuel de la population entre 2012 et 2017



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux d'évolution annuel de la population entre 2012 et 2017 est de 0.20% sur le territoire de la CPTS, contre 0.39% en France. A l'échelle des communes, celles qui ont connu le plus fort taux de variation annuel entre 2012 et 2017 sont : Salles-Adour (3.38%) et Bordères-sur-l'Échez (2.42%). A l'inverse, 6 communes ont vu un décroit de leur population : Laloubère (-0.74%), Sarrouilles et Aureilhan (-0.63%), Ger et Pouyastruc (-0.35%) et enfin Tarbes (-0.07%).

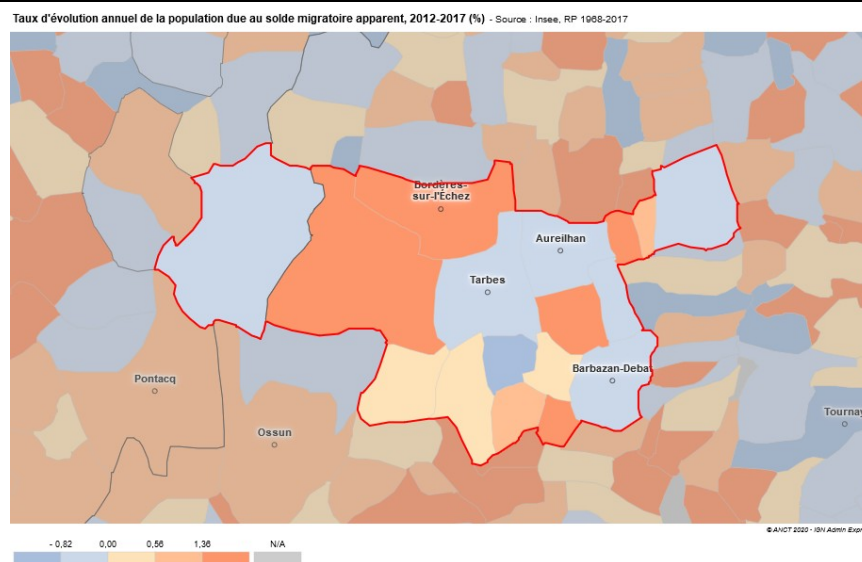
Taux d'évolution annuel de la population due au solde naturel entre 2012 et 2017



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux d'évolution annuel de la population due au solde naturel entre 2012 et 2017 est de 0.02% sur le territoire, contre 0.34% au niveau de la France. Les taux les plus importants sont de 0.73% à Lizos, 0.52% à Horgues et 0.48% à Bordères-sur-l'Échez, tandis qu'il est défavorable pour Ibos (-0.60%), Aureilhan (-0.34%), Sarrouilles (-0.15%) et Séméac (-0.13%) et Odos (-0.06%).

Taux d'évolution annuel de la population due au solde migratoire apparent entre 2012 et 2017



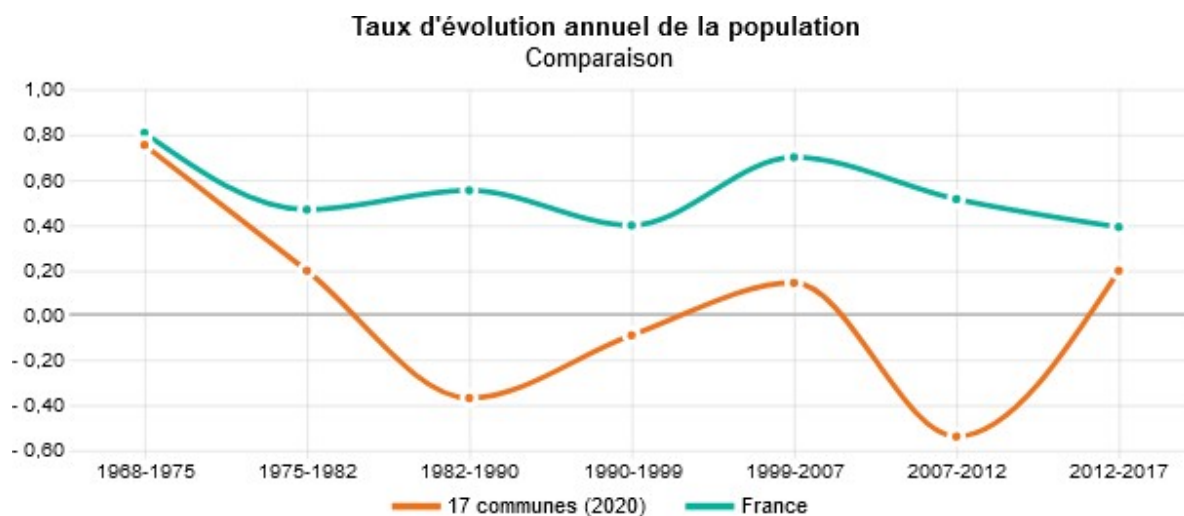
Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux d'évolution annuel de la population due au solde migratoire apparent entre 2012 et 2017 est de 0.18% sur le territoire contre 0.05% au niveau national.

A l'échelle communale, Salles-Adour, Bordères-sur-l'Échez, Ibos, Boulin et Séméac connaissent le taux d'évolution le plus important (respectivement 3.12%, 1.93%, 1.43%, 1.37% et 1.37%).

Laloubère, Tarbes, Barbazan-Debat, Pouyastruc, Sarrouilles, Ger et Aureilhan ont un taux négatif.

Taux d'évolution annuel de la population depuis 1968



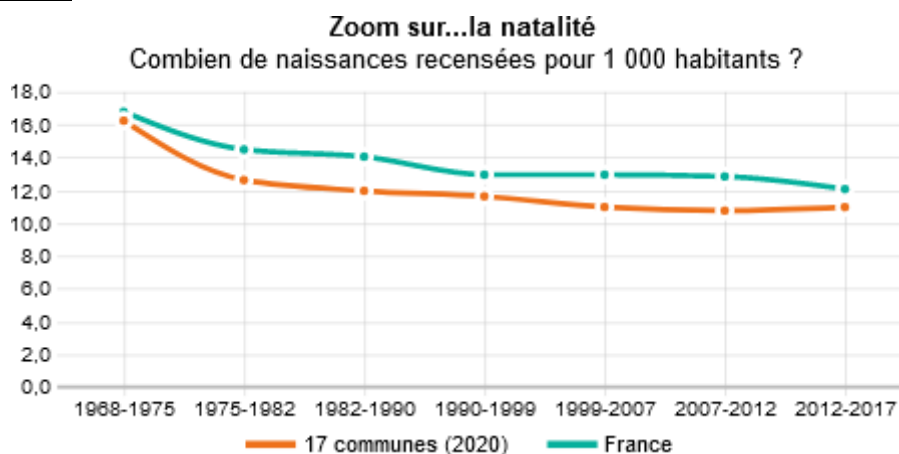
Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

5

On constate que le taux d'évolution annuel de la population de la CPTS est inférieur à celui de la France depuis 1968, il a même été négatif dans les années 1980 et dans les années 2000.

Un taux de natalité inférieur et un taux de mortalité supérieur en comparaison au niveau national

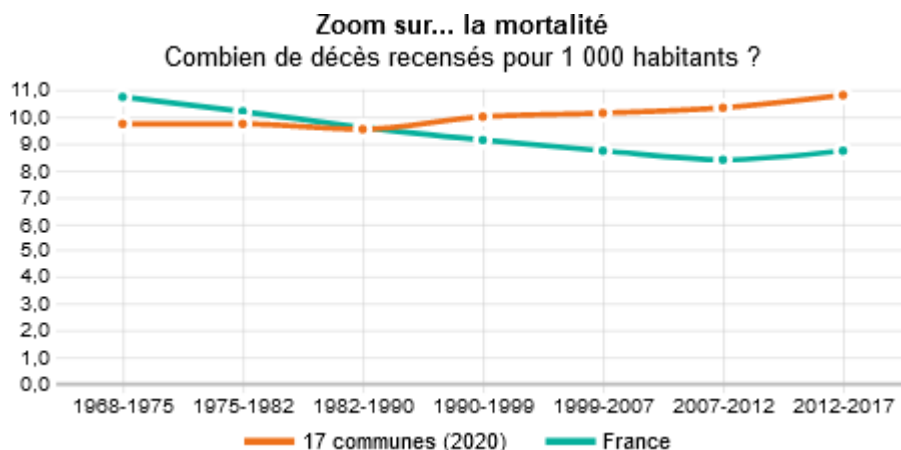
Taux de natalité



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux de natalité sur le territoire étudié est de 11 pour 1 000 habitants contre 12,1 au niveau national. Ce taux décroît depuis 1968, tout comme à l'échelle nationale.

Taux de mortalité



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux de mortalité sur le territoire étudié est de 10,8 pour 1 000 habitants contre 8,7 au niveau national. Ce taux a légèrement augmenté depuis 1968, à la différence de la France où la tendance est globalement à la baisse. La structuration d'âge de la population peut en partie expliquer cette différence.

Une part des diplômés du supérieur plus basse, une sur-représentation des retraités et des employés, un taux de chômage plus important en comparaison à la région et à la France

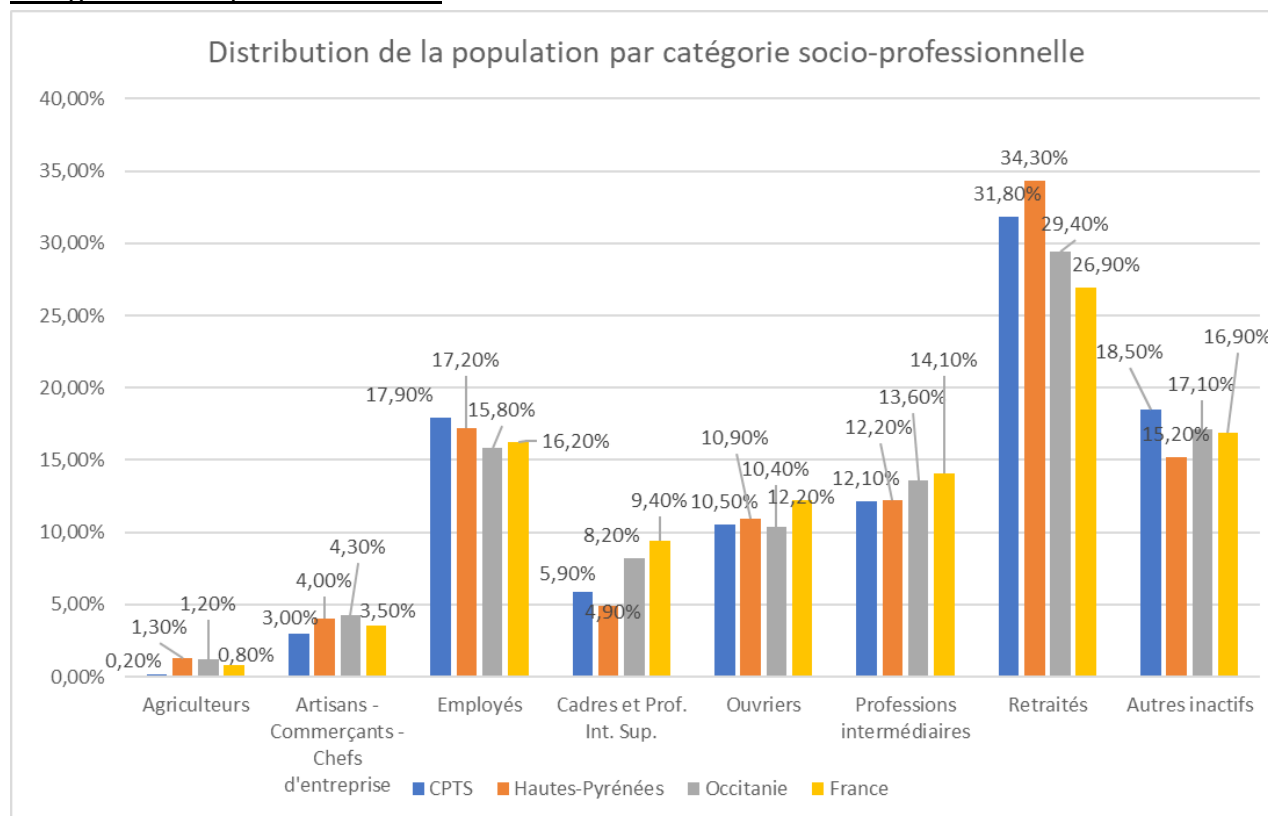
Diplômés de l'enseignement supérieur :

	Part des diplômés du supérieur parmi les 15 et plus non scolarisés (%)
CPTS	26,2
Hautes-Pyrénées	24,6
Occitanie	30,3
France	29,9

Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Sur le territoire étudié, la part des diplômés du supérieur parmi les 15 ans et plus non scolarisés est inférieure à celle de la région et de la France, mais supérieure à celle du département.

Catégories socio-professionnelles



Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

On observe une sur-représentation des employés et des retraités sur le territoire de la CPTS en comparaison à la région et à la France. Les retraités sont tout de même moins représentés sur le territoire de la CPTS en comparaison au département. De même, les agriculteurs sont sous-représentés en comparaison aux autres territoires de référence. Ceci s'explique par le fait que la CPTS se situe sur la grande aire urbaine du département. Les artisans, cadres, ouvriers et professions intermédiaires sont sous-représentés sur le territoire de la CPTS en comparaison à la France.

Revenus médians

	Médiane du revenu disponible par unité de consommation (€)	Part des foyers fiscaux imposables (%)
CPTS	ND	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	19 820	45,1
Hautes-Pyrénées	19 910	44,9
Occitanie	20 180	46,6
France métropolitaine	21 110	52,1

CA : communauté d'agglomération, ND : données non disponibles

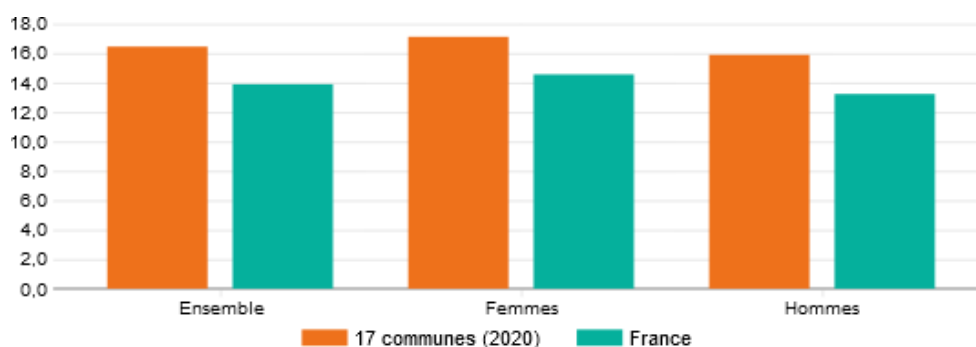
Source : INSEE RP 2017, <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

La médiane du revenu disponible par unité de consommation et la part des foyers fiscaux n'est pas disponible à l'échelle de la CPTS.

En revanche, ces données sont disponibles à l'échelle de la Communauté d'Agglomération de Tarbes Lourdes Pyrénées (périmètre géographique proche mais différent de celui de la CPTS) : la médiane de revenu est de 19 820€ et la part des foyers fiscaux imposables est de 45,1%. Ces données sont proches de celles du département mais inférieures à celles de la région et de la France.

De plus, il existe de grandes disparités entre les communes de la CPTS : médiane de revenu la plus haute à 25 360€ à Horgues et la plus basse à 17 550€ à Tarbes. On observe également une disparité pour la part des foyers fiscaux imposables : 60% à Odos contre 39% à Tarbes (données non disponibles à l'échelle de toutes les communes de la CPTS).

Taux de chômage

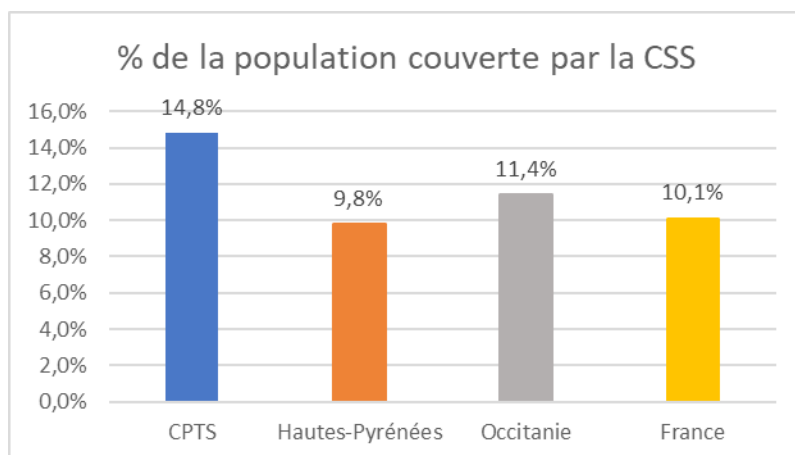


Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

Le taux de chômage chez les 15-64 ans est plus important sur le territoire de la CPTS (16.5%) en comparaison à la France (13.9%), au département des Hautes-Pyrénées (13.7%) et à la région Occitanie (15.2%).

Une plus grande part de la population couverte par la CSS

Couverture par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)



Données non disponibles pour Boulon et Lizos qui ne sont donc pas prises en compte dans le calcul

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/>

Le pourcentage de la population couverte par la CSS est supérieur sur le territoire de la CPTS (14,8%) en comparaison aux autres territoires de référence.

Revenu de Solidarité Active (RSA)

La part de la population couverte par le RSA dans les moins de 65 ans est de 6,5% dans les Hautes-Pyrénées, 8,1% en Occitanie et 6,4% en France. Cette donnée n'est pas disponible à l'échelle de la CPTS.

Source : INSEE/CAF/MSA (données 2017), tableau de bord de la précarité édition 2019

Structure des ménages et part des familles monoparentales

	Part des ménages d'une seule personne (%)	Part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple sans enfant (%)	Part des ménages dont la famille principale est une famille monoparentale (%)	Part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple avec enfant(s) (%)
CPTS	45,5	24,9	9,8	17,6
Hautes-Pyrénées	39,3	28,5	9,2	21,0
Occitanie	37,5	27,4	9,6	23,1
France	36,2	26,1	9,8	25,7

Sources : INSEE RP 2017, <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

La part des familles monoparentales sur le territoire étudié (9,8%) est similaire à celle des territoires de référence. On observe une part plus importante des ménages d'une seule personne (45,5%) en comparaison aux autres territoires de référence. Les parts des ménages composés d'un couple sans enfants (24,9%) et avec enfants (17,6%) sont inférieures aux autres territoires de référence.

La taille moyenne des ménages sur le territoire étudié est de 1,9 contre 2,2 en France

Source : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>

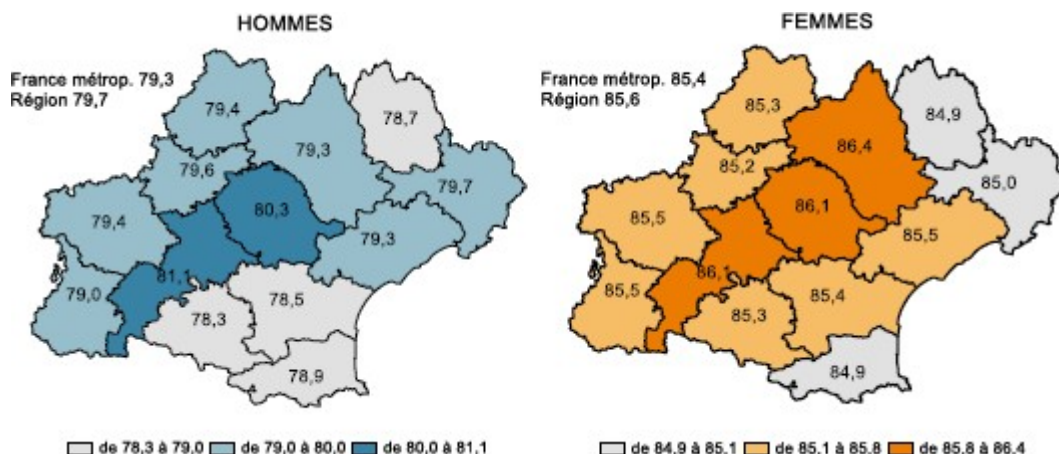
3.2. - Etat de santé de la population et recours aux soins

Les données présentées ci-dessous sur l'espérance de vie et la mortalité sont issues du « Tableau de bord sur la santé » réalisé en région Occitanie en 2016 par l'ORS Midi-Pyrénées et l'ORS CREAI Languedoc-Roussillon. L'échelle d'analyse et de présentation des données est l'échelle régionale ou l'échelle départementale, les données ne sont pas disponibles à un échelon plus fin.

Tous les **Taux Standardisés de Mortalité (TSM)** présentés sont **standardisés sur l'âge** pour 100 000 habitants (standardisation directe suivant l'âge à partir de la population de France hexagonale au recensement de la population de 2006). Les taux portent **sur la période 2011-2013**.

Une espérance de vie à la naissance plus basse chez les hommes en comparaison à la région et à la France

Espérance de vie à la naissance en 2014 dans les départements d'Occitanie

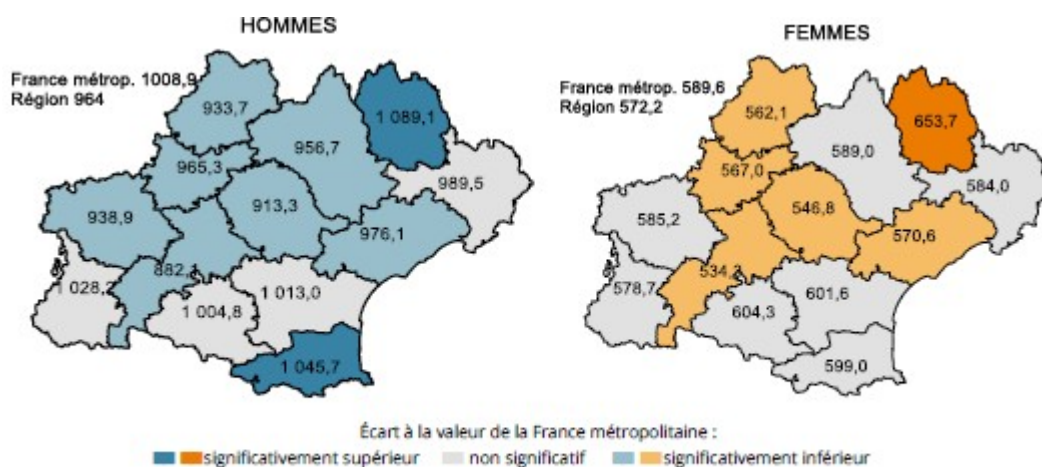


Source : Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016

Dans les Hautes-Pyrénées, l'espérance de vie à la naissance en 2014 est de 79,0 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes. L'espérance de vie pour les femmes est similaire à celle de la région (85,6 ans) et de la France (85,4 ans). En revanche, pour les hommes, elle est plus basse que celle de la région (79,7 ans) et de la France (79,3 ans).

Une mortalité générale plus basse en Occitanie comparativement à la France

Taux standardisé de mortalité* générale dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.

Source : Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016

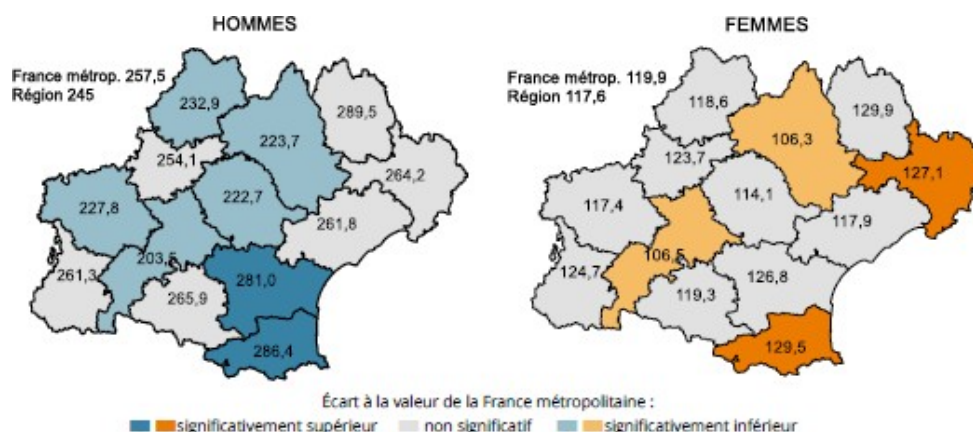
A l'échelle du département des Hautes-Pyrénées, on n'observe **pas de différence significative du taux standardisé de mortalité générale**, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes **par rapport à la région**. En revanche, à l'échelle de la région, les niveaux de mortalités sont significativement plus faibles en Occitanie qu'en métropole, pour les hommes comme pour les femmes.

De plus, une **évolution favorable de la mortalité générale** est observée dans tous les départements d'Occitanie avec une baisse régulière de la mortalité générale au cours de ces dernières années pour les hommes comme pour les femmes.

Une mortalité prématurée plus basse chez les hommes au niveau régional qu'au niveau national

La mortalité prématurée correspond aux décès survenus avant l'âge de 65 ans.

Taux standardisé de mortalité prématurée dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



Source : *Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016*

La mortalité prématurée dans les Hautes-Pyrénées **ne diffère pas significativement de celle observée en région Occitanie**. En revanche, à l'échelle de la région, on observe une sous-mortalité prématurée significative chez les hommes (la différence n'est pas significative pour les femmes).

Là encore, une baisse régulière de la mortalité prématurée a été observée ces dernières années, de manière significative dans les Hautes-Pyrénées pour les hommes et non significative pour les femmes.

Les principales causes de décès prématurés en Occitanie en 2011-2013

Causes de décès	Hommes		Femmes	
	Nb/an	TSM*	Nb/an	TSM*
Tumeurs, dont :	2 211	<u>85,9</u>	1 482	<u>55,7</u>
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	737	<u>28,5</u>	328	<u>12,4</u>
Cancer du sein	1	0,0	316	<u>11,9</u>
Cancer des VADS	238	<u>9,3</u>	56	2,1
Cancer de l'intestin	151	<u>5,7</u>	111	4,1
Cancer du pancréas	137	5,3	73	2,7
Causes externes de morbidité et de mortalité, dont :	1 053	<u>46,3</u>	362	<u>15,1</u>
Suicides	422	<u>18,4</u>	154	6,4
Accidents de la circulation	225	<u>10,2</u>	65	<u>2,9</u>
Intoxications accidentelles	55	2,4	25	1,0
Maladies de l'appareil circulatoire	835	<u>32,9</u>	282	<u>10,7</u>
Maladies de l'appareil digestif	306	<u>12,3</u>	115	4,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	774	<u>32,4</u>	317	<u>12,7</u>
Autres causes	837	<u>34,4</u>	469	<u>18,8</u>
Occitanie	6 017	<u>245,0</u>	3 027	<u>117,6</u>

Source : *Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016*

Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine (en rouge : significativement supérieurs).

La moitié des décès prématurés chez les femmes en Occitanie, soit près de 1 500 par an, est due à des tumeurs, au premier rang desquelles on retrouve les cancers de la trachée, des bronches et des poumons avant les cancers du sein. Chez les hommes, avec plus de 2 200 décès annuels, c'est plus du tiers des décès prématurés qui sont dus à des tumeurs.

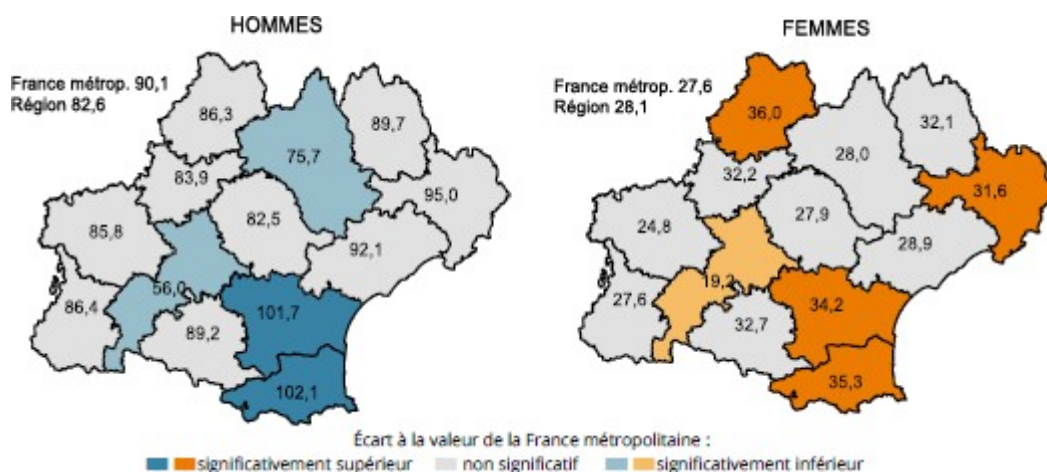
Les morts violentes sont la deuxième cause de décès prématurés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes alors que, tous âges confondus, elles arrivent au 4^{ème} rang chez les hommes et au 6^{ème} chez les femmes. Ainsi, chaque année, c'est plus de 1 000 hommes et près de 400 femmes qui meurent prématurément par accident, suicide, intoxications, chutes... Les suicides sont la cause la plus fréquente de ces décès prématurés. Ils sont près de trois fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Ensuite viennent les décès par accidents de la circulation avec un différentiel entre les hommes et les femmes encore plus important : 3,5 décès prématurés par accident de la circulation chez les hommes pour un chez les femmes.

Les maladies de l'appareil circulatoire représentent 14% des décès prématurés chez les hommes et 9% chez les femmes.

Une mortalité prématurée évitable plus basse chez les hommes au niveau régional qu'au niveau national

Les décès prématurés évitables sont liés à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduite dangereuse...).

Taux standardisé de mortalité prématurée évitable dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



Source : Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016

A l'échelle du département des Hautes-Pyrénées, on n'observe **pas de différence significative du taux standardisé de mortalité générale**, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes par rapport à la région.

En revanche, à l'échelle de la région, la mortalité prématurée évitable chez les hommes est significativement plus faible que celle des hommes de métropole, à structure par âge comparable (pas de différence significative chez les femmes).

Une baisse de la mortalité prématurée évitable est observée chez les hommes (et dans une moindre proportion chez les femmes) dans les Hautes-Pyrénées ces dernières années.

Effectifs annuels moyens et taux standardisés de mortalité pour les principales causes de décès prématurés évitables, dans les départements d'Occitanie en 2011-2013 et évolution 2001-2003 – 2011-2013

	Cancer du poumon			Suicide			Path. liées alcool (1)			Cancer des VADS (2)			Accident circulation		
	Nb	TSM*	Évol **	Nb	TSM*	Évol **	Nb	TSM*	Évol **	Nb	TSM*	Évol **	Nb	TSM*	Évol **
Ariège	27	17,8	→	20	16,4	→	13	8,6	→	10	6,5	→	8	7,0	→
Aude	85	<u>23,9</u>	→	47	<u>16,1</u>	→	37	11,2	→	18	<u>5,1</u>	→	23	<u>8,9</u>	→
Aveyron	41	<u>15,0</u>	→	37	<u>16,7</u>	→	17	<u>6,4</u>	→	12	<u>4,3</u>	→	15	<u>7,4</u>	→
Gard	165	<u>23,4</u>	→	75	12,5	→	56	<u>8,5</u>	→	53	7,6	→	47	<u>8,4</u>	→
Haute-Garonne	185	<u>17,1</u>	→	74	<u>6,9</u>	→	46	<u>4,4</u>	↘	44	<u>4,0</u>	↘	38	<u>3,4</u>	↘
Gers	39	19,2	→	20	13,3	→	14	<u>7,4</u>	→	10	5,4	→	12	<u>9,1</u>	→
Hérault	196	20,3	→	127	14,1	→	75	<u>8,1</u>	↘	62	6,3	→	63	<u>7,2</u>	↘
Lot	43	23,2	→	19	13,3	→	15	9,3	→	9	5,2	→	9	<u>8,1</u>	→
Lozère	14	18,3	→	7	11,5	→	9	12,8	→	5	6,8	→	6	<u>9,6</u>	→
Hautes-Pyrénées	43	18,3	→	29	15,4	→	16	<u>7,7</u>	→	15	6,6	→	12	6,8	→
Pyr.-Orientales	106	<u>25,0</u>	→	50	13,6	→	52	<u>12,9</u>	→	24	5,5	→	22	<u>6,5</u>	↘
Tarn	70	19,1	→	46	14,6	→	28	<u>7,9</u>	→	17	<u>4,3</u>	→	18	6,5	→
Tarn-et-Garonne	51	21,7	→	24	11,7	→	17	<u>7,7</u>	→	14	5,8	→	18	<u>9,5</u>	→
Occitanie	1 065	20,2	→	576	<u>12,3</u>	↘	396	<u>7,9</u>	↘	293	<u>5,6</u>	↘	290	<u>6,5</u>	↘
France métrop.	11 959	20,6		6 987	13,2		5 917	10,5		3 897	6,7		2 516	4,9	

(1) Cirrhose alcoolique ou sans précision et psychose alcoolique ; (2) Cancer des voies aérodigestives supérieures
 * Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 habitants âgés de moins de 65 ans.
 Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine (en rouge : significativement supérieurs)
 **significativité de l'évolution sur 10 ans

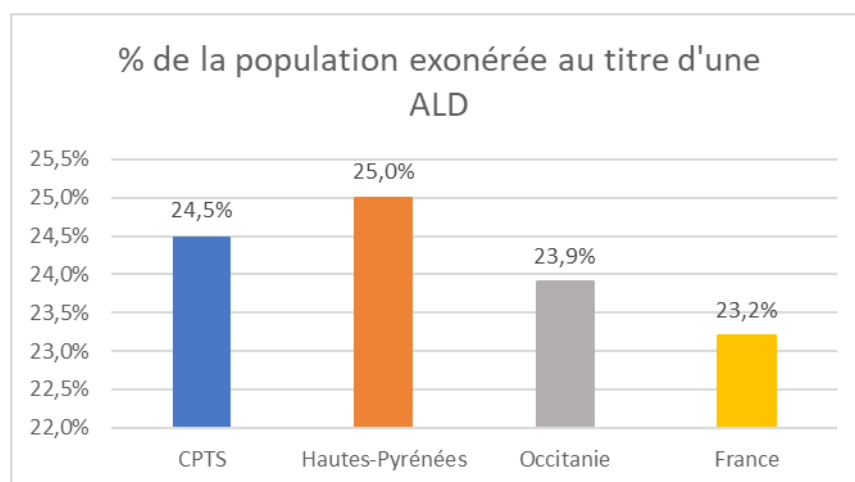
Source : Tableau de bord sur la santé – ORS CREA I - 2016

A l'échelle de la région Occitanie, le cancer du poumon et le suicide sont les deux principales causes de décès prématurés évitables, comme en France en 2011-2013.

A l'échelle des Hautes-Pyrénées, aucune différence significative de mortalité n'est observée pour les principales causes de décès prématurés évitables, sauf pour les décès liés à l'alcool où une sous-mortalité est observée, comparativement à la France métropolitaine.

Une part plus importante de la population exonérée au titre d'une ALD en comparaison à la région et à la France

Population exonérée au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD)



Données non disponibles pour Boulon et Lizos qui ne sont donc pas prises en compte dans le calcul

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/>

Le pourcentage de la population exonérée au titre d'une ALD est de 24,5% sur le territoire étudié. C'est comparable aux niveaux départemental (25%) et régional (23,9%) et un peu plus qu'en France (23,2%).

Une moindre prévalence du diabète et des tumeurs malignes, mais une plus grande prévalence des affections psychiatriques

Prévalence des pathologies dans la population consommante

Pathologies Patients consommateurs*	Territoire étudié	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée**							
Diabète de type 1 et diabète de type 2 <i>ND pour Lizos</i>	4.7% 3 869 pat.	5%	4.7%	4.9%	-0.3	0	-0.2
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique <i>ND pour Lizos</i>	3.8% 3 119 pat.	4.1%	3.9%	3.8%	-0.3	-0.1	0
Affections psychiatriques de longue durée <i>ND pour Lizos, Boulin, Pouyastruc, Salles-Adour, Sarrouilles</i>	3.5% 2 910 pat.	3%	2.8%	2.4%	0.5	0.7	1.1
Maladie coronaire <i>ND pour Lizos, Boulin</i>	3.1% 2 584 pat.	3.4%	2.6%	2.2%	-0.3	0.5	0.9
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme grave, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves <i>ND pour Lizos, Boulin</i>	2.4% 2 007 pat.	2.9%	2.4%	2.2%	-0.5	0	0.2

ND : Les données ne sont pas disponibles pour la ou les communes citées qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

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

Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur le territoire étudié.

Avec 4,7% des patients du territoire étudié, l'ALD pour diabète de type 1 ou 2 arrive en première position des pathologies observées dans la population consommante, suivi des tumeurs malignes avec 3,8%, des affections psychiatriques avec 3,5%, des maladies coronaires avec 3,1% et des cardiopathies/troubles du rythmes/insuffisance cardiaque avec 2,4% des patients. La part de patients atteints de ces pathologies est inférieure aux autres territoires de comparaison pour le diabète et les tumeurs malignes. Elle est proche pour les insuffisances cardiaques et troubles du rythme. Elle est en revanche plus élevée pour les affections psychiatriques et les pathologies des coronaires.

Une part de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation plus élevée

Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
24.9% 17 238 pat.	24.1%	21.2%	22.1%	0.8	3.7	2.8

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – ATIH année 2018

Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation sont plus élevés sur le territoire de la CPTS comparativement aux différents territoires de référence.

Une part moindre d'admissions directes en service médecine

Admissions directes en service médecine

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
41.4% 1 916 pat.	44.7%	50%	41.5%	-3.3	-8.6	-0.1

Données non disponibles pour Boulon, Lizos et Salles-Adour qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – ATIH année 2018

La part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville (rapporté au nombre d'hospitalisations dans ces services) est plus faible sur le territoire étudié que sur les autres territoires de référence.

Une poly médication continue moindre qu'aux niveaux régional et national

Poly médication continue

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
14.1% 3 005 pat.	13.8%	14.6%	16.1%	0.3	-0.5	-2

Données non disponibles pour Boulon, Lizos et Salles-Adour qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

La poly médication continue se calcule grâce au rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans ou plus. Ce rapport est inférieur sur le territoire de la CPTS comparativement à la région et à la France. Il est légèrement plus élevé qu'au niveau du département, mais reste proche.

Une moindre antibiorésistance comparativement au département et à la région

Antibiorésistance

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
38% 14 018 pat.	39.4%	40.5%	37.2%	1.4	2.5	-0.8

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Sur le territoire étudié, on observe un taux d'antibiorésistance (rapport entre la population consommante traitée par antibiotique particulièrement générateurs d'antibiorésistance - amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3^e et 4^e génération, fluoroquinolones - et le nombre de consommateurs d'au moins un antibiotique) inférieur au département et à la région mais supérieur à la France.

Une assez bonne participation aux dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal

Participation au dépistage du cancer du sein

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
63.7% 9 468 femmes	63.1%	63.6%	64.8%	0.6	0.1	-1.1

Données non disponibles pour Lizos qui n'est donc pas incluse dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Sur le territoire étudié, 63.7% des femmes ont participé au dépistage du cancer du sein (rapport entre le nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé ou individuel, avec au moins un remboursement pour les actes Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ciblés, du cancer du sein et le nombre de femmes entre 50 et 74 ans). C'est plus que les taux de participation départemental 63.1% et régional 63.6%, mais moins que le taux national 64.8%.

Participation au dépistage du cancer colorectal

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
28.6% 6 558 personnes	28.6%	25.9%	28.7%	0	2.7	-0.1

Données non disponibles pour Lizos qui n'est donc pas incluse dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Avec 28.6% de participation au dépistage du cancer colorectal, le territoire étudié affiche un taux de participation similaire ou proche de celui du département (28.6%) et de la France (28.7%) mais meilleur que celui de la région (25.9%).

Ce taux de participation est établi en faisant le rapport entre le nombre de personnes consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés) et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années en ville ou en consultation externe à l'hôpital ou dans les 4 dernières années à l'hôpital.

Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
56.3% 12 190 femmes	55.6%	55.5%	53.5%	0.7	0.8	2.8

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (rapport entre le nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années - remboursement acte CCAM/biologie ou prestations ciblées - et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans) est de 56.3% sur le territoire étudié, soit supérieure en comparaison à tous les autres territoires de référence.

Une meilleure couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans et plus, mais une moins bonne couverture pour les vaccins contre le méningocoque et la rougeole/oreillons/rubéole

Vaccination contre la grippe saisonnière chez les 65 ans et plus

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
56.2% 12 117 personnes	53.4%	54.1%	54.4%	2.8	2.1	1.8

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière (rapport entre la population consommante des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière - au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal - et la population de plus de 65 ans) est de 56.2% sur le territoire étudié. C'est mieux qu'au niveau du département, de la région et de la France.

Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.

33.3% 1 111 personnes	33.7%	32.5%	32.7%	-0.4	0.8	0.6
---------------------------------	-------	-------	-------	-------------	------------	------------

Données non disponibles pour Boulin, Horgues, Lizos, Salles-Adour, Sarrouilles qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risques est de 33.3% sur le territoire étudié. C'est mieux qu'au niveau de la région et de la France.

Vaccination contre la rougeole/oreillons/rubéole (ROR)

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
75.7% 484 enfants	76.2%	78.3%	81.5%	-0.5	-2.6	-5.8

Données non disponibles pour Boulin, Horgues, Laloubère, Lizos, Pouyastruc, Salles-Adour, Sarrouilles qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Le taux de vaccination contre la Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) (rapport entre le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins une délivrance de vaccin Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP) depuis leur naissance) sur le territoire étudié est plus bas comparé au département, à la région et à la France.

Vaccination contre le méningocoque C

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
89.5% 565 enfants	88.3%	90.4%	92.9%	1.2	-0.9	-3.4

Données non disponibles pour Boulin, Horgues, Laloubère, Lizos, Pouyastruc, Salles-adour, Sarrouilles qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Sur le territoire étudié, le taux de vaccination contre le méningocoque C (rapport entre le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de vaccin depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu a moins une délivrance de vaccin DTP depuis leur naissance) est de 89.5%, supérieur au taux départemental, mais inférieur aux taux régional et national.

Une moindre participation à la prévention bucco-dentaire chez les moins de 16 ans

Examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans

Territoire	Taux	Différence territoire et
------------	------	--------------------------

	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
74.9% 2 908 enfants	76.2%	77.7%	75.2%	-1.3	-2.8	-0.3

Données non disponibles pour Boulou et Lizos qui ne sont donc pas incluses dans les calculs.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Sur le territoire étudié, le rapport entre le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois et le nombre d'enfants de moins de 16 ans est de 74.9%, inférieur aux taux départemental, régional et national.

3.3. - Données de l'offre de santé

Les médecins généralistes : une densité supérieure aux autres territoires de référence

- Les caractéristiques des médecins généralistes

Médecins généralistes*	Nombre	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité (Taux pour 10 000 habitants)	Activité moyenne Nombre moyen d'actes par an par MG
CPTS	90	51 (56.7%)	10.8	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	117	72 (61.5%)	9.5	4 891
Hautes-Pyrénées	231	147 (63.6%)	10.2	5 060
Occitanie	5 942	3 252 (54.7%)	10.2	4 960
France	58 534	30 877 (52.8%)	8.8	5 104

* Médecins généralistes installés ou collaborateurs, hors remplaçants

ND : données non disponibles

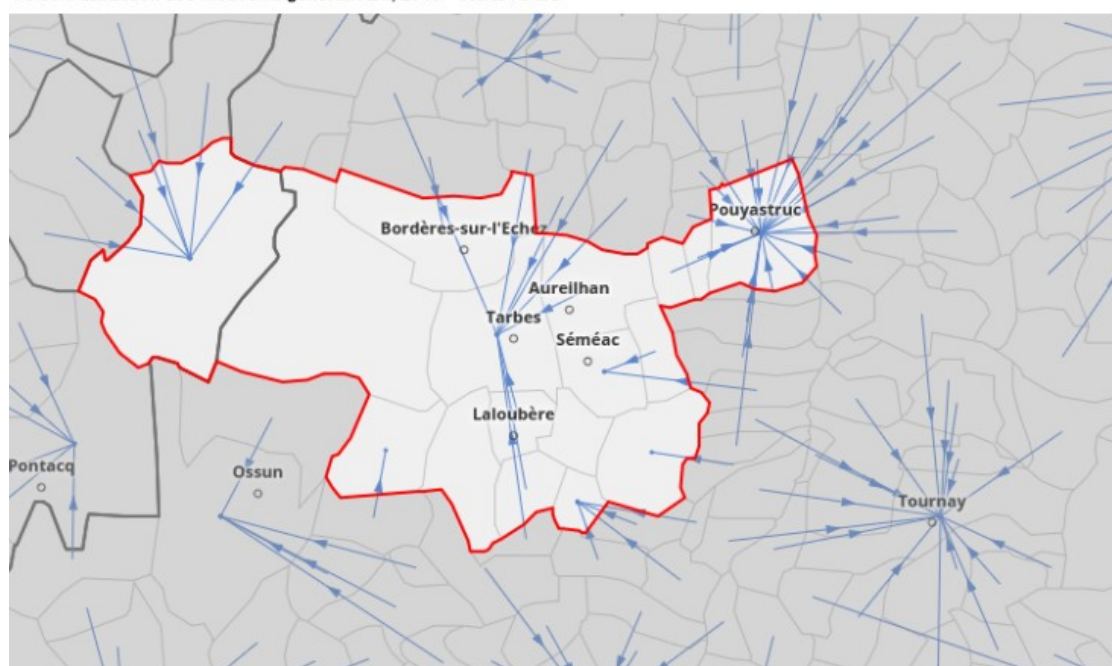
Source : cartosanté – portrait de territoire 2019

Les données datent de 2019. Le nombre de médecins généralistes est donc à pondérer avec les médecins généralistes partis du territoire depuis (en retraite ou autre), avec ceux n'exerçant qu'à temps partiel voire très partiel et avec les spécificités d'exercice de certains (angiologues notamment) qui sont prises en compte dans ce recensement.

La densité des médecins généralistes sur le territoire étudié est de 10,8 pour 10 000 habitants ; soit une densité supérieure aux autres territoires de référence. 57% des généralistes du territoire ont plus de 55 ans.

Les données sur l'activité moyenne des médecins généralistes du territoire ne sont pas disponibles. Le nombre d'actes moyen par an sur la Communauté d'Agglomération Tarbes Lourdes Pyrénées (territoire s'approchant mais non superposable à celui de la CPTS) est en-dessous de celui des autres territoires de référence.

- Pôle d'attraction des médecins généralistes en 2019



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

Les communes suivantes : Ger, Bordères-sur-l'Echez, Tarbes et Pouyastruc représentent les principaux pôles d'attraction des médecins généralistes montrant que les habitants des communes avoisinantes (qui parfois se situent bien au-delà du contour de la CPTS) se déplacent majoritairement dans ces communes pour consulter un généraliste. Sur certaines communes, comme pour Ibos, les habitants consultent majoritairement les médecins de leur propre commune.

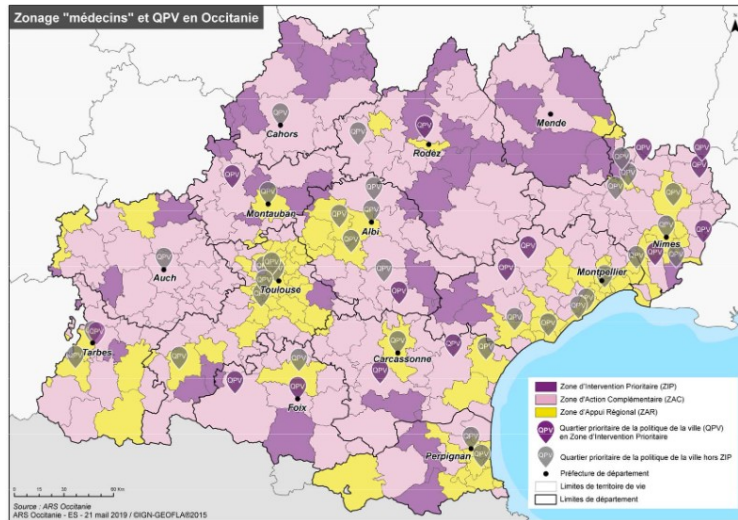
- Le zonage d'accès aux soins des médecins généralistes

Pour inciter davantage de médecins généralistes à venir s'installer dans les territoires qui en ont le plus besoin, un zonage concernant l'offre de soins en médecine générale est réalisé et mis à jour régulièrement par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Le zonage identifie trois catégories de zones qui se distinguent par les difficultés d'accès aux soins et par les moyens mis en œuvre pour remédier aux problèmes de démographie médicale :

- Les "Zones d'Interventions Prioritaires" (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, et où les aides incitatives financières sont les plus importantes ;
- Les "Zones d'Actions Complémentaires" (ZAC), moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore et qui sont éligibles à certaines aides ;
- Les zones « hors zonage » : ce sont par définition les zones qui ne sont ni en ZIP ni en ZAC.

- Le zonage des médecins généralistes en décembre 2018

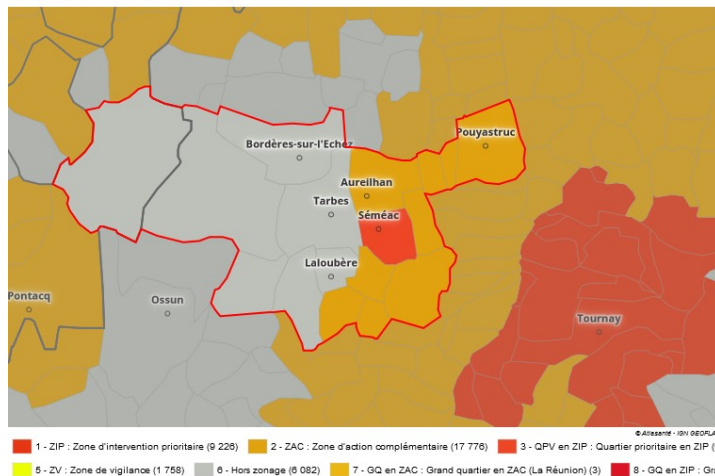


Source : <https://www.occitanie.paps.sante.fr/>

D'après le zonage médecins généralistes de décembre 2018 établi par l'ARS :

- Les communes à l'Est du territoire étudié ont été classées « ZAC » (Zones d'Actions Complémentaires) : Salles-Adour, Horgues, Barbazan-Debat, Sarrouilles, Lizos, Boulin, Pouyastruc, Soues, Aureilhan ;
- La commune de Séméac est aussi classée en « ZAC » avec un quartier politique de la ville classé en « ZIP » (Zone d'Interventions Prioritaires) ;
- Le reste des communes est classé hors zonage.

Zonage médecins 2018 - Source : ARS - DGOS



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

A l'Est, les communes de Tournay et des alentours sont classées en « ZIP ».

A noter que ce zonage date de 2018 et peut ne pas refléter la situation réelle de certains territoires qui évolue constamment selon les arrivées et départs de professionnels sur le territoire. Par exemple, la commune d'Ossun compte actuellement 3 médecins généralistes mais dont le départ est prévu courant 2021, ce qui est une source d'inquiétude pour les habitants.

- Le nombre de patients sans médecin traitant

Couverture de la population consommante par un médecin traitant

Patients consommants *	Patients consommants dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus sans Médecin Traitant **	8.5% 5 789 pat.	8.2%	9.5%	10.1%	0.3	-1	-1.6
<i>Données non disponibles pour Lizos</i>							
17 ans et plus sans Médecin Traitant ** et en ALD	0.9% 566 pat.	0.9%	1%	1%	0	-0.1	-0.1
<i>Données non disponibles pour Ger, Boulin, Horgues, Lizos, Pouyastruc, Salles-Adour, Sarrouilles, Soues</i>							
17 ans et plus sans Médecin Traitant ** et ayant la CSS	2.3% 1 394 pat.	1.3%	1.4%	1.3%	1	0.9	1
<i>Données non disponibles pour Ger, Barbazon-Debat, Boulin, Horgues, Laloubère, Lizos, Pouyastruc, Salles-Adour, Sarrouilles</i>							
70 ans et plus sans Médecin Traitant **	4.2% 636 pat.	4.5%	5.2%	5.2%	-0.3	-1	-1
<i>Données non disponibles pour Ger, Boulin, Lizos, Pouyastruc, Salles-Adour, Sarrouilles</i>							

* Patients consommants : au moins une consommation dans la période de référence

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

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr> – DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2019

Sur le territoire, on observe :

- **8.5% des patients de 17 ans et plus sans médecin traitant, soit 5 789 personnes** (*données non disponibles pour Lizos*), contre 8.2% à l'échelon départemental, 9.5% au niveau régional et 10.1% au niveau national ;
- **0.9% des patients de 17 ans et plus, en ALD et sans médecin traitant** (*données non disponibles pour 47.1% du territoire*). C'est similaire aux autres territoires de référence ;
- **2.3% des patients de 17 ans et plus, ayant la CSS et sans médecin traitant** (*données non disponibles pour 52.9% du territoire*). C'est un point au-dessus des autres territoires de référence.

Si l'on regarde **les patients de 70 ans et plus, 4.2% n'ont pas de médecin traitant** (*données non disponibles pour 35.3% du territoire*). C'est mieux que les données des autres territoires de référence.

Les infirmiers libéraux : une densité plus élevée que la moyenne nationale

▪ Les caractéristiques des infirmiers

Infirmiers	Nombre	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité (Taux pour 10 000 habitants)	Activité moyenne Nombre d'actes par IDE par an	Part d'activité AIS ¹ (%)
CPTS	231	54 (23.4%)	27.7	7 920	69.7
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	306	72 (23.5%)	24.8	7 617	69.2
Hautes-Pyrénées	615	148 (24.1%)	26.9	7 225	66.8
Occitanie	13 564	3 530 (26.0%)	23.2	7 579	66.2
France	98 925	21 405 (26.6%)	14.9	8 587	52.2

Source : Cartosanté – portrait de territoire 2019

La densité des infirmiers au niveau du territoire étudié est de 27,7 pour 10 000 habitants, soit plus élevée que la moyenne des autres territoires de référence et notamment presque 2 fois plus que la densité moyenne nationale. Le nombre d'actes moyen par an par IDE de la CPTS est inférieur au niveau national mais supérieur au niveau départemental et régional.

La part d'activité AIS est plus importante sur le territoire de la CPTS (69.7%) comparativement au département, à la région et à la France.

Le dernier zonage IDE défini par l'ARS datait de 2012 et classait la plupart des communes du territoire comme étant des zones sur dotées. Quelques communes comme Laloubère étaient classées en zone intermédiaire. Un nouveau zonage est en cours de définition en 2020 mais les données ne sont pas encore disponibles pour le territoire étudié. *Source* : <http://cartosante.atlasante.fr/>

Les masseurs-kinésithérapeutes : une densité supérieure au niveau national mais proche du niveau régional

▪ Les caractéristiques des masseurs kinésithérapeutes

Masseurs -kinésithérapeutes	Nombre	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité (Taux pour 10 000 habitants)	Activité moyenne Nombre moyen d'actes
CPTS	118	23 (19.5%)	14.2	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	153	30 (19.6%)	12.4	4 928
Hautes-Pyrénées	280	49 (17.5%)	12.3	4 651
Occitanie	8 619	1 546 (17.9%)	14.9	4 626
France	70 444	13 020 (18.5%)	10.7	4 540

ND : données non disponibles

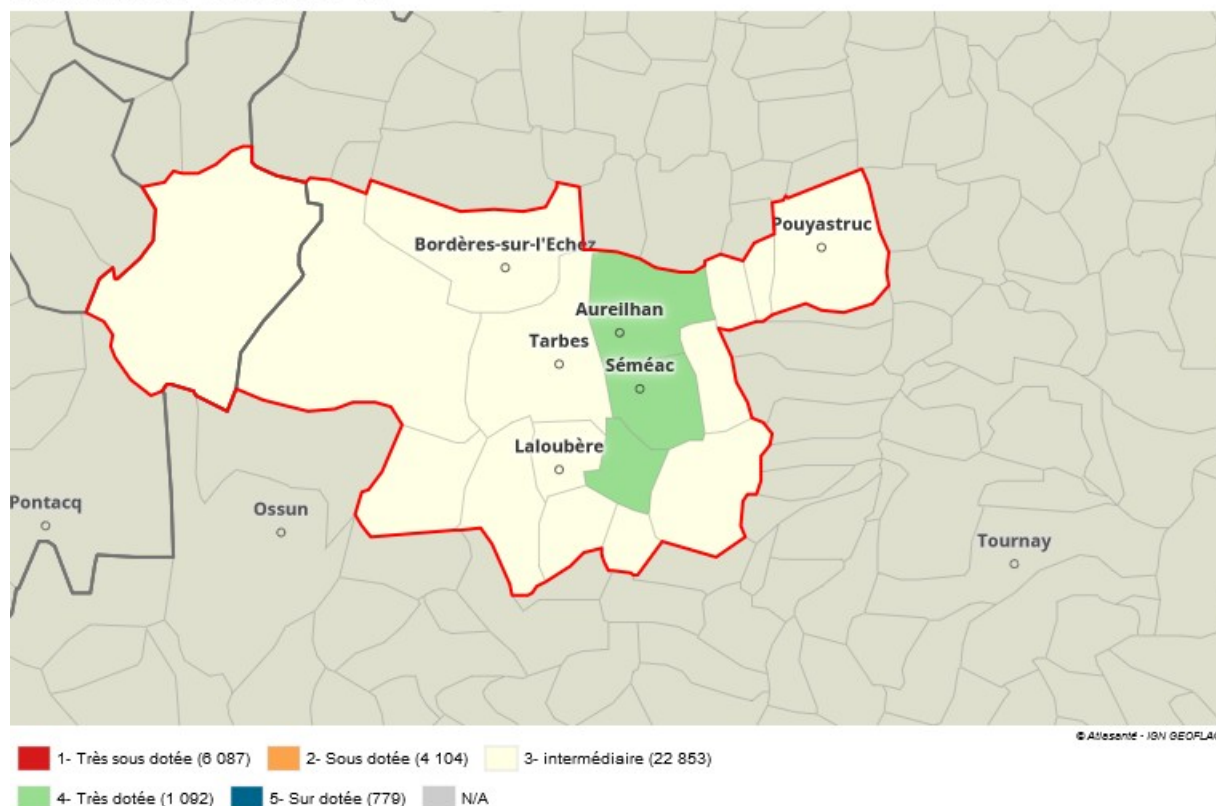
Source : Cartosanté – portrait de territoire 2019

¹ Les Actes Infirmiers de Soins (AIS) sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, nursing, etc..). Les actes médicaux infirmiers (AMI) sont des actes techniques (injection, chimiothérapie, etc...).

La densité des masseurs kinésithérapeutes sur le territoire d'étude est de 14,2 pour 10 000 habitants, une densité supérieure à celle de la France mais proche de celle de la région.

- Zonage kinésithérapeute 2019

Zonage kinés 2019 - Source : CNAMTS - ARS



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

L'ARS Occitanie a classé en 2019 la plupart des communes de la CPTS en zones intermédiaires, sauf Soues, Séméac et Aureilhan classées en zones très dotées.

Les chirurgiens-dentistes : une densité supérieure à celles des autres territoires de référence

- Les caractéristiques des chirurgiens-dentistes

Chirurgiens-dentistes	Nombre	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité (Taux pour 10 000 habitants)	Activité moyenne Nombre moyen d'actes
CPTS	75	27 (36%)	9.5	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	92	31 (33.7%)	7.8	2 005
Hautes-Pyrénées	147	54 (36.7%)	6.6	1 978
Occitanie	3 756	1 361 (36.2%)	6.5	1 947
France	34 988	13 045 (37.3%)	5.3	2 220

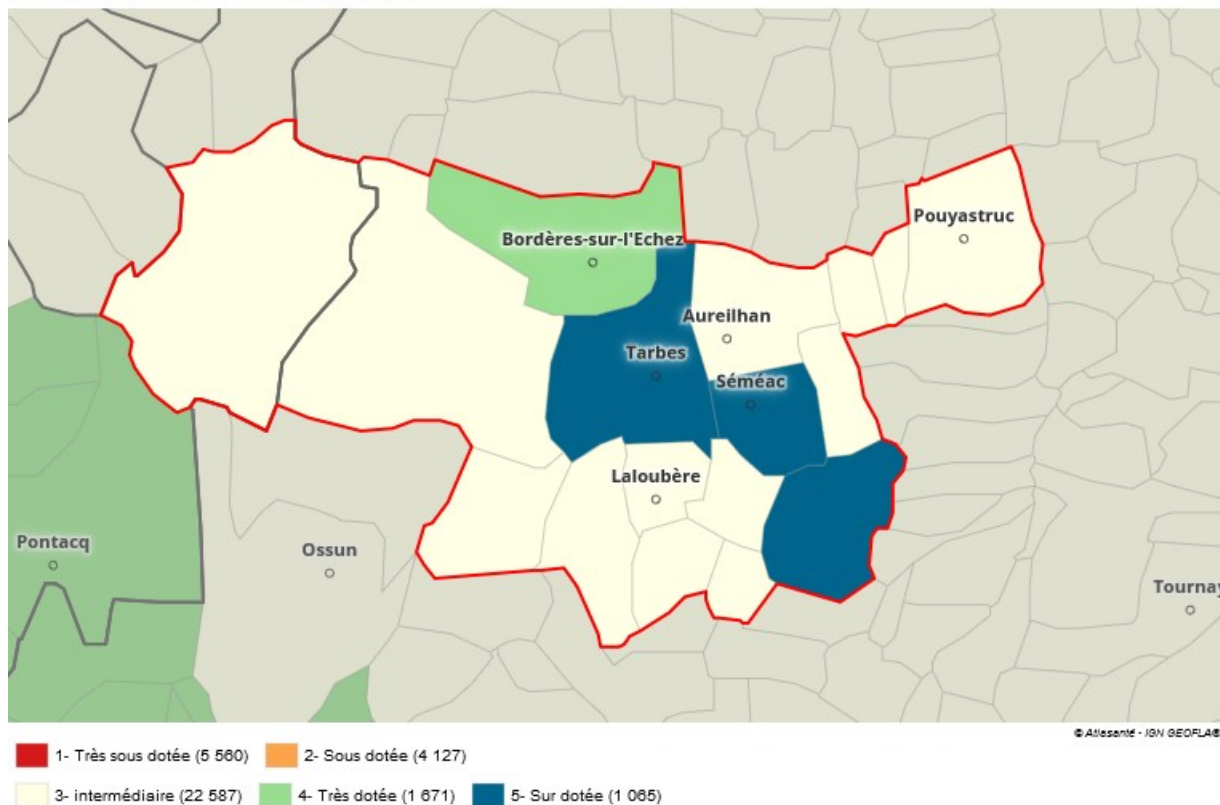
ND : données non disponibles

Source : Cartosanté – portrait de territoire 2019

La densité des chirurgiens-dentistes sur le territoire est de 9.5 soit supérieure à celles des autres territoires de référence.

- Zonage chirurgiens-dentistes 2014

Zonage dentistes 2014 - Source : CNAMTS - ARS



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

En 2014, l'ARS Occitanie a classé Tarbes, Séméac et Barbazan-Debat en zones sur dotées, Bordères-sur-l'Echez est classée en zone très dotée et le reste des communes de la CPTS est classé en zones intermédiaires.

Les orthophonistes : une densité inférieure à la région et à la France

- Les caractéristiques des orthophonistes

Orthophonistes	Nombre	Dont âgés de 50 ans et plus	Densité (Taux pour 100 000 habitants)	Activité moyenne
CPTS	22	4 (18.2%)	26.4	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	33	7 (21.2%)	26.7	1 801
Hautes-Pyrénées	58	13 (22.4%)	25.4	1 735
Occitanie	2 311	299 (12.9%)	39.6	1 599
France	20 384	5 700 (27.9%)	30.7	1 630

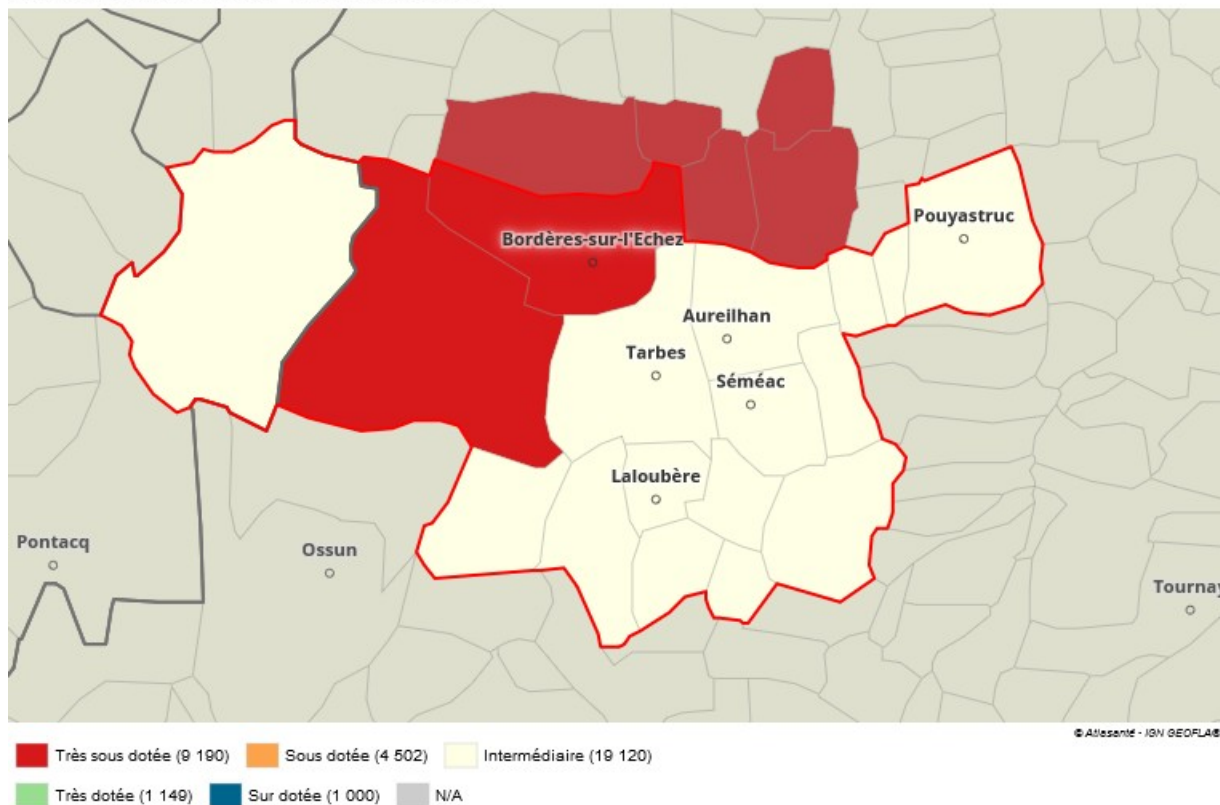
ND : données non disponibles

Source : Cartosanté – portrait de territoire 2019

La densité des orthophonistes sur le territoire de la CPTS est de 26.4 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à celle de la région et de la France.

- Zonage orthophonistes 2018

Zonage orthophonistes 2018 - Source : CNAMTS - ARS



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

L'ARS Occitanie a classé Bordères-sur-l'Echez et Ibos comme zones très sous dotées et le reste des communes de la CPTS comme zones intermédiaires.

Les sages-femmes : une densité proche de la densité régionale et nationale

- Les caractéristiques des sages-femmes

Sages-femmes	Nombre	Dont âgés de 55 ans et plus	Densité (Taux pour 10 000 habitants)	Activité moyenne
CPTS	6	1 (16.7%)	1.4	ND
CA Tarbes Lourdes Pyrénées	9	1 (11.1%)	1.4	1 419
Hautes-Pyrénées	17	1 (5.9%)	0.7	1 477
Occitanie	683	118 (17.3%)	1.2	1 592
France	6 508	1 058 (16.2%)	1.8	1 622

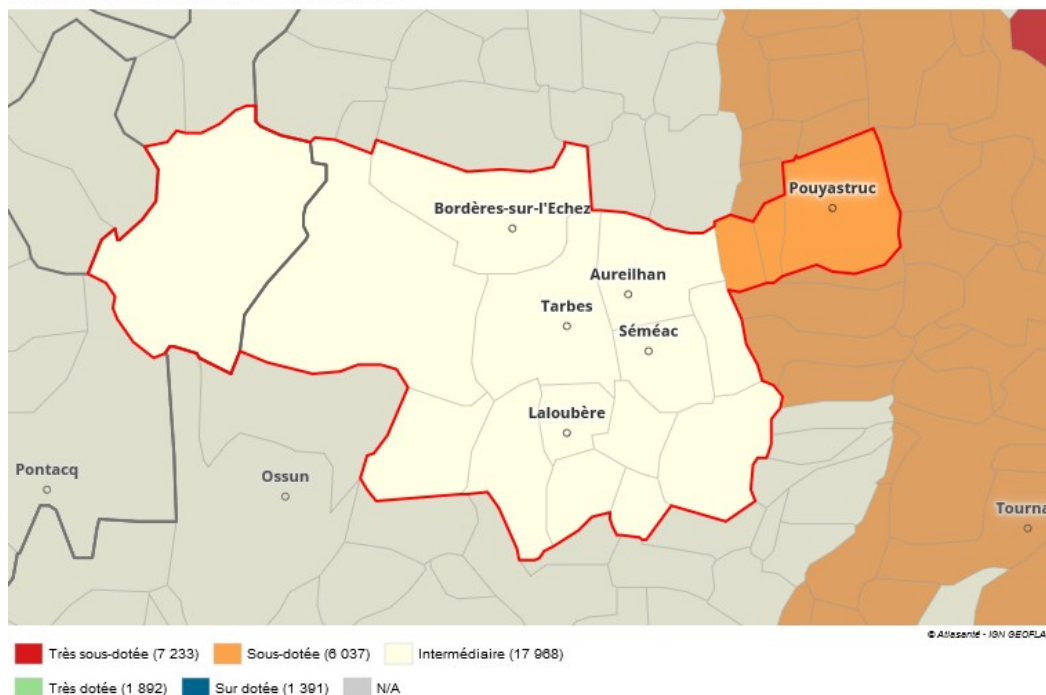
ND : données non disponibles

Source : Cartosanté – portrait de territoire 2019

La densité de sages-femmes installées sur le territoire étudié est proche de la densité régionale et nationale.

- Zonage sages-femmes 2020

Zonage sages-femmes 2020 - Source : CNAMTS - ARS



Source : <http://cartosante.atlasante.fr/>

L'ARS Occitanie a classé Lizos, Boulin et Pouyastruc comme zones sous-dotées. Le reste des communes de la CPTS est classé en zones intermédiaires.

Les autres professionnels de santé représentés sur le territoire de la CPTS

Le territoire étudié compte également (Sources : diagnostic ARS CPTS sept 2019, <http://rezonecpts.ameli.fr>) :

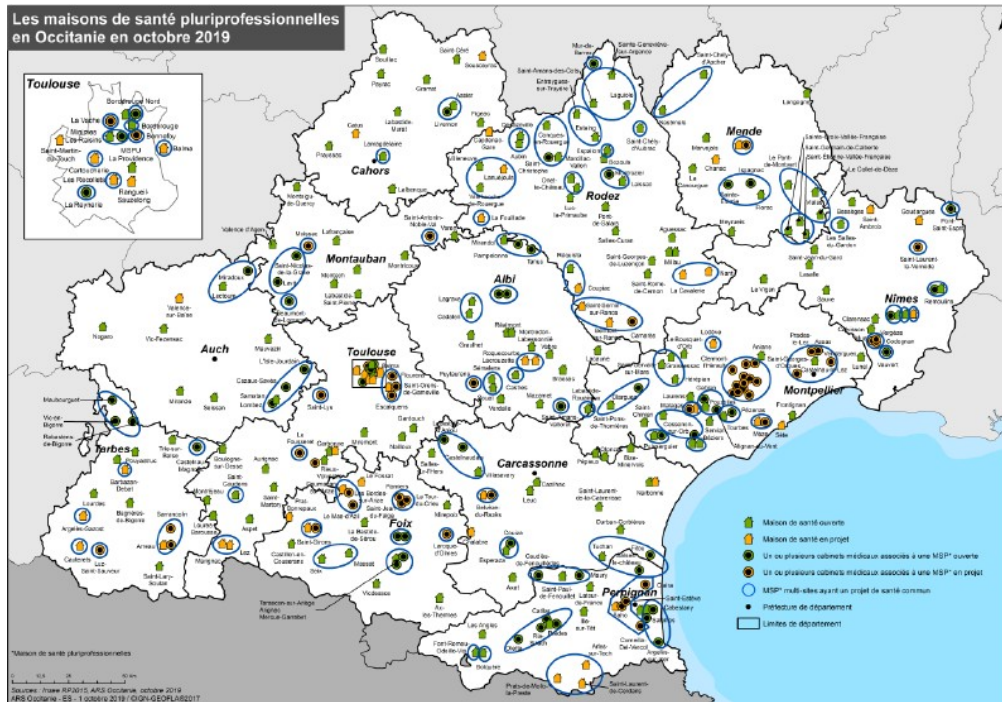
- 39 pharmacies ;
- 7 laboratoires ;
- 5 orthoptistes ;
- 121 médecins spécialistes (hors médecins généralistes), dont 44 médecins de plus de 60 ans.

La plupart des spécialités médicales sont représentées sur le territoire.

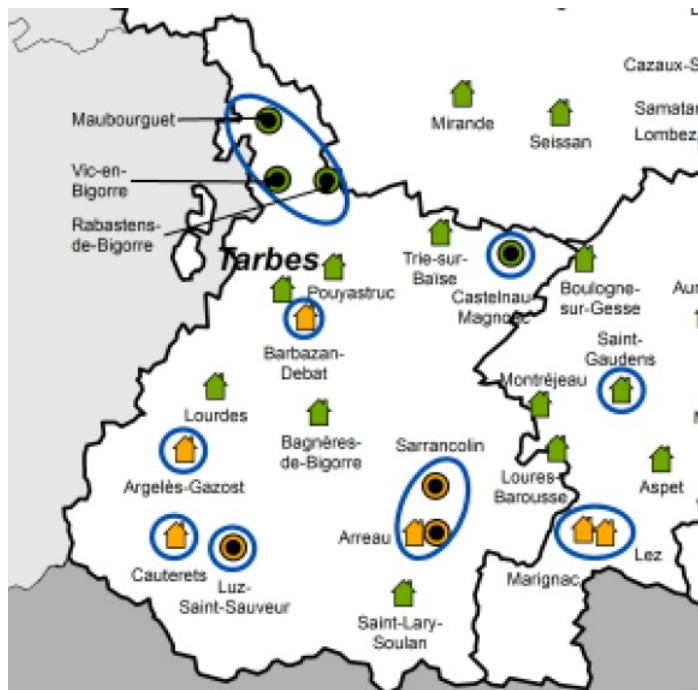
Dispositifs de coordination déjà existants sur le territoire

- Dispositifs d'exercice coordonné entre professionnels

Cartes des maisons de santé pluri professionnelles en Occitanie en octobre 2019



Source : <https://www.occitanie.ars.sante.fr>



Source : <https://www.occitanie.ars.sante.fr>

En octobre 2019, dans le département des Hautes-Pyrénées, il existait 8 MSP (Maisons de Santé Pluri professionnelles) en fonctionnement et 5 en cours d'élaboration.

Sur le territoire de la CPTS, on compte : une MSP sur Tarbes, une MSP sur Pouyastruc et une ESP (Equipe de Soins Primaires) à Aureilhan. Une MSP est en projet sur Barbazan-Debat.

- Réseau de santé de proximité

Le Relai Santé Pyrénées (RESAPY) est le réseau de santé territorial de proximité des Hautes-Pyrénées. Il couvre l'ensemble du département.

Le Relais Santé Pyrénées est issu du rapprochement en 2018 de l'Association HAD de Bigorre et du Groupement de Coopération Sanitaire Réseau de Santé Arcade.

Il est un acteur majeur des Hautes-Pyrénées dans la coordination et la prise en charge des patients à domicile.

Il est porteur de plusieurs activités, organisées en deux pôles :

- Le pôle HAD (Hospitalisation à Domicile)
- Le pôle Réseau comprenant :
 - Le réseau de santé pluri-thématique
 - Le dispositif MAIA (en co-portage avec le conseil départemental)
 - La Plateforme territoriale d'appui : ouverture prévue courant 2021.

La PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) est en cours de constitution. Le futur DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) intégrera à terme cette PTA.

Etablissements sanitaires et médico-sociaux présents sur le territoire

Type de Structures	Communes
Centre hospitalier	- Tarbes : Centre Hospitalier de Bigorre, 3 sites : La Gespe, l'Ayguerote et Vic-en-Bigorre Avec un service d'urgence
Clinique	- Tarbes : Clinique de l'Ormeau, 2 sites : Centre et Pyrénées, avec un service d'urgence - Barbazan-Debat : clinique psychiatrique Korian Piétat - Séméac : Clinique psychiatrique lampre
HAD (hospitalisation à domicile)	Porté par le réseau Arcade
Centres de dialyse & Structures alternatives aux centres	Tarbes (1) : unité d'auto dialyse
Centres de santé dentaires	Tarbes (1)
Centres de santé	Tarbes (1) : centre de santé médical Aureilhan (1) : centre de santé médical
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	7 établissements avec 652 places : - Tarbes (4) : Soleil d'Automne, le Doyenné du Carmel, EHPAD de l'Ayguerote, Marie Saint Frai - Aureilhan (1) : Résidence mutualiste La Pyrénéenne - Ibos (1) : Zelia - Juillan (1) : Le Jonquere
Résidence autonomie	Tarbes (1) : résidence autonomie du CCAS, 80 places
Services de Soins Infirmiers à Domicile	Tarbes (1) Juillan (1)
IME ²	5 établissements avec 207 places : - Tarbes (4) - Bordères-sur-l'Echez (1)
ITEP ³	2 établissements avec 79 places : - Tarbes (1) - Bordères-sur-l'Echez (1)
IEM ⁴	Tarbes (1), 8 places
SESSAD ⁵	6 établissements avec 135 places : - Tarbes (5) - Bordères-sur-l'Echez (1) - Séméac (1)
CMPP ⁶	Tarbes (1)
CAMSP ⁷	Tarbes (1)
Foyer hébergement pour adultes handicapés ⁸	Tarbes (1), 26 places

² Les Instituts Médico-Educatifs (IME) ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle quel que soit le degré de leur déficience. L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation

³ Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) ont pour mission d'accueillir des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage. Les ITEP conjuguent au sein d'une même équipe institutionnelle, des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

⁴ Un Institut d'Education Motrice (IEM) est un établissement médico-social qui propose des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice importante afin de les accompagner dans leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

⁵ Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) apportent aux familles conseils et accompagnement, ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD. En ce qui concerne l'intervention au sein de l'école, elle peut avoir lieu en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS).

⁶ Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans.

⁷ Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans.

⁸ Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés assurent l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité

ESAT ⁹	Séméac (1), 55 places
Entreprise adaptée ¹⁰	Juillan (1), 30 places
SAMSAH ¹¹	Tarbes (2)
SAVS ¹²	Tarbes (1), 63 places

Sources : <http://rezonecpts.ameli.fr>, annuaire action social

4 - Analyse des données & identification des problématiques

Les forces et faiblesses ont été identifiées et listées dans chacune des fiches actions rédigées pour les différentes missions de la CPTS.

5 - Orientations stratégiques du projet de santé

Intitulé de la mission	Axes d'amélioration retenus par les professionnels de la CPTS
Faciliter l'accès à un médecin traitant	<p><u>Volontariat des médecins généralistes et bilan de situation sanitaire et sociale en amont d'une demande de consultation médicale d'un patient sans médecin traitant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diminuer progressivement le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire, à démographie médicale constante ou évoluant positivement, <input type="checkbox"/> Créer une liste « dynamique/évolutive » de médecins volontaires sur le territoire pour prendre de nouveaux patients, et ainsi améliorer l'accès au médecin traitant, <input type="checkbox"/> Faciliter l'exercice des médecins, renforcer le travail en équipe et la coordination, <input type="checkbox"/> Du fait de la facilitation de l'exercice : Rendre le territoire plus attractif et susciter l'adhésion de nouveaux médecins généralistes à la CPTS.
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	<p><u>Mise en place d'un secrétariat dédié au traitement et à l'orientation des soins non programmés en ville :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réguler et mieux orienter les demandes de

professionnelle pendant la journée dans un Etablissement ou un Service d'Aide par le Travail (ESAT), dans une Entreprise Adaptée ou en milieu ordinaire.

⁹ Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) accueillent des personnes handicapées ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité d'une personne valide et dont les capacités de travail ne leur permettent pas, momentanément ou durablement de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

¹⁰ Les Entreprises Adaptées (anciennement « ateliers protégés » réformés par la [loi n°2005-102 du 11 février 2005](#)) sont à part entière des entreprises du marché du travail dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés. Les Entreprises Adaptées constituent des unités économiques de production qui rendent les travailleurs handicapés aptes à exercer une activité professionnelle salariée dans les conditions adaptées à leurs possibilités.

¹¹ Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées, en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels, et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.

¹² Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

	<p>soins non vitales sur le territoire,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer le parcours des patients en demande de SNP, <input type="checkbox"/> Leur apporter une réponse dans un délai court (le jour même ou dans les 24h), <input type="checkbox"/> Mutualiser les moyens disponibles sur le territoire. <p><u>Déploiement de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déployer la télémédecine via les téléconsultations, le télésoin et la téléexpertise en tant qu'outils pouvant faciliter la prise en charge des SNP à domicile, <input type="checkbox"/> Améliorer la prise en charge et le suivi de certaines pathologies en pluridisciplinarité via la téléconsultation assistée, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination entre professionnels de santé du territoire, <input type="checkbox"/> Gagner du temps en réduisant les déplacements des personnes et des soignants. <p><u>Mise en place de protocoles de coopération et délégations de tâches :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer le parcours des patients en demande de SNP, <input type="checkbox"/> Leur apporter une réponse dans un délai court (le jour même ou dans les 24h), <input type="checkbox"/> Mutualiser les moyens disponibles sur le territoire et assurer une meilleure répartition des SNP entre professionnels de santé, <input type="checkbox"/> Libérer du temps médical et diminuer le recours aux services d'urgence, <input type="checkbox"/> Organiser le transfert d'actes entre professionnels de santé dans le cadre sécurisé de protocoles validés. <p><u>Mise en place d'une plateforme et d'un annuaire de coordination pour un accès facilité à des examens complémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer la rapidité et la qualité de prise en charge des demandes de SNP, fluidifier le parcours, <input type="checkbox"/> Faciliter l'accès au second recours, à des examens complémentaires dans le cadre de demandes de SNP, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination et la communication entre professionnels de santé du territoire.
--	---

<p>Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient</p>	<p><u>Prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages au sein des troubles du neurodéveloppement (TND) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer la précocité du diagnostic, <input type="checkbox"/> Favoriser l'inclusion et l'accès aux soins de premier et second recours, <input type="checkbox"/> Former les professionnels de santé, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels de santé entre eux, <input type="checkbox"/> Mettre à disposition des professionnels de santé des logigrammes de parcours et des outils pédagogiques d'information. <p><u>Prise en charge de la fragilité des séniors :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impliquer un nombre croissant d'acteurs pour l'inclusion des séniors, <input type="checkbox"/> Augmenter le nombre d'évaluation en augmentant le nombre de soignants formés à l'évaluation, <input type="checkbox"/> Proposer un diagnostic et une prise en charge précoces de la perte des fonctions et capacités intrinsèques des personnes de 70 ans et plus afin de retarder l'entrée dans la dépendance, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants autour d'un patient (et la coordination médicale et sociale), <input type="checkbox"/> Rendre le patient acteur de sa santé. <p><u>Prise en charge du patient insuffisant cardiaque :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eviter les réhospitalisations, <input type="checkbox"/> Repérer les signes précoces de complications, <input type="checkbox"/> Prendre en charge les comorbidités, <input type="checkbox"/> Proposer une rééducation et une éducation thérapeutique. <p><input type="checkbox"/> <u>Protocole de gestion des patients sous AVK .*</u> Améliorer la stabilité de l'INR chez les patients sous AVK,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer la formation des professionnels et la coordination entre professionnels sur cette thématique, <input type="checkbox"/> Homogénéiser les pratiques et les discours par la création de référentiels de conduite à tenir, <input type="checkbox"/> Améliorer la gestion des AVK selon l'INR notamment le week-end et les jours fériés, <input type="checkbox"/> Réduire les effets indésirables et notamment les hospitalisations évitables. <p><u>Protocole de gestion de situation sanitaire exceptionnelle :</u></p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Être un acteur de santé public en évaluant et prévenant les risques sanitaires majeurs ou lors de crise, <input type="checkbox"/> Optimiser la prise en charge des patients lors d'évènements graves et/ou inhabituels, <input type="checkbox"/> Anticiper les différents scénarii et prévoir une stratégie pour chacun d'entre eux. Prioriser les actions et revoir régulièrement ses objectifs, <input type="checkbox"/> Formuler des réponses progressives strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'évènement et à la hauteur des moyens disponibles, <input type="checkbox"/> S'appuyer sur les parcours de soins utilisés en routine par les patients, <input type="checkbox"/> Garantir la continuité et la qualité des soins des patients directement ou non impliqués dans l'évènement, par la mobilisation au plus juste des ressources, <input type="checkbox"/> Anticiper et mutualiser les moyens à l'échelle de la CPTS, <input type="checkbox"/> Proposer des solutions innovantes, <input type="checkbox"/> Communiquer auprès des membres de la CPTS et des acteurs de santé du territoire, <input type="checkbox"/> S'assurer de la bonne articulation avec les autres plans d'urgence rédigés par l'ensemble des acteurs en santé du territoire et à l'échelon du département.
<p>Développement d'actions coordonnées de prévention</p>	<p><u>Repérage de la fragilité (programme ICOPE) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organiser des réunions d'information, d'éducation et de prévention en santé pour le grand public sur diverses thématiques, <input type="checkbox"/> Responsabiliser les patients et les rendre acteurs de leur propre santé. <p><u>Pôle prévention général : actions d'éducation et de prévention en santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer le dépistage précoce de la perte des fonctions et capacités intrinsèques des personnes de plus de 60 ans afin de retarder l'entrée dans la dépendance, <input type="checkbox"/> Former les professionnels de santé au repérage de la fragilité et à la prévention du déclin des capacités intrinsèques et fonctionnelles, <input type="checkbox"/> Permettre aux professionnels de santé (IDE, pharmacien, médecin...) d'évaluer et de suivre l'évolution des fonctions et capacités de leurs patients de plus de 60 ans, <input type="checkbox"/> Former le sénior à l'auto-évaluation et le rendre acteur de sa santé, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels

	de santé intervenants autour d'un patient.
--	--

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

Orientations du Projet Régional de Santé (PRS) d'Occitanie :

1. Développer la prévention, le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces
2. Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé
3. Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
4. Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charges adaptées
5. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges et des accompagnements

Les actions développées dans les fiches actions ci-dessus répondent à l'ensemble des orientations du PRS d'Occitanie.

Définition des missions

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

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

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

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

Les résultats des travaux de chaque groupe ont été présentés et validés par le comité de suivi, puis en réunion plénière.

Mission socle 1A

1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant

Préambule

Sur notre territoire, il est constaté, comme ailleurs en France, qu'un nombre non négligeable de personnes n'a pas de médecin traitant. Il convient de distinguer celles pour qui c'est un choix, (elles n'ont pas cherché à en trouver un, n'en éprouvent pas le besoin et/ou ne souhaitent pas s'inscrire dans un parcours de soins) de celles (environ la moitié, selon les estimations nationales) qui en recherchent un activement. Il convient également de préciser que le fait de ne pas avoir de médecin traitant n'implique pas forcément un non recours aux soins.

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

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

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

Les actions proposées, interdépendantes et complémentaires les unes des autres, visent à :

- Pour les patients : améliorer l'accès au médecin traitant et la prise en charge globale et coordonnée
- Pour les médecins traitants : Faciliter l'exercice, renforcer le travail en équipe, rendre le territoire plus attractif

Des freins ou difficultés ont été identifiés pour l'atteinte de cette première mission. Il s'agit de :

- La démographie défavorable aux médecins généralistes et le risque de son accentuation dans les années à venir du fait de départs à la retraite de médecins généralistes non remplacés
- La nécessaire modification de la façon d'exercer des professionnels en termes d'organisation et de pratique

Le groupe de travail dédié à cette mission a identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

Actions	Priorité	Fiche action
Volontariat des médecins généralistes	1	OUI
Bilan de situation sanitaire et sociale en amont d'une demande de consultation médicale d'un patient sans médecin traitant	1	OUI
Assistants médicaux	2	NON
Infirmiers de pratique avancée	2	NON

Les 2 premières missions, apparues prioritaires et potentiellement plus facilement réalisables font l'objet de fiches actions détaillées. Les autres seront mises en place plus progressivement.

Fiche ACTION

Volontariat des médecins généralistes	
Mission socle 1A : Faciliter l'accès à un médecin traitant Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	
Pilote	Eva Decotte, médecin généraliste (MG)
Groupe de travail référent	Dr Eva Decotte, MG Dr Paul Cazalé, MG Christine Cazala, IDE Kheira Selmani, IDE Olivier Monlezun, pharmacien Marine Pain, kinésithérapeute
Contexte - problématiques constatées	<p><u>Diagnostic :</u> Sur le territoire de la CPTS, on compte, parmi la population consommant, 5 789 personnes de plus de 17 ans sans médecin traitant, soit 8,5% de la population de plus de 17 ans du territoire (source diagnostic Rezone Assurance Maladie - 2019). Parmi elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 636 personnes ont plus de 70 ans (<i>données recueillies sur uniquement 65% du territoire, les communes les plus petites étant neutralisées, dans le respect des exigences de la CNIL</i>) - 566 personnes sont en ALD (<i>données recueillies sur uniquement 53% du territoire</i>) <p><u>Contexte :</u> Une initiative nationale de la CNAM, basée sur le volontariat des médecins, a été mise en place lors de la crise sanitaire liée au coronavirus pour permettre l'accès à un médecin généraliste à des patients suspectés de COVID n'ayant pas de médecin traitant. Cette initiative a bien fonctionné sur le territoire puisqu'un nombre significatif de médecins se sont portés volontaires. La liste de médecins volontaires était gérée par la CPAM via un SharePoint. L'idée serait donc de capitaliser sur cette expérience et pérenniser ce système en proposant régulièrement aux médecins de se porter volontaires pour accueillir de nouveaux patients, <u>sur la base du volontariat uniquement</u>, avec la possibilité à tout moment de sortir de la base.</p>
Objectif général	Favoriser l'accès des patients du territoire à un médecin traitant et améliorer la prise en charge globale et la coordination des soins

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diminuer <u>progressivement</u> le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire, à démographie médicale constante ou évoluant positivement <input type="checkbox"/> Créer une liste « dynamique/évolutive » de médecins volontaires sur le territoire pour prendre de nouveaux patients, et ainsi améliorer l'accès au médecin traitant, <input type="checkbox"/> Faciliter l'exercice des médecins, renforcer le travail en équipe et la coordination. <input type="checkbox"/> Du fait de la facilitation de l'exercice : Rendre le territoire plus attractif et susciter l'adhésion de nouveaux médecins généralistes à la CPTS.
Public cible	<p><u>Publics ciblés par l'action</u> : les médecins généralistes du territoire de la CPTS</p> <p><u>Publics bénéficiaires de l'action</u> : Patients sans médecin traitant en priorisant les patients chroniques en ALD (Affection de Longue Durée) sur le territoire de la CPTS.</p>
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<p>- Création d'un outil permettant de recenser les médecins généralistes volontaires pour prendre en charge de nouveaux patients, dans une optique de devenir leur médecin traitant si souhait partagé par le médecin et le patient</p> <p>Type d'outil : plateforme collaborative : Un document (type Tableau Excel ou autre) partagé avec accès par les médecins volontaires et le coordonnateur ou secrétariat de la CPTS ;</p> <p>La communication vers les médecins volontaires se fait ensuite via messagerie sécurisée medimail ou SPICO</p> <p>Gestion et maintenance de l'outil : CPTS + aide de la CPAM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les médecins renseignent dans le tableau leurs informations adésiratas de volontariat : Identité (nom-prénom), commune d'exercice, rayon d'intervention possible, niveau de volontariat, Patients à domicile, Situation de crise sanitaire, Le coordonnateur ou secrétaire peut les aider à remplir le tableau. <i>Les informations partagées via ce tableau et accessibles à tous et les informations qui resteront personnelles et seulement vues par le médecin concerné et le coordinateur seront à définir.</i> <input type="checkbox"/> Les médecins ont la possibilité de modifier leur statut à tout moment. Possibilité également de ne plus être volontaire à tout moment et de sortir du dispositif : dans ce cas, le coordinateur retire le médecin du tableau. <input type="checkbox"/> Les médecins ciblés par une demande d'un patient cherchant un médecin traitant sont contactés préférentiellement par messagerie sécurisée (medimail ou Spico ou outil de coordination choisi par la CPTS) <input type="checkbox"/> La communication auprès des médecins du territoire et la sollicitation des nouveaux installés et des non répondants : trimestrielle au début pour les relances et mises à jour de la liste, remontée de données factuelles auprès des utilisateurs, remerciements et synthèse de l'utilisation du dispositif depuis la dernière lettre. <p>Utilisation des outils de communication déjà existants (Exemples : newsletter de la CPAM - e-news médecins et autres professionnels - qui peut avoir une déclinaison locale, site ameli des Hautes-Pyrénées, Site HaPy Santé, mailing d'information de la CPAM possible, outils de communication utilisés par l'Ordre des médecins) ou bien outils mis en place spécifiquement. Une communication sera également effectuée auprès de l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS sur cette action.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage global des patients en recherche d'un médecin traitant par l'ensemble des acteurs : les professionnels de santé, le service départemental de médiation de la CPAM (qui a pour vocation actuelle d'aider à trouver un médecin traitant aux patients les plus en difficultés pour se faire à un niveau départemental) et autres régimes d'assurance maladie (MSA ...), les structures de soins hospitalières, les CCAS, ... Les demandes sont centralisées par la CPTS. - Les patients adressés à la CPTS sont dirigés par le coordonnateur de la CPTS vers les médecins volontaires en fonction de leur lieu de résidence et des médecins disponibles. - Une liste d'attente est également tenue, avec une priorisation vers les patients les plus vulnérables (ALD, degré d'urgence, isolement, précarité, handicap...). Une première phase permettra de tester les critères de priorisation retenus afin de les réajuster si nécessaire. - Un recours à la PTA lorsqu'elle sera en service est envisagé pour les situations les plus complexes en cas de nécessité d'orientation (par exemple : hébergement d'urgence) - Une première évaluation est réalisée : point sur l'équipe de soins du patient, afin d'en informer le futur médecin traitant. Si nécessaire un bilan sanitaire et social peut-être envisagé par l'équipe en place, ou initié par la CPTS afin de faciliter la prise en charge médicale ultérieure (cf. fiche-action « bilan de situation sanitaire et sociale ») - Après sa consultation le nouveau médecin traitant peut choisir de ne peut pas prendre en charge le patient en tant que médecin traitant et de faire un retour vers le coordinateur de la CPTS afin que le patient puisse être redirigé vers un autre médecin - Evaluation de la satisfaction des médecins de ce dispositif à 6 mois puis 1 an, pour éventuelles modifications. Seront rappelés les cotations possibles pour favoriser le volontariat des médecins généralistes.
Acteurs / partenaires de l'action	CPAM (service médiation) PTA CDOM Professionnels de santé Centres de santé municipaux (partenariat à envisager du fait de missions communes pour l'accès aux soins des patients sans médecin traitant)
Indicateurs de suivi et de résultats	Evolution dans le temps du nombre de médecins volontaires : au total et par item Evolution dans le temps du ratio du nombre de médecins volontaires /nombre de médecins installés Evolution avant/après du nombre de patients sans médecin traitant : au total, selon l'âge, l'ALD, la CSS, ... à corrélés à la variation du nombre de médecins installés sur le territoire en avant/après Satisfaction des médecins vis-à-vis du dispositif et notamment de l'outil mis en place Satisfaction des patients à envisager dans un second temps
Calendrier prévisionnel	Deuxième semestre 2021 : création de l'outil : fichier partagé accessible aux médecins de la CPTS Fin 2021 – premier semestre 2022 : après acceptation du projet de santé et ACI : embauche du coordinateur et mise en place du secrétariat puis mise en place de l'action, conjointement avec la fiche-action sur le bilan qui sera réalisé en amont Réévaluation du dispositif à 6 mois puis à 1 an

Moyens nécessaires	<u>Moyens humains et logistique</u> : Coordonnateur, secrétariat et tout le matériel inhérent aux fonctions. Local dédié
	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Matériel informatique, outils dédiés au recueil du volontariat des médecins, aux demandes des patients et au suivi des prises en charge, logiciels, medimail ou Spico
Inventaire des ressources déjà disponibles	PTA en cours Service médiation de la CPAM effectif SPICO logiciel de coordination en cours Medimail effectif
Identification des freins et leviers	<u>Freins</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Démographie médicale défavorable en ce qui concerne les médecins généralistes - Nécessite des modifications sur la façon d'exercer <u>Leviers</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Nécessite des modifications sur la façon d'exercer - Dynamique enclenchée à travers le dispositif expérimenté lors de la crise sanitaire et qui a permis de répondre à des demandes de patients sans médecin traitant
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Temps de coordonnateur et secrétariat CPTS : estimation de 3 heures par semaine au départ (à réévaluer en fonction des besoins) Gestion / suivi / évaluation de l'action par le coordonnateur CPTS et l'équipe projet (indemnisation du temps passé) Informatique : matériel, plateforme collaborative (si nécessite un développement informatique)

Bilan de situation sanitaire et sociale en amont d'une demande de consultation médicale d'un patient sans médecin traitant

Mission socle 1A : Faciliter l'accès au médecin traitant Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins Mission complémentaire 2 : Accompagnement des professionnels sur le territoire	
Pilote	Kheira Selmani, IDE
Groupe de travail référent	Dr Eva Decotte, MG Dr Paul Cazalé, MG Christine Cazala, IDE Kheira Selmani, IDE Olivier Monlezun, pharmacien Marine Pain, kinésithérapeute
Contexte - problématiques constatées	<u>Diagnostic :</u> Sur le territoire de la CPTS, on compte, parmi la population consommante, 5 789 personnes de plus de 17 ans sans médecin traitant, soit 8,5% de la population de plus de 17 ans du territoire (source diagnostic Rezone Assurance Maladie - 2019). Parmi elles : - 636 personnes ont plus de 70 ans (<i>données recueillies sur uniquement 65% du territoire, les communes les plus petites étant neutralisées, dans le respect des exigences de la CNIL</i>) - 566 personnes sont en ALD (<i>données recueillies sur uniquement 53% du territoire</i>) <u>Contexte :</u> La prise en charge d'un nouveau ou d'une nouvelle patient(e) est chronophage, et s'intègre dans un contexte de démographie défavorable en termes de médecins généralistes sur le territoire (du fait notamment de départs à la retraite non compensés par de nouvelles installations), et de ce fait de moindres déplacements aux domiciles des patients(es)
Objectif général	Favoriser l'accès des patients du territoire à un médecin traitant et améliorer la prise en charge globale et la coordination des soins
Objectifs opérationnels	<input type="checkbox"/> Diminuer progressivement le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire, à démographie médicale constante ou évoluant positivement <input type="checkbox"/> Faciliter l'exercice des médecins et améliorer la prise en charge globale des patients, grâce notamment au renforcement du travail en équipe et à la coordination. <input type="checkbox"/> Du fait de la facilitation de l'exercice : rendre le territoire plus attractif et susciter l'adhésion de nouveaux médecins généralistes à la CPTS.
Public cible	<u>Publics ciblés par l'action :</u> les médecins généralistes volontaires sur le territoire de la CPTS (cf. fiche action correspondante), les autres professionnels de santé <u>Publics bénéficiaires de l'action :</u> patients(es) sans médecin traitant en priorisant dans un premier temps les patients(es) chroniques en ALD sur le territoire de la CPTS
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	- Identifier les patients en demande de MT en ALD sur le territoire de la CPTS : cette identification peut être réalisée par les professionnels de premier recours à qui s'adressent les patients, le service de médiation de la CPAM et autres régimes d'assurance maladie (MSA ...), les structures de soins hospitalières, les CCAS, ... Le coordonnateur de la CPTS sera en charge de centraliser ces demandes. - Identifier/Répertorier les professionnels de santé et/ou du secteur médico-social ou social déjà présents autour (référents) des patients

	<p>concernés, notamment IDE, pharmaciens, kiné ou autres : rôle du professionnel de santé de premier recours principal/référent et/ou du coordonnateur</p> <p>- Le professionnel de santé de premier recours ou coordonnateur contacte un IDE pour le bilan : soit déjà présent dans l'équipe, soit par le biais d'un pool de volontaires identifiés au niveau de la CPTS</p> <p>- Réalisation du bilan sanitaire et social en coordination avec les autres professionnels du secteur sanitaire, médico-social ou social identifiés. Si le patient est connu du professionnel de santé qui fait le bilan, le bilan peut s'envisager en téléconsultation</p> <p>- Transmission via messagerie sécurisée, par le professionnel de santé ou le coordonnateur de la fiche au médecin généraliste volontaire et planification de la consultation médicale à venir, avec présentation facilitatrice du dispositif et proposition de soutien de l'équipe à la consultation médicale (en présentiel ou non)</p> <p>Corollaires :</p> <p>- Création d'un pool IDE de volontaires identifiés au niveau de la CPTS pour la réalisation du bilan</p> <p>- Création d'une fiche standard de synthèse sanitaire et sociale mise à disposition dans l'idéal sur le site internet de la CPTS pouvant être pré-renseignée par les patients demandeurs, aidants ou tuteurs, pharmaciens, référents MAIA ... puis complétée par le(s) professionnels de santé</p> <p>- Utilisation des outils numériques développés sur le territoire pour faciliter la coordination : medimail, Spico, DMP ...</p>
Acteurs / partenaires de l'action	<p>CPAM</p> <p>PTA</p> <p>Professionnels de santé</p> <p>Professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social</p> <p>Etablissements sanitaires</p> <p>CCAS</p>
Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Nombre de bilans réalisés</p> <p>Evolution dans le temps du nombre d'IDE volontaires</p> <p>Evolution avant/après du nombre de patients sans médecin traitant : au total, selon l'âge, l'ALD, la CSS, ... à corrélérer à la variation du nombre de médecins installés sur le territoire en avant/après</p> <p>Satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis du dispositif et notamment du bilan mis en place</p>
Calendrier prévisionnel	<p>Deuxième semestre 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Création de la fiche du bilan sanitaire et social <input type="checkbox"/> Création d'un pool IDE volontaires <input type="checkbox"/> Communication du dispositif auprès des professionnels de santé <p>Fin 2021 – premier semestre 2022 : après acceptation du projet de santé et ACI : embauche du coordonnateur et secrétaire puis mise en place de l'action, conjointement avec la fiche-action "volontariat des médecins généralistes"</p> <p>Réévaluation du dispositif à 6 mois et à 1 an</p>
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens humains et logistique</u> :</p> <p>Coordonnateur, secrétariat et tout le matériel inhérent aux fonctions. Local</p>

	dédié
	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Matériel informatique, outils dédiés au recueil du volontariat des IDE, aux demandes des patients et au suivi des prises en charge, logiciels, medimail, Spico...
Inventaire des ressources déjà disponibles	Service médiation de la CPAM effectif Medimail effectif SPICO logiciel de coordination en cours PTA en cours
Identification des freins et leviers	<u>Freins</u> : - Modifications sur la façon d'exercer - Difficulté d'identifier les différents professionnels en charge du patient <u>Leviers</u> : - Modifications sur la façon d'exercer - Dynamisme des professionnels de la CPTS
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Rémunération du référent bilan plus ou moins un 2 ^{ème} professionnel de santé participant au bilan, cf plus haut Élaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet (incluant le pilote et le groupe de travail référent) Temps de coordonnateur et secrétariat CPTS : estimation de 1 heure par semaine au départ (à réévaluer en fonction des besoins) Gestion / suivi / évaluation de l'action par le coordonnateur CPTS et l'équipe projet (indemnisation du temps passé) Informatique : matériel, plateforme collaborative (si nécessite un développement informatique) <u>Sources de financement mobilisables au-delà de l'ACI CPTS</u> : - Article 51 de la LFSS 2018

Mission socle 1B

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

Préambule

Les soins non programmés sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Il est estimé qu'une part non négligeable des passages aux urgences pourrait relever de la prise en charge par la médecine ambulatoire.

En 2004, selon une étude de la Direction de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des Solidarités, il était estimé que les demandes de soins non programmés correspondaient à environ 12 % du total des consultations annuelles des médecins généralistes.

Les professionnels de santé de premier recours sur le territoire réalisent déjà la réponse à la demande de soins non programmés, mais il semble nécessaire de mettre en place une organisation permettant de répondre au mieux à cette demande et de mutualiser les moyens humains et matériels présents sur le territoire.

Consciente que la réponse actuelle aux demandes de soins non programmés n'est pas toujours adaptée aux besoins et reste perfectible, notre CPTS entend prendre un certain nombre d'initiatives collectives dans l'objectif de réguler et structurer la prise en charge de ces soins non programmés.

Qu'ils s'agissent de régulation, d'accès facilité à des examens complémentaires, de déploiement de la télémédecine ou du partage de tâches entre professionnels, la réponse aux demandes de soins non programmés est l'affaire de tous les professionnels de santé sur le territoire.

Ces initiatives s'inscrivent en cohérence avec les différentes mesures du Pacte de refondation des urgences (septembre 2019) en ce qui concerne la médecine de ville.

Le groupe de travail dédié à cette mission a identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

Actions	Priorité	Fiche action
Mise en place d'un secrétariat dédié au traitement et à l'orientation des soins non programmés en ville	1	OUI
Déploiement de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise)	1	OUI

Mise en place de protocoles de coopération et délégations de tâches	1	OUI
Mise en place d'une plateforme et d'un annuaire de coordination pour un accès facilité à des examens complémentaires	1	OUI
Articulation avec les services d'urgences dans le cadre du pacte de refondation des urgences	2	NON
Mise en place par les médecins généralistes de plages horaires dédiées à la prise en charge des soins non programmés en journée	2	NON

Les 4 premières missions, apparues prioritaires et potentiellement plus facilement réalisables font l'objet de fiches actions détaillées. Les autres seront mises en place en même temps ou plus progressivement.

Fiche ACTION

Mise en place d'un secrétariat dédié au traitement et à l'orientation des soins non programmés en ville	
Mission socle 1B : Prise en charge des soins non programmés en ville Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins Mission complémentaire 2 : Accompagnement des professionnels sur le territoire	
Pilote	Dr Amandine K/ourio, médecin généraliste (MG)
Groupe de travail référent	Dr Amandine K/ourio, MG Dr Eva Decotte, MG Dr Hermès Emmanuelidis, MG Dr Jean-François Millet, MG Gérard Masson, IDE Jocelyne Scotto, IDE Fanny Père, IDE Pascale Castets, IDE Nathalie Layous IDE Marine Pain, MKE Benoît Le Pan, pharmacien
Contexte - problématiques constatées	Les demandes de soins ont souvent lieu durant les heures d'ouverture des cabinets. Des professionnels de santé de premier recours sur le territoire réalisent déjà la réponse à la demande de soins non programmés de manière informelle : par exemple sur le territoire de Tarbes un groupe d'IDE s'est formé et échange régulièrement pour trouver une réponse à des DNPS des patients (pansement, sortie d'hospitalisation, injection de médicaments etc...). Il semble donc nécessaire de mettre en place une organisation permettant de répondre au mieux à cette demande et de mutualiser les moyens humains et matériels présents sur le territoire. Une information sera réalisée secondairement auprès des services d'urgences de Tarbes (CH de Bigorre et Clinique de l'Ormeau) sur l'organisation ambulatoire des demandes de SNP. Une attention particulière sera portée à l'articulation de ce dispositif de régulation ambulatoire avec les services d'urgence et la régulation déjà effectuée par le 15.
Objectif général	Améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmés (SNP) en ville
Objectifs opérationnels	<input type="checkbox"/> Réguler et mieux orienter les demandes de soins non vitales sur le territoire <input type="checkbox"/> Améliorer le parcours des patients en demande de SNP, <input type="checkbox"/> Leur apporter une réponse dans un délai court (le jour même ou dans les 24h), <input type="checkbox"/> Mutualiser les moyens disponibles sur le territoire.
Public cible	Patients du territoire de la CPTS en situation d'urgence non vitale

<p>Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un secrétariat dédié aux professionnels de santé à la régulation des DSNP (ligne dédiée) en journée. Numéro réservé aux professionnels de santé, en interne à la CPTS au démarrage les horaires seront à définir. - Formation des secrétaires et information des professionnels de santé. - Mise en place d'un outil informatique permettant de consulter les disponibilités des médecins et des autres professionnels de santé concernés en temps réel (planning de consultation partagé). - Lorsqu'une consultation avec un médecin généraliste est nécessaire, privilégier en première intention le recours au médecin traitant du patient si possible. En cas d'indisponibilité du médecin traitant du patient, orientation vers un autre médecin de la CPTS. - Information auprès de la patientèle du territoire sur l'existence de cette organisation interprofessionnelle. - Si un protocole de délégation de tâche existe s'y référer (voir fiche action dédiée)
<p>Acteurs/partenaires de l'action</p>	<p>PTA La régulation libérale Dans un second temps : services des urgences du CH de Bigorre et de la Clinique de l'Ormeau.</p>
<p>Indicateurs de suivi et de résultats</p>	<p>Évaluer les appels de SNP sur la plateforme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Motif - Par quel professionnel de santé est faite la demande - Vers quel professionnel de santé ou structure de santé la demande est redirigée - Le délai de réponse <p>Évaluer la satisfaction des professionnels de santé de la CPTS.</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Deuxième semestre 2021 – premier semestre 2022 : après le projet final de santé de la CPTS, embauche de la secrétaire et formation</p>
<p>Moyens nécessaires</p>	<p><u>Moyens logistiques</u> : poste de secrétariat (poste informatique, téléphone...)</p> <p><u>Moyens numériques/informatiques</u> : Outils informatiques (planning de consultation partagé) et outils de communication de la CPTS (logiciel SPICO notamment)</p> <p><u>Moyens humains</u> : Secrétaires formées, horaires à couvrir : 8-20h en semaine, 8-12h le samedi.</p>
<p>Inventaire des ressources déjà disponibles</p>	<p>Professionnel de santé de la CPTS de premiers recours</p>
<p>Identification des freins et leviers</p>	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier le médecin traitant du patient en premier recours - Formation adéquate des secrétaires et des professionnels de santé à la régulation des SNP - Cotation (rémunération) adaptée pour la prise en charge des SNP pour la régulation et l'acte de soin. - Protocoles nationaux de coopération/délégation en support de la gestion des SNP (cf. Fiche Action dédiée) - Facilité d'accès à l'expertise interprofessionnelle (cf. Fiche Action dédiée Annuaire de coordination) <p><u>Freins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement et gestion des postes de secrétaires - Nécessite d'un nombre suffisant de médecins installés pour une meilleure répartition de la charge de travail que représentent les DSNP - Freins à l'intégration à la délégation de tâche

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Moyens matériels (poste informatique, téléphone, outil de gestion des plannings de consultation...) Moyens humains : temps de secrétariat, dont formation, dont les horaires couvrent : 8-20h en semaine et 8-12h le samedi matin
--	---

Déploiement de la télémédecine	
Mission socle 1B : Prise en charge des soins non programmés en ville Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	
Pilote	Dr Amandine K/ourio, médecin généraliste (MG)
Groupe de travail référent	Dr Amandine K/ourio, MG Dr Eva Decotte, MG Dr Hermès Emmanuelidis, MG Dr Jean-François Millet, MG Gérard Masson, IDE Jocelyne Scotto, IDE Fanny Père, IDE Pascale Castets, IDE Nathalie Layous IDE Marine Pain, MKE Benoît Le Pan, pharmacien

Contexte - problématiques constatées	<p>Il convient d'utiliser tous les outils utiles aux soins (diagnostic, suivi, avis d'un confrère médecin ou spécialiste...) pour une prise en charge rapide et de qualité pouvant améliorer l'accès aux soins et rapprocher le patient de l'expertise médicale. La télémédecine, avec la téléconsultation, le télésoin et la téléexpertise, peuvent ainsi contribuer à améliorer la prise en charge des demandes de SNP.</p> <p>Les professionnels de la CPTS souhaitent dans un premier temps développer la télémédecine pour les patients qui auraient une difficulté physique majeure à se déplacer, afin de mieux les prendre en charge à domicile.</p>
Objectifs généraux	<p>Améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmés (DSNP) et améliorer la qualité de la prise en charge à domicile des patients ayant une difficulté à se déplacer par le déploiement de la télémédecine.</p> <p>Les outils de télémédecine doivent être facilitant et sont considérés par les professionnels de la CPTS comme des supports à la consultation.</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déployer la télémédecine via les téléconsultations, le télésoin et la téléexpertise en tant qu'outils pouvant faciliter la prise en charge des SNP à domicile. <input type="checkbox"/> Améliorer la prise en charge et le suivi de certaines pathologies en pluridisciplinarité via la téléconsultation assistée <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination entre professionnels de santé du territoire. <input type="checkbox"/> Gagner du temps en réduisant les déplacements des personnes et des soignants.
Public cible	<p>Patients du territoire de la CPTS en incapacité physique de se déplacer et/ou en situation de fragilité et présentant un besoin de SNP identifié par un professionnel de santé et pouvant être pris en charge par téléconsultation.</p>
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des outils numériques déjà présents et utilisés par les professionnels de santé de la CPTS pour effectuer la télémédecine, évaluation des avantages et inconvénients de chacun, puis choix collectif d'un ou des outils numériques utilisés sur le territoire de la CPTS pour cette action. - Lorsqu'un avis médical est nécessaire, privilégier en première intention le recours au médecin traitant du patient si possible. En cas d'indisponibilité du médecin traitant du patient, orientation vers un autre médecin de la CPTS par le secrétariat dédié aux professionnels de santé à la régulation des DSNP (ligne dédiée) en journée. - Utilisation du ou des outils informatiques retenus permettant d'effectuer une téléconsultation / téléexpertise / un télésoin pour un besoin de SNP identifié par un professionnel de santé. - Restriction de l'utilisation de la télémédecine à la demande des professionnels de santé dans un premier temps. <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un(e) infirmier(e) identifie une DSNP chez un patient qui est en incapacité physique de se déplacer et/ou en situation de fragilité. ○ Avec l'aide du secrétariat dédié aux professionnels de santé à la régulation des DSNP (ligne dédiée) en journée, il requiert un avis médical par téléconsultation. ○ Cette téléconsultation assistée permettant au médecin généraliste réalisant la téléconsultation d'être assisté par un infirmier présent au domicile du patient. ○ Ce dernier serait équipé de matériels connectés lui permettant la prise de constante. Une primo évaluation pourrait ainsi être effectuée.
Acteurs/partenaires de l'action	<p>Professionnels de santé de la CPTS</p> <p>E-santé Occitanie pour le développement des outils informatiques à l'échelle de la région et pouvant être utilisés par la CPTS</p>

Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Évaluer les DSNP en télémédecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre - Le motif - Par quel professionnel de santé est fait la demande - Le type de télémédecine utilisée (télé soin, téléconsultation ou téléexpertise) - Vers quel professionnel de santé la demande de télémédecine est dirigée - Le délai de réponse - Degré de satisfaction des professionnels de santé (et des patients dans un second temps)
Calendrier prévisionnel	<p>Premier semestre 2022 : recensement des outils possibles, choix collectif</p> <p>Deuxième semestre 2022 : Déploiement de l'action à l'échelle de la CPTS</p>
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens numériques/informatiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ou des outils informatiques permettant d'effectuer une téléconsultation/téléexpertise/télé soin - Outils de communication de la CPTS (logiciel SPICO notamment) pour l'échange sécurisé des données médicales <p><u>Moyens humains</u> : Secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée), professionnels de santé de la CPTS, formation des professionnels de santé à l'utilisation de ces outils informatiques et de la télémédecine.</p>
Inventaire des ressources disponibles	<p>Professionnels de santé de la CPTS utilisant déjà la télémédecine</p> <p>Outils numériques déjà existants</p>
Identification des freins et leviers	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'accès au médecin traitant - Besoin des DSNP identifiés par les professionnels de santé - Restriction à l'usage de la télémédecine à des demandes entre professionnels de santé dans un premier temps - Progression de l'usage du numérique en médecine et de la télémédecine surtout depuis la crise sanitaire liée à la COVID 19 - Libre choix laissé à chaque professionnel d'avoir recours ou non à la télémédecine <p><u>Freins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des médecins, - Télémédecine encore peu déployée et outils numériques utilisés sur le territoire très variables d'un professionnel à l'autre - Compétences numériques, - Couverture réseau.
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<p><u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) :</p> <p>Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet</p> <p>Outils numériques utilisés pour la télémédecine</p> <p>Temps de formation des professionnels de santé de la CPTS à la télémédecine</p>

Mise en place de protocoles de coopération et délégations de tâches

Mission socle 1B : Prise en charge des soins non programmés en ville

Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins

Pilote	Dr Amandine K/ourio, médecin généraliste (MG)
Groupe de travail référent	Dr Amandine K/ourio, MG Dr Eva Decotte, MG Dr Hermès Emmanuelidis, MG Dr Jean-François Millet, MG Gérard Masson, IDE Jocelyne Scotto, IDE Fanny Père, IDE Pascale Castets, IDE Nathalie Layous IDE Marine Pain, MKE Benoît Le Pan, pharmacien
Contexte - problématiques constatées	<p>La prise en charge des soins non programmés (SNP) peut être un levier privilégié d'expérimentation de partages de tâches entre professionnels de santé offrant l'opportunité aux médecins de pleinement se concentrer sur leur expertise. En effet, les médecins installés sur le territoire font face à une charge de travail importante du fait d'une démographie médicale insuffisante. D'autres professionnels de santé, plus nombreux (notamment pour les IDE), pourraient participer à la prise en charge de certaines demandes de SNP, sous réserve de protocole de délégations de tâches entre professionnels de santé.</p> <p>Les protocoles de coopération impliquent une délégation de tâches. Ils formalisent un transfert d'actes ou d'activités de soins entre des professionnels de santé voire une réorganisation des modes d'intervention auprès d'un patient, à titre dérogatoire. L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit que « 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 leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L.4011-2 et L. 4011-3 ».</p> <p>6 protocoles nationaux autorisés par arrêtés ministériels déployables dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ont été publiés au Journal Officiel en mars 2020.</p> <p>Nous en retenons 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute - Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute - 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 - Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine <p>Les équipes porteuses de ces démarches peuvent adhérer à ces protocoles via une plateforme en ligne.</p> <p>Les professionnels de la CPTS souhaitent mettre en place des protocoles de coopération sur le territoire en vue de faciliter l'accès direct des patients à un professionnel de santé, pour les demandes de soins non programmés rentrant dans le cadre de ces protocoles et dans le même temps libérer du temps médical.</p>
Objectifs généraux	Améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmés (DSNP) par la mise en place de protocoles de délégations de tâches entre professionnels de santé.

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer le parcours des patients en demande de SNP, <input type="checkbox"/> Leur apporter une réponse dans un délai court (le jour même ou dans les 24h), <input type="checkbox"/> Mutualiser les moyens disponibles sur le territoire et assurer une meilleure répartition des SNP entre professionnels de santé, <input type="checkbox"/> Libérer du temps médical et diminuer le recours aux services d'urgence, <input type="checkbox"/> Organiser le transfert d'actes entre professionnels de santé dans le cadre sécurisé de protocoles validés.
Public cible	Patients du territoire de la CPTS présentant une demande de SNP non vitale et entrant dans le cadre des protocoles nationaux de coopération pouvant être portés par une structure pluriprofessionnelle.
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des professionnels de santé de la CPTS souhaitant participer à ces protocoles de délégations de tâches. - Adhésion de la CPTS et des professionnels intéressés aux différents protocoles nationaux plébiscités ou écriture de nouveaux protocoles à soumettre à l'ARS. - Formation des professionnels de santé concernés sur les protocoles de coopération et sur les délégations de tâches. - Articulation de cet accès direct aux IDE / pharmaciens / kinésithérapeutes (selon le protocole) avec le secrétariat de régulation des demandes de SNP - Suivi et réévaluation des actions menées au sein des protocoles
Acteurs/partenaires de l'action	Les professionnels de santé impliqués dans les protocoles de coopération nationaux et du bassin de santé de la CPTS.
Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Suivi des indicateurs sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'activité : nombre de consultations par protocoles, nombre de patients inclus par protocoles, - la qualité : nombre de dossiers repris par le médecin déléguant, description des arrêts de travail (nombre, durée), description des ordonnances (nombres et types), nombre de reconsultations, nombre de réunions d'analyse de pratique, - Effets indésirables : nombre, analyse, gestion - Évaluation de la satisfaction des patients, nombre de refus, - Évaluation de la satisfaction des différents professionnels de santé - Impact organisationnel : durée de prise de rendez-vous, facilité, accès dossier
Calendrier prévisionnel	Deuxième semestre 2022 : mise en place d'un des protocoles (sous condition préalable du déploiement d'un système d'information partagé adéquat)
Moyens nécessaires (variables selon les protocoles de coopération nationaux)	<p><u>Moyens numériques/informatiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outils de communication de la CPTS (logiciel SPICO, Médimail, Mailiz) pour l'échange sécurisé des données médicales <p><u>Moyens humains</u> : Secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée), facilitant les interventions entre délégués/déléguants</p>
Inventaire des ressources déjà disponibles	Variables selon les protocoles de coopération nationaux Outils numériques déjà existants
Identification des freins et leviers	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles nationaux déjà établis au Journal Officiel qui sont rédigés et qui permettent un cadre sécurisé de prise en charge. - Secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée) facilitant les interventions entre délégués/déléguants - Déploiement de la télémédecine/télésoin/téléexpertise (cf FA dédiée)

	<ul style="list-style-type: none"> - Libérer du temps médical <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligation d'un Système d'information partagé labellisé commun à l'échelle de notre CPTS - Complexité/rigidité pour la mise en place des protocoles à l'échelle de notre CPTS - Niveau de rémunération des professionnels de santé et complexité du dispositif des rémunérations - Adhésion des professionnels de santé à ces protocoles ?
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<p><u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) :</p> <p>Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet</p> <p>Eventuels coûts de formation des professionnels hors DPC</p> <p>Indemnisations complémentaires des délégués/déléguants si nécessaire</p>

Mise en place d'une plateforme et d'un annuaire de coordination pour un accès facilité au second recours et à des examens complémentaires	
Mission socle 1B : Prise en charge des soins non programmés en ville Mission complémentaire 2 : Accompagnement des professionnels sur le territoire	
Pilote	Dr Amandine K/ourio, médecin généraliste (MG)
Groupe de travail référent	Dr Amandine K/ourio, MG Dr Eva Decotte, MG Dr Hermès Emmanuelidis, MG Dr Jean-François Millet, MG Gérard Masson, IDE Jocelyne Scotto, IDE Fanny Père, IDE Pascale Castets, IDE Nathalie Layous IDE Marine Pain, MKE Benoît Le Pan, pharmacien
Contexte - problématiques constatées	<p>Afin de pouvoir apporter une réponse adaptée aux demandes de soins non programmées en ambulatoire, il peut s'avérer nécessaire d'obtenir rapidement un examen de biologie ou de radiologie par exemple, à la suite d'un premier examen médical.</p> <p>Dans cet objectif, les professionnels de la CPTS souhaitent établir une plateforme et un annuaire qui pourraient être des outils de coordination permettant un accès facilité et réactif à des examens complémentaires ou encore d'avoir un accès facilité au second recours.</p> <p>Une fois ces outils créés, il pourra être envisagé secondairement un volet de coordination avec les structures de soins (hôpitaux, cliniques, autres...) afin de permettre et faciliter les admissions directes sans avoir à passer par le service des urgences dans certains cas qu'il conviendra de définir.</p>
Objectifs généraux	Améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmés (DSNP) en ambulatoire.

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer la rapidité et la qualité de prise en charge des demandes de SNP, fluidifier le parcours, <input type="checkbox"/> Faciliter l'accès au second recours, à des examens complémentaires dans le cadre de demandes de SNP, <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination et la communication entre professionnels de santé du territoire.
Public cible	Patients du territoire de la CPTS présentant une demande de SNP non vitale.
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<p>Un annuaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recensement de l'ensemble des professionnels de santé pouvant intervenir dans les DSNP. - Recensement de l'ensemble des laboratoires et centres de radiologies pour les examens complémentaires pouvant intervenir dans les DSNP. - Mise en place de moyens de communication idéalement unifiés entre professionnel permettant un accès facilité aux avis de second recours et aux examens complémentaires. - Articulation des demandes autour du secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée) qui aide à l'utilisation de ces outils pour l'accès d'un avis de second recours ou des examens complémentaires. - Volet de coordination avec les hôpitaux et les cliniques, afin de permettre et faciliter les admissions directes sans avoir à passer par le service des urgences.
Acteurs/partenaires de l'action	<p>Les professionnels de santé de la CPTS</p> <p>Hôpitaux, Cliniques</p> <p>PTA</p> <p>E-santé Occitanie</p>
Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Satisfaction des professionnels de santé</p> <p>Satisfaction des patients</p> <p>Motifs et nombre d'utilisation de cette plateforme/annuaire</p> <p>Durée pour obtenir les avis ou examens complémentaires en SNP</p>
Calendrier prévisionnel	<p>Deuxième semestre 2021 : recensement des professionnels de santé, des laboratoires et centre d'imageries pouvant intervenir dans les DSNP, mise en place d'un volet de coordination avec les hôpitaux et les cliniques, afin de permettre et faciliter les admissions directes</p> <p>Premier semestre 2022 : mise en place de moyens de communication idéalement unifiés entre professionnel</p>
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens numériques/informatiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outils de communication de la CPTS (logiciel SPICO notamment) pour l'échange sécurisé des données médicales - Mise en place de moyens de communication idéalement unifiés entre professionnels <p><u>Moyens humains</u> : Articulation à faire avec le secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée)</p>
Inventaire des ressources déjà disponibles	<p>PTA,</p> <p>Professionnels de santé,</p> <p>Hôpitaux, Cliniques</p>
Identification des freins et leviers	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secrétariat dédié à la régulation des DSNP (cf. FA dédiée) pour aider à l'accès au second recours et aux examens complémentaires - Libération de temps de soins - Amélioration de la qualité et du délai de prise en charge des DSNP.

	<p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Unification des moyens de communication pour l'accès au second recours/examens complémentaires - Disponibilités et délais des spécialistes/examens complémentaires dans un contexte de forte pénurie médicale
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<p><u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) :</p> <p>Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet</p> <p>Indemnisation du/des professionnels(s) en charge du recensement et de son suivi si non effectué par le coordonnateur</p> <p>Eventuels coûts pour la création de l'annuaire dématérialisé</p>

Mission socle 2

2 - Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

Préambule

Le département des Hautes-Pyrénées figure parmi les plus âgés de France. Les professionnels de santé, prenant en charge cette population vieillissante, sont de plus en plus amenés à gérer des patients complexes, polyopathologiques et sont confrontés également à la problématique du maintien à domicile. Ces prises en charge complexes entraînent parfois l'intervention d'un nombre important d'acteurs autour du patient. C'est aussi le cas pour les patients en situation de handicap. Les interactions entre les professionnels intervenant autour du patient sont à

l'heure actuelle le plus souvent informelles. Un manque de communication et de coordination entre ces différents acteurs peut être à l'origine de ruptures de parcours ou de retards de prise en charge pour les patients.

La crise sanitaire actuelle liée à l'épidémie de coronavirus a plus que jamais mis en exergue l'importance d'une bonne coordination entre professionnels de santé et autres partenaires du système de santé pour la gestion des situations complexes.

Notre CPTS aura donc pour mission d'organiser les parcours pluri professionnels autour de ces patients et de ces situations complexes, afin de mieux répondre aux besoins et problématiques identifiées sur notre territoire, avec pour objectifs :

- Pour les patients : améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité de leur prise en charge, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap,
- Pour les professionnels de santé : renforcer le travail en équipe afin d'éviter l'isolement de professionnels de santé face à une situation complexe, en améliorant la communication et la coordination entre professionnels.

Elle devra pour cela prendre en compte la diversité des acteurs intervenant autour du patient, professionnels de santé et acteurs des secteurs sanitaire, médico-social, et social. Cela nécessitera une acculturation et la mise en place d'organisations et d'outils facilitant la communication et la coordination entre ces différents acteurs.

Le groupe de travail dédié à cette mission a identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

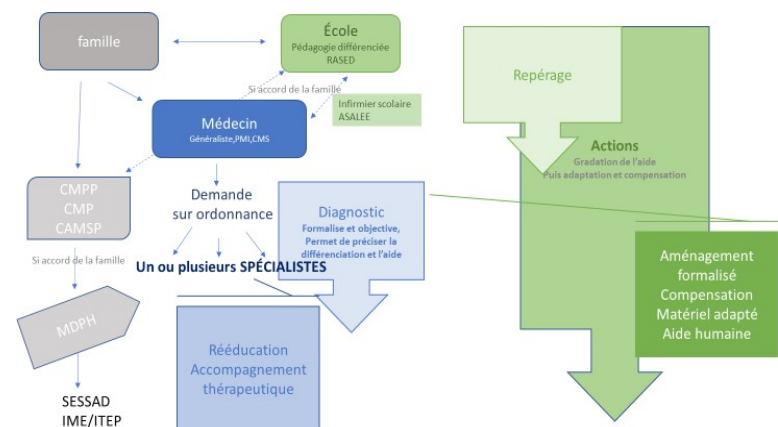
Actions	Priorité	Fiche action
Prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages au sein des troubles du neurodéveloppement (TND)	1	OUI
Prise en charge de la fragilité des séniors	1	OUI
Prise en charge du patient insuffisant cardiaque	1	OUI
Protocole de gestion des patients sous AVK	1	OUI
Protocole de gestion de situation sanitaire exceptionnelle	1	OUI

Parcours de patients polypathologiques : entrées/sorties d'hospitalisation	2	NON
Parcours de patients polypathologiques : ordonnances (déprescription)	2	NON
IDE référent parcours	2	NON
Accès au second recours : faciliter l'accès au second recours avec des plages réservées à la CPTS (dermatologie, radiologie...)	2	NON
Prise en charge du diabète, de l'HTA, des coronaropathies, des BPCO	2	NON
Protocole de prise en charges des plaies et pansements	2	NON

Les 5 premières missions, apparues prioritaires et potentiellement plus facilement réalisables font l'objet de fiches actions détaillées. Les autres seront mises en place plus progressivement.

Fiche ACTION

Prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages au sein des troubles du neurodéveloppement (TND)	
Mission socle 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins Mission complémentaire 2 : Accompagnement des professionnels sur le territoire	
Pilote	Dr Hervé Gachies, MG, et Elodie Hollebecque, consultante
Groupe de travail référent	Elodie Hollebecque, consultante Dr Hervé Gachies, MG Dr Eve Laporte, pédiatre Dr Gehin-Wibaux, MG Dr Baron, médecin de PMI Dr Miren ALDAZ, médecin scolaire Sandrine Pécarrère, IDE ASALEE Caroline Arino-Géhin, orthophoniste Annie Carballeda, psychomotricienne Ronald Corring CAMSP ou Pauline Léturgie (ADAPEI) pour la PCO
Contexte problématiques constatées	- Une récente étude pilote, portée par le Centre Référent pour les Troubles des Apprentissages (CRTA), avec le soutien de l'ARS Occitanie, le CH de Bigorre de Tarbes et Occitadys (association destinée aux professionnels pour une meilleure prise en charge des troubles dys) a révélé un réel manque de coordination dans le parcours des enfants souffrant de troubles spécifiques du langage et des apprentissages. La question de la coordination du parcours se pose tant sur le plan de l'orientation du patient que des professionnels entre eux. Les professionnels de santé du territoire se retrouvent confrontés à ces difficultés de prise en charge pour leurs patients. Les délais de prise en charge rééducative sont parfois très longs. Les professionnels de santé de la CPTS ont souhaité s'emparer de cette thématique, identifiée comme priorité du PRS Occitanie 2022, afin d'améliorer la prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages sur le territoire. Les données sur le territoire de la CPTS sont les suivantes : La prévalence nationale est estimée à environ entre 5 et 8% selon les sources de données. Soit, en extrapolant au territoire de la CPTS : environ 1 000 enfants âgés de moins de 17 ans pourraient être concernés, sur une population d'environ 15 000

	<p>enfants de cette tranche d'âge. Ou, si l'on considère les trois classes charnière : CP, CE2, 6^e, il s'agirait de 250 à 300 enfants.</p>
Objectif général	Améliorer la prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages
Objectifs opérationnels	<input type="checkbox"/> Améliorer la précocité du diagnostic <input type="checkbox"/> Favoriser l'inclusion et l'accès aux soins de premier et second recours <input type="checkbox"/> Former les professionnels de santé <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels de santé entre eux <input type="checkbox"/> Mettre à disposition des professionnels de santé des logigrammes de parcours et des outils pédagogiques d'information
Public cible	<u>Publics bénéficiaires de l'action</u> : Enfants de 0 à 15 ans avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages.
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<p>- Information et sensibilisation des professionnels médecins généralistes, pédiatres, IDE, rééducateurs (orthophonistes, orthoptistes, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diffusion du guide du parcours conçu par le CRTA <input type="checkbox"/> Communication sur l'association Occitadys et le parcours article 51 LFSS 2018 <input type="checkbox"/> Lien avec la PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation) TND (Troubles Neuro-Développementaux) <input type="checkbox"/> Lien avec la PTA <p>- Formation des médecins généralistes et infirmiers ASALEE et scolaires aux troubles des apprentissages, au diagnostic précoce et à la Batterie de dépistage : BMTa, cf annexe</p> <p>- Lien avec les infirmiers et médecins scolaires de l'Education Nationale</p> <p>- Information et sensibilisation des patients (parents de patient) via notamment des associations de patients, soirées d'information...</p> <p>- Articulation du parcours entre les acteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>  <p>Repérage par équipe pédagogique scolaire, famille, soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dépistage par le MG, IDE ASALEE ou IDE scolaire <input type="checkbox"/> Mise en place d'une rééducation et sollicitations de partenaires (CMP ...) selon les troubles dépistés <input type="checkbox"/> Orientation vers la PCO (pour les 0-6 ans) ou vers le centre de compétence (pour les 6-15 ans) selon les résultats du dépistage <input type="checkbox"/> Coordination par le MG <p>(Cf. guide parcours conçu par le CRTA)</p>

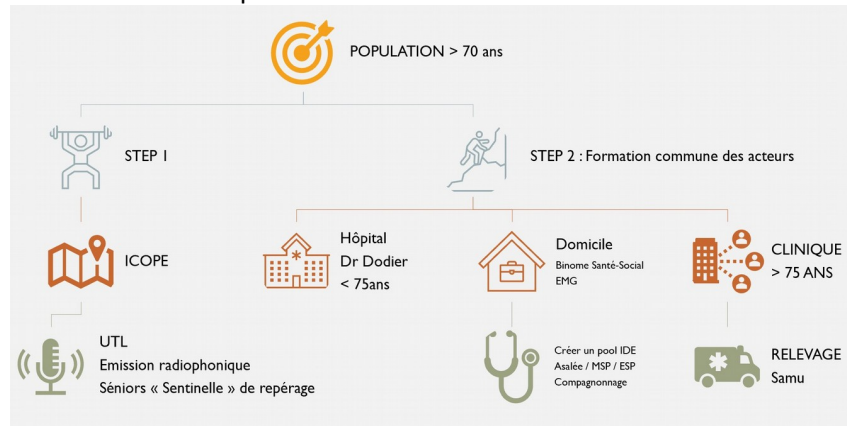
Acteurs/partenaires de l'action	Professionnels libéraux : médecin généraliste, orthoptiste, psychomotricien, orthophonistes, ergothérapeutes Neuropsychologues, psychologue, Pédiatre Infirmiers ASALEE CRTA et Centre de compétence Education nationale : IEN AESH Infirmier scolaire Médecin scolaire Psychologue scolaire CMPP Lagarigue CMPP Beroï SESSAD CAP65 CAMSP PMI PCO 65 PTA65 Associations de patients (Dyspraxie France Dys, Les Invisibles, Fédération Française des Dys)
Indicateurs de suivi et de résultats	Nombre de patients ayant bénéficié de la consultation de diagnostic Nombre de patients diagnostiqués Nombre de patients pris en charge dans le parcours
Calendrier prévisionnel	Deuxième semestre 2021 : formation des professionnels et déploiement de l'action par la suite
Moyens nécessaires	<u>Moyens logistiques</u> : Salle pour les formations ou les soirées d'information (possibilité de partenariat avec l'hôpital ou les instituts de formation pour un prêt de salle) Impression du guide du parcours <u>Moyens numériques/informatiques</u> : outils de communication d'information (ceux de la CPTS) auprès des professionnels de santé : notamment logiciel SPICO, medimail <u>Moyens humains</u> : Temps de réunion du groupe de travail pluriprofessionnel référent de l'action Animateur pour les soirées d'information auprès des patients (parents de patients) : professionnels de santé ou bien appui sur des associations de patients
Inventaire des ressources déjà disponibles	Cf leviers
Identification des freins et leviers	<u>Leviers</u> : - Appui sur l'étude du CRTA, - Appui sur le parcours TSLA article 51 d'Occitadys (formation notamment) - Appui sur la PCO 65 pour les TND <u>Freins</u> : - Nombreux acteurs
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Impression du guide parcours Achat de mallette BMTa : 1 par cabinet de professionnels de santé formés (achat personnel ou via la CPTS : à acter collectivement) Temps de sensibilisation/information des patients <i>Nota Bene</i> :

	Temps de formation pris en charge dans le cadre du DPC en lien avec Occitadys Financements prévus pour des temps de coordination via la PCO et le centre de compétence, sous condition de conventionnement du professionnel de santé
--	---

Prise en charge de la fragilité des séniors	
Mission socle 2 : Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	
Pilote	Carole Gavigniaux, IDE et Dr Vincent Dodier, gériatre
Groupe de travail référent	Dr Vincent Dodier, gériatre Dr Marc Labrunée, cardiologue Dr Martine Couderc, MG retraitée Carole Gavigniaux, IDE Priscilla Hagneré, IDE Emmanuelle Benne, travailleur Social CLIC Sage
Contexte problématiques constatées	<p>L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que vieillir en santé, « c'est garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous ». L'OMS a rendu public fin 2019 son programme ICOPE (Integrated Care for Older People) qui résulte d'un important travail de synthèse de plus de 500 publications scientifiques internationales, réalisé par un groupe de 50 experts internationaux de l'OMS. Ce programme, auquel sont associées les équipes du Gérontopôle du CHU de Toulouse - centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité - a pour but de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2025. (Source : https://www.chu-toulouse.fr/), cf fiche action dédiée Axe « Actions de prévention ».</p> <p>Une fois les signes d'alerte dépistés, la CPTS souhaite proposer une prise en charge adaptée à ces patients fragiles afin de prévenir le plus possible leur entrée dans la dépendance.</p> <p>Des consultations fragilité sont d'ores et déjà réalisées sur le territoire, soit à l'hôpital (par un gériatre), soit à la clinique (par un cardiologue), soit à domicile par des infirmières libérales formées (step 2 ICOPE). Dans ce dernier cas de figure, les consultations sont réalisées dans le cadre d'un protocole de coopération porté par l'article 51 de la loi HPST de juillet 2009.</p> <p>L'objectif est de pouvoir déployer et développer ce qui se fait déjà, en partenariat avec le Gérontopôle et l'ARS notamment, à l'échelle de la CPTS.</p> <p>Compte tenu :</p> <ol style="list-style-type: none"> De la spécificité de la population du bassin tarbais : 25% des habitants du territoire de la CPTS sont âgés de 65 ans et plus (Diagnostic Rezone, Données INSEE (MAJ 2020 - Recensement 2017) soit un peu plus de 20 000 personnes. Près de 40% des plus de 65 ans présenteraient des signes de pré-fragilité ou de fragilité (http://www.gerontopolesud.fr/), soit environ 6 000 personnes sur le bassin tarbais. De nos capacités actuelles à mobiliser des professionnels de santé du territoire pour la réalisation de consultations de fragilité (Step 2) (environ 210 par an). <p>Nous proposons la première année de cibler la population des 70 ans et plus.</p>

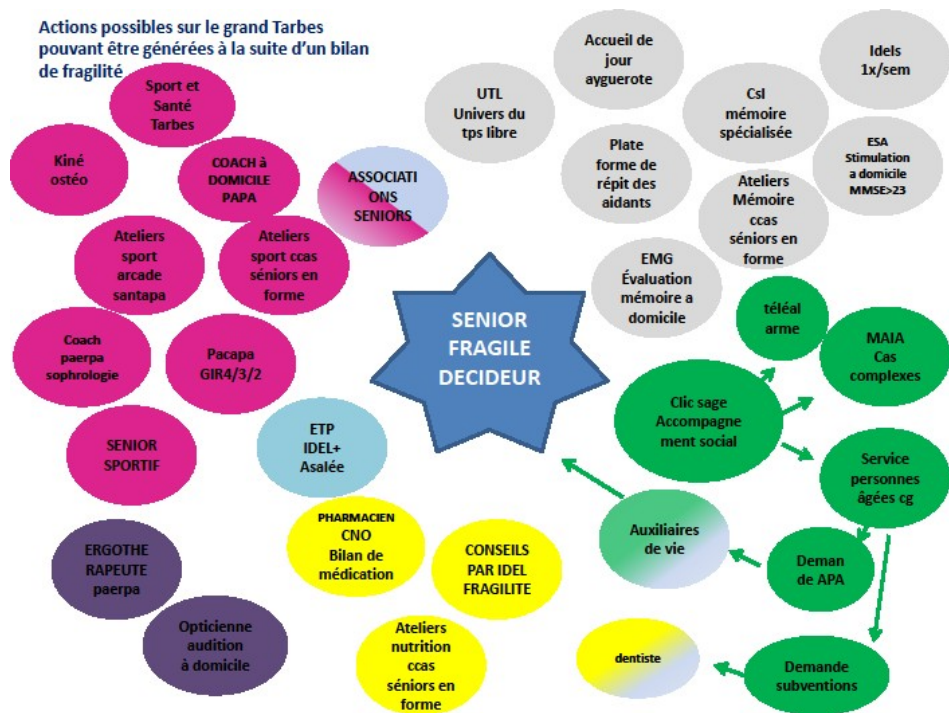
Objectif général	Prévenir la perte d'autonomie et le déclin des capacités intrinsèques et fonctionnelles des personnes âgées de 70 ans et plus
Objectifs opérationnels	<input type="checkbox"/> Impliquer un nombre croissant d'acteurs pour l'inclusion des séniors <input type="checkbox"/> Augmenter le nombre d'évaluation en augmentant le nombre de soignants formés à l'évaluation <input type="checkbox"/> Proposer un diagnostic et une prise en charge précoces de la perte des fonctions et capacités intrinsèques des personnes de 70 ans et plus afin de retarder l'entrée dans la dépendance <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants autour d'un patient (et la coordination médicale et sociale) <input type="checkbox"/> Rendre le patient acteur de sa santé
Public cible	<p><u>Publics bénéficiaires de l'action</u> : Patients Séniors du territoire de la CPTS de 70 ans ou plus - GIR 5/6, voire GIR 4 « léger ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Repérés par des professionnels du 1er ou du 2ème recours ou ● Participant au "Programme relevage" : ce programme concerne les personnes de 75 ans ou plus, ayant chuté à domicile et ayant été relevés mais non hospitalisés (gérés par les ambulances, elles-mêmes activées par le SAMU). Un partenariat sera à formaliser avec le SAMU (+/- les ambulances) pour la transmission des noms des patients chuteurs, avec l'accord de ceux-ci. Les patients repérés par ce programme seraient pris en charge dans le parcours fragilité de manière conjointe avec la Clinique de l'Ormeau. <p>[A noter que le CH de Tarbes a son propre programme Rising home, qui prend en charge les patients de plus de 75 ans qui sont tombés et qui ont été hospitalisés]</p> <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sortant d'hospitalisation avec le programme PRADO ou ● Dépistés grâce au programme ICOPE (cf fiche action ICOPE, axe 3 Actions de prévention) <p><u>Professionnels pouvant repérer les patients fragiles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Population de séniors robustes de l'UTL (Université de temps Libre), formés au repérage ICOPE (dépistage par les pairs) et ayant un rôle de « sentinelle » ● Acteurs sanitaires et médico-sociaux territoriaux (programme PAERPA notamment) ● Acteurs de la CPTS <p>Les soignants du territoire actuellement formés au STEP2 sont :</p> <p>1 IDEL 1 IDE EMG 1 Gériatre 1 cardiologue</p>
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des professionnels de santé et autres acteurs intéressés au repérage et à la prise en charge de la fragilité : Sessions de formation du STEP2 (cf schéma ci-dessous) tous les trimestres avec l'aval du Gérontopôle, de l'Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ETVPD) aux adhérents de la CPTS et aux acteurs médico-sociaux du territoire : CLIC, MAIA, PTA, CCAS. Possibilité de présentiel et/ou visio-conférence. - En cas de bilan de dépistage perturbé (cf Fiche action ICOPE, axe 3 : Actions de prévention), réalisation d'une consultation dédiée au diagnostic de la fragilité à domicile (par une infirmière libérale formée) ou au CH de Bigorre (par un

gériatre) ou à la Clinique de l'Ormeau (par un cardiologue), consultation réalisée en binôme avec un travailleur social. La consultation dédiée au diagnostic explore 7 domaines sensoriels et fonctionnels du patient dans ses dimensions biopsychosociales, à l'aide de grilles standardisées d'évaluation. Le consentement de la personne sera bien entendu recueilli en amont.



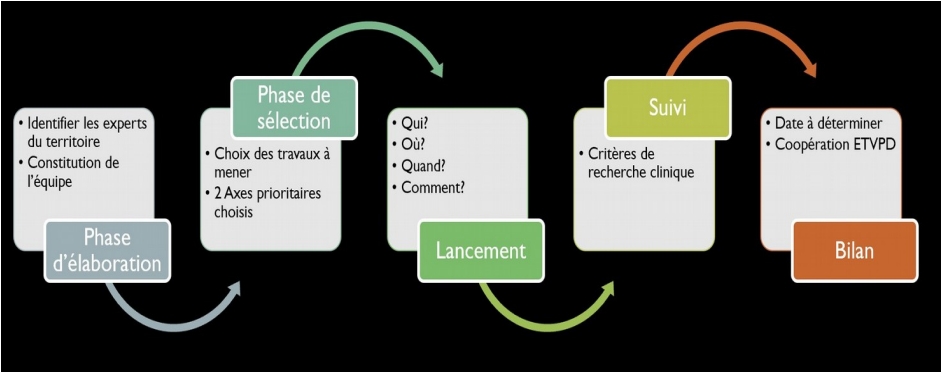
- Une fois le diagnostic réalisé, il est proposé de **laisser un temps de réflexion au patient** et de le revoir à distance lors d'une consultation conjointe avec le médecin et l'infirmier traitants, afin d'établir, conjointement avec le patient les conduites à tenir (et ainsi rendre le patient acteur) : réalisation d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS)
- **Actions multiples sur le territoire** : la PTA (et futur DAC) en sera le coordinateur principal.

Actions possibles sur le grand Tarbes pouvant être générées à la suite d'un bilan de fragilité



Coordination avec le médecin traitant, l'infirmier référent, le pharmacien traitant les spécialistes à l'aide du logiciel de coordination des acteurs territoriaux SPICO par le DAC. Le DAC aura en charge le suivi des actions mises en place.

- **Suivi des actions préconisées** et réévaluation de la fragilité du patient au bout de 6 à 12 mois
- **Création d'une plateforme fragilité** avec la PTA (futur DAC), qui pourra permettre de centraliser les demandes de prises en charge des patients dépistés grâce au programme ICOPE, d'orienter les demandes et de

	<p>coordonner les acteurs entre eux. L'outil Trajectoire (pour faciliter la prise en charge des situations complexes de patients fragiles dépendants), géré par le futur DAC, pourra être utilisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer au GÉrontopôle d'installer l'application ICOPE sur un appareil connecté (smartphone, tablette) des patients ciblés par l'action - Stratégie/plan de communication à mettre en place : site Resapy, Site de la ville de Tarbes, site du Département, médias...
<p>Acteurs/partenaires de l'action</p>	<p>Professionnels de santé du premier recours et du second recours de la CPTS PTA/DAC ARS CPTS GÉRONTOPÔLE ETVPD (Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance) Collectivités territoriales Clinique Hôpital SAMU EMG (Equipe Mobile de Gériatre) Acteurs du médico-social et du social Caisses de retraite CPAM / MSA RESAPY (relais santé Pyrénées) UTL (Université du temps libre) Association " Le temps de vivre"</p>
<p>Indicateurs de suivi et de résultats</p>	<p>Nombre de patients ayant bénéficié de la consultation de diagnostic Nombre de patients diagnostiqués Nombre de patients ayant bénéficié de consultations de suivi Spécificité des patients et évolution de la fragilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voie d'entrée : premier recours, médico-social, Samu, ICOPE, issus du programme "relevage", autres - Moyenne d'âge des patients - Evolution des scores mesurés à partir des grilles standardisées d'évaluation sur les différents domaines : physique, mémoire, nutrition, humeur, ...entre la consultation initiale et les consultations de suivi, cf base de données gérontopôle, dédiée à la CPTS Tarbes Adour <p>Tentative de mesure de l'impact de l'action sur les hospitalisations dites « évitables » à envisager en partenariat avec le DAC</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Formation déjà mise en place depuis le Webinar ICOPE. Proposée sur le Facebook de la CPTS L'idéal : formation tous les trimestres, commence mi-janvier 2021 Intervention UTL début janvier 2021</p>  <p>Le diagramme illustre un processus cyclique en cinq étapes principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase d'élaboration (Oct/nov 20) : Identifier les experts du territoire, Constitution de l'équipe. Phase de sélection (Nov/janvier 21) : Choix des travaux à mener, 2 Axes prioritaires choisis. Lancement (6 mois) : Qui?, Ou?, Quand?, Comment?. Suivi (1 an) : Critères de recherche clinique. Bilan (1 an) : Date à déterminer, Coopération ETVPD. <p>Des flèches indiquent des retours d'information et des liens entre les phases, notamment de la phase de suivi vers la phase de sélection et de la phase de bilan vers la phase d'élaboration.</p>

Moyens nécessaires	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Outils de communication de la CPTS, notamment logiciel SPICO
	<u>Moyens humains</u> : ensemble des professionnels permettant le diagnostic, puis le suivi : IDEL consultation fragilité, IDEL, médecin gériatre du CH de Bigorre de Tarbes, médecin cardiologue de la clinique de l'Ormeau, travailleur social, médecin retraitée intervenant à l'UTL, professionnels du futur DAC...
Inventaire des ressources disponibles	Icoper, Protocole de coopération Article 51 loi 2009 Des professionnels de santé de la CPTS déjà formés Logiciel Spico PTA (futur DAC) en cours de création, outil Trajectoire UTL : émission radiophonique
Identification des freins et leviers	<u>Leviers</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Action déjà portée par une IDE et un médecin gériatre du territoire, avec des IDE du territoire déjà formés à l'évaluation de la fragilité - ETVPD 65 très active. - Gérontopôle aidant et pro actif. - Association FRIED 65 : créée en 2019 pour compagnonnage des IDEL fragilité. - Programme ICOPE porté par l'OMS et par le CHU (Gérontopôle) de Toulouse - Créer les conditions d'une implication du plus grand nombre possible d'acteurs de prévention : communication et motivation des seniors – tissu associatif concernant les seniors dense sur le territoire : présenter notre action à l'association le temps de vivre : 165 adhérents seniors. - Emission radiophonique à l'UTL : présentation du programme ICOPE - Standardisation des évaluations <u>Freins</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'une bonne communication envers les professionnels de santé pour les former à l'enjeu de la prévention primaire de la fragilité chez les personnes âgées - Difficultés actuelles liées à l'indemnisation des IDELS fragilité dans le cadre du protocole de coopération pour la réalisation des consultations fragilité (organisation, réalisation, déplacement, coordination, suivi, ...). Les montants indemnisés, non corrélés au temps passé (40€ / environ 2h30 effectif), ne permettant pas une juste indemnisation des infirmières libérales, constituent actuellement un frein au déploiement du projet. - Démarches administratives liées au protocole de coopération ARS très chronophages pour les médecins. La CPTS pourrait être le porteur territorial du protocole pour tous les professionnels adhérents et ainsi conventionner directement avec le(s) gériatre(s) référent(s) et l'ARS Montpellier.
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Formation des professionnels Réalisation des consultations de diagnostic (organisation, réalisation, déplacement, coordination, ...) : première estimation, à rediscuter en fonction du contenu et du temps passé 100€ / consultation si réalisée par une IDE libérale. Une phase test permettra d'ajuster les montants au plus près des besoins. Nombre maximum de consultations par an la première année : 100€, puis réévaluation du dispositif et des modalités de rémunération à 6 mois et/ou 1 an. Réalisation de la consultation conjointe Conduites à tenir/PPS Accompagnement financier des patients pour l'aide à la mise en œuvre des actions de prévention de la fragilité : Exemples : PAPA (Professeur d'activité physique adaptée), diététicien, ergothérapeute, adaptation et aménagement du domicile, ...

	<p>Réalisation des consultations de suivi : première estimation, à rediscuter en fonction du contenu et du temps passé 50€ /consultation si réalisée par une IDE libérale</p> <p>Gestion / suivi / Evaluation de l'action</p> <p><u>Sources de financement mobilisables au-delà de l'ACI CPTS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS : Protocole de coopération article 51 loi 2009 et autres sources de financement mobilisables - Ressources internes CH et Clinique - Ressources internes PTA et DAC - Appel à projet de la Conférence des financeurs pour pouvoir augmenter le budget alloué, rémunérer les formations des professionnels et augmenter le nombre de consultations réalisées par an. - CPAM - Le département - Les caisses de retraite
--	--

Prise en charge du patient insuffisant cardiaque	
Mission socle 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	
Pilote	Dr Pierre Mesthé MG, Dr Thierry Beard cardiologue, Hélène Bégaries IDE, Dr Marc Labrunée cardiologue
Groupe de travail référent	<p>Dr Pierre Mesthé, MG</p> <p>Dr Nathalie Gehin Wibaux, MG</p> <p>Dr Thierry Beard, cardiologue</p> <p>Dr Marc Labrunée cardiologue</p> <p>Hélène Bégaries, IDE</p> <p>Marie Pierre Belio, IDE</p> <p>Legrand Michael, IDE</p> <p>Christophe Mancho, IDE</p> <p>Stephanie Orazzi, IDE</p> <p>Daniel Bullet, Pharmacien</p> <p>Benjamin Tremont, Pharmacien</p>
Contexte - problématiques constatées	<p>Pathologie très prévalente : 10 % de la population de plus de 70 ans, 1 million de personnes en France avec 150 000 hospitalisations par an alors que 50% des personnes présentent dans les 5 jours précédents des signes annonciateurs de décompensation (source : Prado et collège des cardiologues hospitaliers 2018).</p> <p>En pratique certains spécialistes évoquent 2 à 3 millions de personnes concernées.</p> <p>Le parcours de soins est souvent incomplet après le diagnostic, que celui-ci soit fait après une hospitalisation ou alors après une simple consultation en cardiologie. En particuliers on note certaines défaillances dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La titration des médicaments de l'IC - Le dépistage des comorbidités

	<ul style="list-style-type: none"> - La programmation des soins de rééducation et d'ETP - Le déploiement du dispositif PRADO et de la télésurveillance. <p>Enfin, il apparaît que le domaine de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est particulièrement innovant ces dernières années, ce qui mérite une meilleure diffusion des connaissances auprès des professionnels de santé au sein de la CPTS.</p>
Objectif général	Améliorer le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque et éviter les points de rupture dans la prise en charge sur la première année après découverte de l'IC.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eviter les réhospitalisations <input type="checkbox"/> Repérer les signes précoces de complications <input type="checkbox"/> Prendre en charge les comorbidités <input type="checkbox"/> Proposer une rééducation et une éducation thérapeutique
Public cible	<p><u>Dans un premier temps</u> : les patients insuffisants cardiaques du territoire de la CPTS au décours de leur sortie d'hospitalisation</p> <p><u>Dans un second temps</u> : les patients insuffisants cardiaques suivis en pluriprofessionnalité en ambulatoire sur le territoire de la CPTS</p>
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Priorité à la formation dans un premier temps dans un cadre pluri professionnel type DPC ou FMC simple sur « l'insuffisant cardiaque » par Dr BEARD et Dr LABRUNEE. - Proposition aux IDE du territoire d'obtenir la qualification « IDE Prado » via le DPC habituel - Proposition systématique faite aux patients à leur sortie d'hospitalisation d'intégration dans le système PRADO et/ou un système télésurveillance, sur prescription des cardiologues Réévaluation à 2 mois par MG et IDE (Consultation conjointe ou RCP) en vue du programme de rééducation / ETP avant la consultation cardiologique systématique de suivi à 2 mois. - Surveillance régulière mensuelle par IDE (plusieurs cotations IDE potentielles selon la nomenclature en vigueur (cf annexe), ou bien possibilité d'intervention d'une IDE dans le cadre du programme ICOPE, cf FA dédiée) et bimestrielle par MG des patients insuffisants cardiaques sur 6 mois. - Mise place un carnet de suivi (structuré à partir du carnet Prado), si possible numérique à intégrer dans le logiciel SPICO <p>Un lien sera fait dans un second temps avec le programme ETP existant dans l'objectif d'un déploiement potentiel en ambulatoire.</p>
Acteurs/partenaires de l'action	<p>Cardiologue pour prescription Prado + réhabilitation / ETP à 2 mois si possible</p> <p>MG pour surveillance clinique, suivi biologique (Nt pro bnp, fonction rénale, ionogramme), titration des médicaments, dépistage des comorbidités, coordination du parcours personnalisé et adapté du patient</p> <p>IDE pour suivi dans le cadre PRADO + surveillance ultérieure</p> <p>Kinésithérapeute rééducateur en ambulatoire</p> <p>Travailleurs sociaux en fonction des besoins</p> <p>Pharmaciens pour surveillance des ordonnances et repérage de la iatrogénie</p> <p>Etablissements : Clinique de l'Ormeau et CH de Tarbes (services de cardiologie)</p>
Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Nombre de patients insuffisants cardiaques suivis dans le cadre de cette action</p> <p>Diminution des ré-hospitalisations des patients pris en charge sur une période donnée</p> <p>Echelle d'évaluation de la qualité de vie : échelle de Minnesota MLHFQ (<i>Minnesota</i></p>

	Living with Heart Failure). Un travail de recherche (par exemple thèse en médecine générale) pourra être mis en place en décours de l'action sur la cohorte pour mesurer cet indicateur
Calendrier prévisionnel	Démarrage au second semestre 2021
Moyens nécessaires	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Réunions à distance en visio-conférence via outil régional du GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé) ou équivalent Logiciel SPICO
	<u>Moyens humains et logistiques</u> : Réévaluations régulières des patients entre le médecin traitant et l'IDE via notamment le carnet de suivi au domicile, médimail
Inventaire des ressources déjà disponibles	Structuration « PRADO » Programme d'ETP ETIC régional Programme de RCV Clinique de l'Ormeau
Identification des freins et leviers	Leviers : - Pathologie permettant l'inter professionnalité - Références validées avec haut niveau de preuves Freins : - Adhésion des patients - Lien Ville /hôpital peu formalisé
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Temps de coordination (CS conjointe ou RCP) Rémunération des formateurs Réalisation du carnet de suivi post Prado Impression de documents utiles

Protocole de gestion des patients sous AVK	
Mission socle 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	
Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	
Pilote	Dr Thierry Béard cardiologue, Robert Astuguevielle pharmacien, Christophe Mancho IDE
Groupe de travail référent	Dr Thierry Béard, cardiologue Dr Pierre Mesthé, MG Robert Astuguevielle, pharmacien Daniel Bullet, pharmacien Benjamin Tremont, pharmacien Christophe Mancho, IDE Marie Pierre Belio, IDE Michaël Legrand, IDE Stephanie Orazzi, IDE Hélène Bégaries, IDE Asalée Magalie Cazalas, chef de bureau laboratoire Cerballiance Pyrénées
Contexte problématiques	- Les AVK sont responsables de nombreuses complications hémorragiques et la première cause d'hospitalisation d'origine iatrogène.

constatées	<p>Plus de 500 000 patients sont sous AVK en France [Source : ANSM 2014] soit, si on extrapole au territoire de la CPTS Tarbes Adour, environ une dizaine et plus par médecin généraliste (MG) actif.</p> <p>4 situations paraissent les plus essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - surdosage asymptomatique, - complication hémorragique, - acte chirurgical programmé, - sortie d'établissement sous AVK. <p>Une coordination pertinente entre les différents professionnels de santé de premier recours (MG, Pharmacien, IDE) améliorerait la sécurité des patients.</p>
Objectifs principaux	<p>1) Améliorer la prise en charge des patients sous AVK et prévenir les complications</p> <p>2) Rendre le patient acteur de sa surveillance</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer la stabilité de l'INR chez les patients sous AVK, <input type="checkbox"/> Améliorer la formation des professionnels et la coordination entre professionnels sur cette thématique, <input type="checkbox"/> Homogénéiser les pratiques et les discours par la création de référentiels de conduite à tenir, <input type="checkbox"/> Améliorer la gestion des AVK selon l'INR : le week-end et les jours fériés, <input type="checkbox"/> Réduire les effets indésirables et notamment les hospitalisations évitables.
Public cible	Patients du territoire sous AVK dont la cible thérapeutique de l'INR est comprise entre 2 et 3, pris en charge par des professionnels de la CPTS
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Formation pratique pluriprofessionnelle sous la responsabilité du Dr BEARD, cardiologue. - Mise en place chez les patients concernés d'un Carnet de Surveillance AVK (édité par la Fédération Française de Cardiologie) qui pourrait être dématérialisé dans SPICO à terme. - Promotion de l'outil pratique de référence AVKclic https://www.mgform.org/sites-utiles/avkclic à la réception d'un taux d'INR hors cible par un des professionnels avec demande de contrôle INR à 48h, le médecin traitant devant être informé des modifications dès que possible. - La conduite à tenir en cas de surdosage asymptomatique d'AVK s'appuie sur le référentiel HAS « Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier » d'avril 2008. - Lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient, mis sous AVK pendant son séjour à l'hôpital, le pharmacien est souvent le premier informé des modifications de traitement : notification via l'outil SPICO au MG et IDE référents du nouveau traitement mis en place.
Acteurs/partenaires de l'action	Professionnels de santé libéraux de la CPTS : MG, IDE, Pharmaciens, Cardiologues, Laboratoires de biologie Cardiologues de la Clinique de l'Ormeau
Indicateurs de suivi et de résultats	Nombre de professionnels de santé de la CPTS ayant suivi la formation Nombre de carnets de suivi distribués
Calendrier prévisionnel	<p>Premier semestre 2021 : Accord collectif sur le référentiel retenu (AVKclic) et formation</p> <p>Mise en place au premier avril 2021 dans quelques cabinets pour expérimentation pour une période de six mois (MSP de Barbazan Debat Dr Cazalé , MSP de Tarbes foirail Dr Gehin Wibaux, Dr Eva Decotte, Dr Amandine K/ourio et Cabinet de groupe Dr Mesthé Tarbes espace de l' Arsenal)</p> <p>1ère évaluation en novembre 2021</p>

Moyens nécessaires	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Outils de visio-conférence de la CPTS pour échanges et formation, outils de communication (logiciel SPICO)
	<u>Moyens logistiques</u> : Carnet de suivi AVK au domicile du malade
	<u>Moyens humains</u> : Temps de réunion du groupe de travail pluriprofessionnel référent de l'action
Inventaire des ressources déjà disponibles	Carnet de suivi AVK (Fédération Française de Cardiologie) Référentiels de prise en charge (HAS, AVKclic)
Identification des freins et leviers	<u>Leviers</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Situation assez fréquente pouvant concerner une « urgence » et concernant plusieurs professionnels intéressés (MG, IDE, Cardiologues, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes) - Création d'un mini dossier patient récapitulatif à son domicile <u>Freins</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Seul le MG détient le dossier patient et seul le MG et le Cardiologue connaissent précisément la pathologie concernée - Problème de l'ordonnance de sortie hospitalière
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet Temps de formation : <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération Dr Beard pour la formation - Sessions complémentaires par 2 professionnels de santé du groupe - Indemnisation des professionnels de santé formés Logistique (impression documents)

Protocole de gestion de situation sanitaire exceptionnelle	
Mission socle 2 : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient Mission complémentaire 2 : Accompagnement des professionnels sur le territoire	
Pilote	Dr Hervé Gachies, MG, et Carole Gavigniaux, IDE
Groupe de travail référent	Cyrille Bouteille, Bio-informaticienne Veronique Dutrey, IDE Alexandra Masquerre, IDE Emmanuelle Ortega, IDE Jerome Bretheau, IDE Sonia Santa Clara, IDE Martine Rosenblatt, IDE Jocelyne Scotto Mattéos, IDE Dr Alain Lacassie, Biologiste Dr Michael Rulh, MG Maximilien Chedot, Auxiliaire de soins
Contexte - problématiques constatées	La crise sanitaire liée à la pandémie de coronavirus a placé les professionnels de santé dans une situation inédite qu'il a fallu gérer en urgence. Elle a mis en exergue l'importance d'une bonne coordination des professionnels de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle, afin de pouvoir déployer rapidement un plan d'action opérationnel, organiser ou réorganiser les soins ambulatoires et assurer la coordination avec le second recours, le secteur hospitalier, le médico-social et le social. Un groupe de travail dédié a été mis en place : objectifs établis en équipe, évaluation de la faisabilité, organisation de réunions d'équipe régulières, compte-

	<p>rendu régulier des actions mises en place auprès du bureau et conseil d'administration de la CPTS, ... En réponse à cette crise, les professionnels de la CPTS, en lien avec de nombreux partenaires, ont ainsi su se réorganiser et se fédérer pour mettre en place un plan d'actions sur le territoire « d'un bout à l'autre de la chaîne » qui a fait ses preuves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volontariat de médecins généralistes, IDE et autres professionnels de santé, gestion des ressources humaines - Structuration et animation de la coordination territoriale des professionnels de santé. Exemples : CIGE (Comité Infirmier de Gestion Epidémiologique), groupe « WhatsApp », ... - Formation des professionnels et étudiants en santé - Mise en place d'un centre COVID et d'un coordinateur - Organisation et réalisation des dépistages (drive, consultations et à domicile) - Mise en place d'un télé-suivi pour le suivi des patients dépistés positivement sans médecin traitant ou bien dont le médecin souhaite déléguer le suivi - Mise en place de consultations préventives d'isolement personnalisé - Organisation et réalisation de la vaccination - Mobilisation et gestion des moyens matériels nécessaires, en partenariat avec la CPAM 65, le CH de Bigorre, la Ville de Tarbes et de nombreux autres acteurs locaux. De nouvelles collaborations ont été mises en place avec optimisation de process par des experts (hygiénistes, formateurs). - Réorganisation de la prise en charge des patients avec mise en place de protocoles (équipement de protection individuel, accueil des patients...) - Liens quotidiens avec les tutelles, les autorités et les collectivités territoriales pour une adaptation des actions permanentes. - Formation/information auprès de publics cibles (patients en EHPAD, foyer logement), communication auprès de la population du territoire (articles de presse, émissions de radio, réseaux sociaux, supports de communication), actions de prévention auprès de la population (en lien avec les équipes universitaire) - Prise en compte des besoins de la population : création de questionnaire qualité et de satisfaction - Partenariats et conventions avec plusieurs acteurs locaux (IFSI, CROUS, ...) - Veille scientifique pour s'informer des dernières recommandations et élaborer des protocoles et des process les plus pertinents possibles. - Participation à des études et recherches, mise en place et suivi de données statistiques - Capitalisation de l'expérience des professionnels de la CPTS sur d'autres territoires du département <p>La CPTS a ainsi prouvé qu'elle était un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de crise sanitaire. Elle a été une source d'aide et conseils aux prises de décision des pouvoirs publics. Elle souhaite à présent s'appuyer et capitaliser sur cette expérience pour l'élargir afin de mettre en place un protocole partenarial de gestion de situation sanitaire exceptionnelle qui sera bien entendu adapté à la typologie de la crise sanitaire, au plan d'action et aux directives nationales en vigueur au moment de la survenue de la crise. Cette thématique est d'ailleurs un des thèmes transversaux du PRS Occitanie 2022.</p>
Objectif général	<p>Coordonner les réponses des professionnels de santé du territoire à apporter aux habitants du territoire de la CPTS en cas de situation sanitaire exceptionnelle L'objectif de ce protocole est qu'il puisse être déclenché rapidement en cas de besoin et gagner en efficacité et sécurité pour les habitants et les professionnels.</p>

	<p>Pour les habitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des personnes exposées/atteintes par la crise sanitaire - Maintenir au mieux l'accès aux soins avec une sécurité maximale, éviter les ruptures de parcours et les décompensations de patients chroniques - Limiter le nombre d'hospitalisations - Organiser/créer une réponse sanitaire modulable dans la durée <p>Pour les acteurs de la CPTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir le lien et la cohésion permettant une sécurité d'exercice optimale pour tous. - Impulser une dynamique permettant la montée en compétence des équipes. - Enrichir le territoire : nouvelles compétences, maillage du réseau... - Partager en réactivité les connaissances sur la crise - Augmenter la diffusion des informations/ recommandations
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Être un acteur de santé public en évaluant et prévenant les risques sanitaires majeurs ou lors de crise. <input type="checkbox"/> Optimiser la prise en charge des patients lors d'évènements graves et/ou inhabituels. <input type="checkbox"/> Anticiper les différents scénarii et prévoir une stratégie pour chacun d'entre eux. Prioriser les actions et revoir régulièrement ses objectifs. <input type="checkbox"/> Formuler des réponses progressives strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'évènement et à la hauteur des moyens disponibles. <input type="checkbox"/> S'appuyer sur les parcours de soins utilisés en routine par les patients. <input type="checkbox"/> Garantir la continuité et la qualité des soins des patients directement ou non impliqués dans l'évènement, par la mobilisation au plus juste des ressources. <input type="checkbox"/> Anticiper et mutualiser les moyens à l'échelle de la CPTS. <input type="checkbox"/> Proposer des solutions innovantes. <input type="checkbox"/> Communiquer auprès des membres de la CPTS et des acteurs de santé du territoire. <input type="checkbox"/> S'assurer de la bonne articulation avec les autres plans d'urgence rédigés par l'ensemble des acteurs en santé du territoire et à l'échelon du département.
<p>Public cible</p>	<p>Les habitants du territoire L'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ de la santé, du médico-social et du social sur le territoire, de la sécurité et de la défense.</p>
<p>Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches</p>	<p>Éléments à intégrer dans le plan d'actions qui sera à adapter à la typologie de la crise sanitaire, au plan d'action et aux directives nationales en vigueur au moment de la survenue de la crise. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier en amont les différents risques sanitaires exceptionnels pouvant exister sur le territoire ou liés à la spécificité du territoire. Exemple : risque d'accident en haute montagne, proximité d'un site de pèlerinage, ... - Une fois la crise sanitaire déclarée, identifier de manière consensuelle, en lien avec les autorités sanitaires : les risques majeurs associés parmi les 5 grands types de risques référencés dans le « Guide de situations sanitaires exceptionnelles », les seuils d'alerte sanitaire, le niveau de déploiement de la crise (par exemple : épidémie/pandémie), la durée potentielle de la crise, - Etablir un état des lieux des ressources locales mobilisables en cas de crise sanitaire : moyens humains (champs d'intervention habituels, rôles/missions/implication/volontariat possibles lors d'une crise sanitaire) et moyens matériels - Mettre en place des actions de prévention pour se prémunir contre la survenue de crises sanitaires - Mettre en place une cellule de gestion de « crise sanitaire » impliquant les

	<p>différents acteurs du territoire qui pourra être déclenchée à tout moment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Définir la composition en fonction du type de crise sanitaire et des besoins, les rôles et missions de chacun, les modalités d'organisation (activation / désactivation de la cellule), <input type="checkbox"/> Mettre en place des groupes de travail thématiques avec la nomination de référents en charge de différents volets de la gestion de crise : veille, coordination et lien partenarial, réorganisation et continuité des soins, coordination ville/hôpital/médico-social, dépistages, suivi de patients, transports sanitaires, prise en charge médico-psychologique des habitants et des soignants, logistique et matériel, communication, ... <input type="checkbox"/> Élaborer des procédures organisationnelles partagées selon les différents niveaux d'alerte sanitaire, en identifiant toutes les ressources locales à mobiliser, l'organisation sur le terrain, les mesures de protection pour les professionnels de santé et la population, les stocks de matériels médicaux et de protection, les mutualisations possibles, ... <input type="checkbox"/> Formation des acteurs de la CPTS aux différents risques. Actualiser les formations selon les besoins inhérents à la phase de la crise. Exemple : mise en place d'une formation gestion du stress. <input type="checkbox"/> Faire le lien avec les autorités sanitaires (notamment l'ARS) et les autres plans locaux de gestion de crise, en identifiant les référents territoriaux sur lesquels s'appuyer en cas de situation sanitaire exceptionnelle - Elaborer un plan de communication en direction des professionnels et acteurs locaux de santé d'une part et de la population d'autre part (cette stratégie sera à adapter en fonction de la crise sanitaire) - Mettre en place un outil de recueil opérationnel de données épidémiologiques, adapté au type de crise sanitaire (permettant notamment la remontée de données mais aussi le retour de données envers les professionnels de terrain) en coordination avec les outils existants et les outils réglementaires - Mettre en place une veille opérationnelle permanente pour la gestion des alertes sanitaires, le retour d'expériences et l'analyse des crises passées - Participer à / développer des projets de recherche en lien avec la crise sanitaire dans un objectif de pérenniser les actions innovantes mises en place <p>Coordination : par le coordinateur de la CPTS en lien avec les partenaires ARS, CPAM, Préfecture, collectivités territoriales et autres acteurs locaux</p>
<p>Acteurs/partenaires de l'action</p>	<p>L'ensemble des professionnels de santé du territoire de la CPTS du premier et du second recours</p> <p>L'ARS Occitanie et la délégation territoriale</p> <p>La CPAM 65</p> <p>La Préfecture</p> <p>Le Département des Hautes-Pyrénées</p> <p>Les élus locaux</p> <p>Les réseaux de santé, la PTA, le futur DAC</p> <p>Les URPS</p> <p>Les Ordres professionnels</p> <p>Le Ministère de la Santé, de la défense</p> <p>Le secteur sanitaire (CH de Bigorre, Clinique de l'Ormeau)</p> <p>Les établissements médico-sociaux du territoire</p> <p>Les acteurs du secteur social</p> <p>Police et Gendarmerie nationales, Pompiers, SSA (service de santé des Armées)</p>

	<p>Les ONG (ex. Croix Rouge, Secours populaire...).</p> <p>Les associations nationales qui concourent à la protection des populations. Samu 65 et Samu 31</p>
Indicateurs de suivi	<p>Aucun objectif de résultat n'est défini pour cette mission.</p> <p>Nombre de procédures organisationnelles Réalisation de l'état des lieux des ressources locales mobilisables Nombre de réunions des groupes de travail thématiques Mettre en place des indicateurs de suivi.</p>
Calendrier prévisionnel	<p>En anticipation et au démarrage d'une crise sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de l'état des lieux, mise en place d'une cellule de gestion de crise, mise en place des groupes de travail thématiques - rédaction des procédures organisationnelles, formation des acteurs <p>Déjà en cours pour la crise sanitaire liée à la COVID 19</p>
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens logistiques</u> :</p> <p>Selon le type de crise : locaux pour accueillir les patients, salles de réunions, fournitures de bureau, équipements de protection, matériel de soins...</p>
	<p><u>Moyens numériques/informatiques</u> :</p> <p>Selon le type de crise : poste informatique pour les différents acteurs le nécessitant, poste téléphonique, communication via des sites internet/réseaux sociaux...</p>
	<p><u>Moyens humains</u> :</p> <p>Selon le type de crise : professionnels de santé, professionnels de la prise en charge médico-psychologique, professionnels du secteur médico-social et social, postes de coordinateurs...</p>
Inventaire des ressources déjà disponibles	<p>L'ensemble des professionnels de santé de la CPTS, coordinateur de la CPTS, site internet de la CPTS, logiciel de coordination de la CPTS, partenaires locaux déjà mobilisés lors de la crise sanitaire liée à la COVID 19, plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles déjà existant (dispositif ORSAN, plan blanc, plans communal et intercommunal de sauvegarde -PCS et PICS-, plan ORSEC...)</p>
Identification des freins et leviers	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capitalisation sur l'expérience liée à la gestion de la crise sanitaire de la COVID 19 - Préparation permanente à de nouveaux risques et détection précoce des signaux pour une meilleure anticipation - Appui et soutien financier, matériel, humain ... des autorités sanitaires indispensables afin de soutenir les efforts des professionnels de santé libéraux - Identification régulière des objectifs, des moyens, des perspectives. - Importance des postes de gestion des ressources humaines et de coordination : profil de personnes capables de gérer l'urgence, les imprévus, s'adapter, se remettre en question, sachant déléguer, fédérer, travailler en équipe, ayant une capacité de discernement, ...Prévoir des responsabilités partagées sur un binôme voire un trinôme et non sur une seule personne. Adapter la gestion des ressources humaines en fonction de la durée de la crise, <p><u>Freins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epuisement des équipes sur le terrain, surtout lorsque la crise est amenée à perdurer plusieurs mois/années - Mauvaise articulation entre l'ensemble des acteurs et dispositifs de gestion de la crise - Pressions corporatistes extérieures, pressions politiques - Manque de financement pour rémunérer la gestion de coordination de crise

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<p>Dépendant du type de crise, de sa durée, des moyens nécessaires à sa gestion.</p> <p><u>Postes de dépenses identifiés</u> (hors dépenses transversales liées au fonctionnement de la CPTS) :</p> <p>Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet</p> <p>Ressources humaines : professionnels de santé, postes de coordination, transports sanitaires, management, coordination, relation publique, ...</p> <p>Actes hors nomenclature : actes de soins, actes techniques, soutien psychologique, ...</p> <p>Ressources matérielles et logistiques : locaux, équipements de protection, dispositifs médicaux, matériels de soins, signalétique, matériel spécifique, postes informatiques, logiciels informatiques...</p> <p>Outils de communication</p>
---	--

Mission socle 3

3 - Développement des actions territoriales de prévention

Préambule

La prévention est un enjeu majeur de santé, identifié dans le Projet Régional de Santé Occitanie 2022. La loi Ma Santé 2022 a clairement identifié les CPTS comme structures porteuses d'actions de prévention permettant de les décliner localement.

Notre CPTS aura ainsi pour mission de développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire et de les mettre en place localement, au plus près des usagers et en accord avec les besoins et problématiques identifiées sur le territoire.

Le groupe de travail dédié à cette mission a identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

Actions	Priorité	Fiche action
Repérage de la fragilité (programme ICOPE)	1	OUI
Pôle prévention général : actions d'éducation et de prévention en santé	1	OUI
Vaccination antipneumococcique	2	NON
Education Thérapeutique du Patient	2	NON
Dépistage de la BPCO	2	NON
Activité Physique Adaptée	2	NON

Les 2 premières missions, apparues prioritaires et potentiellement plus facilement réalisables font l'objet de fiches actions détaillées. Les autres seront mises en place plus progressivement.

Fiche ACTION

Pôle prévention générale : actions d'éducation et de prévention en santé	
Mission socle 3 – Développement d'actions territoriales de prévention	
Pilotes	Dr Hervé Gachies MG, Carole Gavigniaux IDE
Groupe de travail référent	Dr Hervé Gachies, MG Carole Gavigniaux, IDE Véronique Dutrey, IDE Jérôme Bretheau, IDE Alain Lacassie, pharmacien Cyrille Bouteille, bio-informaticienne
Contexte problématiques constatées	Lors de la crise sanitaire liée à la Covid 19 (et notamment lors des périodes de déconfinement), plusieurs professionnels de santé du territoire ont été sollicités par la Ville de Tarbes pour réaliser des réunions d'informations à propos de la COVID 19 (tests disponibles, rappel des gestes barrières...). Ils sont notamment intervenus auprès d'associations, dans des écoles, mais aussi dans un foyer logement. Au total, ce sont plus de 500 personnes qui ont pu bénéficier d'une trentaine d'interventions. Forts de cette expérience, les professionnels de santé de la CPTS souhaitent à présent pouvoir décliner ce type d'intervention auprès d'autres publics mais aussi sur d'autres thématiques de santé.
Objectif général	Partager les connaissances en interdisciplinarité, avec des modules proposés aux soignants et autres acteurs en santé du territoire Réaliser des actions de prévention et d'éducation en santé sur le territoire de la CPTS autour de différentes thématiques
Objectifs opérationnels	<input type="checkbox"/> Organiser des réunions d'information, d'éducation et de prévention en santé pour le grand public sur diverses thématiques, <input type="checkbox"/> Responsabiliser les patients et les rendre acteurs de leur propre santé
Public cible	<u>Publics bénéficiaires de l'action</u> : Soignants du territoire Etudiants IFSI, universitaires, élèves Séniors Associations Grand Public
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	- Plusieurs types d'intervention peuvent être déclinées selon les besoins et les sollicitations : Conférence, débat, formation, consulting, ...communication dans les médias locaux... - Plusieurs thématiques pouvant bénéficier de la déclinaison de ces différentes interventions ont déjà été traitées et pourront être présentées à d'autres publics et/ou territoires : Gestes barrières, immunologie/dépistage, virologie/vaccination, choc anaphylactique/gestes d'urgence, santé environnement D'autres thématiques seront identifiées et pourront également faire l'objet de réunions

	d'information, formations ou autres types d'intervention.
Acteurs/partenaires de l'action	Professionnels de santé de la CPTS IFSI Etablissements scolaires, universités, CROUS Médias locaux CH de Bigorre Clinique de l'Ormeau SSA (service de santé des armées) Acteurs œuvrant dans le champ de la prévention de la ville de Tarbes GEPU
Indicateurs de suivi et de résultats	Nombre d'interventions réalisées Nombre et type de bénéficiaires des interventions Questionnaires de satisfaction et qualité post intervention
Calendrier prévisionnel	<p>Action déjà débutée depuis 2020 (cf TIME LINE ci-dessous)</p> <p>Time line du Pôle Prévention Covid19</p> <p>Déploiement d'autres actions sur des thématiques différentes les années suivantes</p>
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens logistiques</u> :</p> <p>Salle de réunion (taille à adapter en fonction du public cible) Fournitures et équipements informatiques</p> <p><u>Moyens humains</u> : professionnels de santé réalisant l'intervention</p>
Inventaire des ressources déjà disponibles	Outils de communication déjà réalisés (diaporama, ...)
Identification des freins et leviers	<p><u>Leviers</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - force et cohésion de l'équipe déjà en place, - multiples interventions déjà réalisées et projets à venir,

	<p>- réseau local, - soutien des collectivités territoriales</p> <p><u>Freins</u> :</p> <p>- manque de moyens financiers (l'équipe en place fait du bénévolat) et humains pour faire de la recherche, plus de projets et plus de communication.</p>						
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action	<p><u>Postes de dépenses identifiés</u> :</p> <p>Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l'équipe projet</p> <p>Indemnisation des intervenants en charge de la préparation et l'animation des interventions, sur la base d'en moyenne 4 à 5 heures par intervention</p> <p>Indemnisation des professionnels participant aux interventions (si nécessaire, selon les publics cibles)</p> <p>Matériel nécessaire à l'intervention</p>						
Repérage de la fragilité – programme ICOPE							
<p>Mission socle 3 – Développement d'actions territoriales de prévention</p> <p>Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins</p>							
Pilote	Carole Gavigniaux, IDE et Dr Vincent Dodier, gériatre						
Groupe de travail référent	<p>Dr Marc Labrunée, cardiologue</p> <p>Dr Martine Couderc, MG retraitée</p> <p>Emmanuelle Ortega, IDE</p> <p>Estelle Champagne, IDE</p> <p>Priscillia Hagneré, IDE</p> <p>Emmanuelle Benne, travailleur Social Clic Sage</p> <p>Justine de Kerimel, Chef de projet Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance, Gérontopôle Toulouse</p>						
Contexte problématiques constatées	<p>- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que vieillir en bonne santé, « c'est garder ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous ». L'OMS a rendu public fin 2019 son programme ICOPE (Integrated Care for Older People) qui résulte d'un important travail de synthèse de plus de 500 publications scientifiques internationales, réalisé par un groupe de 50 experts internationaux de l'OMS.</p> <p>Ce programme, auquel sont associées les équipes du Gérontopôle du CHU de Toulouse - centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité - a pour but de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes dans le monde d'ici 2025.</p> <p>Le Gérontopôle du CHU de Toulouse, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé Occitanie, a ainsi lancé l'application mobile ICOPE MONITOR. Elle permet de mesurer en quelques minutes les capacités nécessaires à la prévention de la dépendance chez des personnes bien portantes de plus de 60 ans. Son déploiement a été accéléré en raison du contexte épidémique, le confinement prolongé pouvant avoir un effet néfaste chez les seniors, particulièrement chez les sujets pré-fragiles et fragiles. L'application est téléchargeable gratuitement pour les professionnels de santé, sur smartphone ou tablette (via Google Play ou Apple Store) depuis le 23 avril 2020. Elle est également disponible en auto-évaluation pour les seniors eux-mêmes. (<i>Source</i> : https://www.chu-toulouse.fr/)</p> <p>Les six capacités intrinsèques considérées comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie sont :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. La mobilité</td> <td style="width: 50%;">4. L'humeur,</td> </tr> <tr> <td>2. La mémoire</td> <td>5. La vue,</td> </tr> <tr> <td>3. La nutrition</td> <td>6. L'audition</td> </tr> </table> <p>25% des habitants du territoire de la CPTS sont âgés de 65 ans et plus (Diagnostic Rezone, Données INSEE MAJ 2020 - Recensement 2017) soit un peu plus de 20 000 personnes.</p> <p>Près de 40% des plus de 65 ans présenteraient des signes de pré-fragilité ou de fragilité (http://www.gerontopolesud.fr/), soit environ 6 000 personnes sur le bassin tarbais.</p>	1. La mobilité	4. L'humeur,	2. La mémoire	5. La vue,	3. La nutrition	6. L'audition
1. La mobilité	4. L'humeur,						
2. La mémoire	5. La vue,						
3. La nutrition	6. L'audition						

	<p>Le repérage de la fragilité a été identifié comme une priorité du Projet Régional de Santé Occitanie 2022.</p> <p>C'est pourquoi notre CPTS a souhaité s'emparer de cette thématique et décliner ce programme localement en s'appuyant sur les professionnels (notamment infirmières) du territoire qui testent déjà cette démarche.</p> <p>Il s'agit d'un programme innovant et participant à la recherche en soins primaires.</p>
Objectif général	Prévenir la perte d'autonomie et le déclin des capacités intrinsèques et fonctionnelles des personnes âgées de 60 ans et plus.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorer le dépistage précoce de la perte des fonctions et capacités intrinsèques des personnes de plus de 60 ans afin de retarder l'entrée dans la dépendance <input type="checkbox"/> Former les professionnels de santé au repérage de la fragilité et à la prévention du déclin des capacités intrinsèques et fonctionnelles <input type="checkbox"/> Permettre aux professionnels de santé (IDE, pharmacien, médecin...) d'évaluer et de suivre l'évolution des fonctions et capacités de leurs patients de plus de 60 ans <input type="checkbox"/> Former le sénior à l'auto-évaluation et le rendre acteur de sa santé <input type="checkbox"/> Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants autour d'un patient
Public cible	<u>Publics bénéficiaires de l'action</u> : Patients du territoire de la CPTS de 60 ans ou plus
Modalités : Actions à mettre en œuvre et répartition des tâches	<p>Déploiement du programme ICOPE sur le territoire en l'adaptant au fonctionnement de la CPTS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des professionnels de santé intéressés au repérage de la fragilité et à l'utilisation de l'application : infirmiers, pharmaciens, médecins, kinésithérapeutes... - Proposition du dépistage au public cible de la CPTS - Réalisation du bilan par le professionnel - Rémunération des professionnels : soit via le programme ICOPE (prévue pour les IDE notamment), soit par la CPTS (pour les autres professionnels, décision à acter par la CPTS) - Saisie des données dans l'application : données transmises à la base de données du Gérontopôle de Toulouse, par l'application directement ou la base de données (code du Centre CPTS) - En cas d'alerte : Informer le patient de la perturbation d'un ou plusieurs domaines de vieillissement, évaluer avec lui les possibilités de « step 2 » (cf Fiche action dédiée Axe « Parcours Pluriprofessionnels »), avertir le médecin traitant pour information et accord du choix du patient, puis prise de rendez-vous pour la réalisation du step 2 (pour les personnes concernées) - Formation du public cible (et éventuellement de leurs aidants) à l'autodépistage : par le soignant réalisant le STEP1 si patient consentant <p>Il est proposé qu'une convention soit passée directement entre la CPTS et le Gérontopôle pour le déploiement de cette action sur le territoire de la CPTS.</p>
Acteurs/partenaires de l'action	<p>Professionnels de santé de la CPTS</p> <p>Gérontopôle Toulouse</p> <p>La ville de Tarbes</p> <p>RESAPY (Relais Santé Pyrénées)</p> <p>Le Département</p>
Indicateurs de suivi et de résultats	<p>Nombre de professionnels de la CPTS formés</p> <p>Nombre de patients ayant bénéficié de cette hétéroévaluation</p> <p>Nombre de patients ayant téléchargé l'application et ayant réalisé cette auto-évaluation</p> <p>Spécificité des patients ayant bénéficié d'une auto ou hétéro-évaluation : âge, sexe</p> <p>Nombre de patients ayant une anomalie dépistée lors du bilan</p>
Calendrier prévisionnel	Action déjà mise en place notamment sur le Centre de vaccination Covid de Tarbes lors de l'attente des personnes pour leur seconde injection du vaccin, sera déployée sous d'autres modalités les années suivantes
Moyens nécessaires	<u>Moyens numériques/informatiques</u> : Outils de communication de la CPTS, notamment logiciel SPICO

	<u>Moyens humains</u> : IDE, pharmaciens, généralistes, aides à domicile, autres acteurs médico sociaux, aidants, personnes âgées elles-mêmes...
Inventaire des ressources déjà disponibles	Icope Des professionnels de santé de la CPTS déjà formés Logiciel Spico
Identification des freins et leviers	<u>Leviers</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Action déjà portée par une IDE sur le territoire - Programme porté par l’OMS et par le CHU (gérontopôle) de Toulouse <u>Freins</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d’une bonne communication envers les professionnels de santé pour les former à l’enjeu de la prévention primaire de la fragilité chez les personnes âgées - Manque d’un coordonnateur ICOPE sur le territoire
Estimation du budget nécessaire au déploiement de l’action	<u>Postes de dépenses identifiés</u> : Elaboration détaillée du projet : indemnisation du temps passé par les professionnels membres de l’équipe projet Formation des professionnels Réalisation des consultations de dépistage. Financement pris en charge par : <ul style="list-style-type: none"> - Le programme ICOPE pour la rétribution des IDE - La CPTS pour les autres professionnels pharmaciens et médecins notamment, à acter au sein de la CPTS Temps de coordination entre professionnels

Mission complémentaire 1

1. - Développement de la qualité et de la pertinence des soins

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

Les professionnels de la CPTS ont identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

- **Contribution de la CPTS à des actions de recherche** (un groupe est déjà en cours de réflexion sur cette thématique)
- **Echanges et formations interprofessionnels**
- **Mise en place d'ordonnances types**
- **Renforcement de la collaboration entre infirmiers et médecins**
- **Mise en valeur des expertises existantes (DU...)**

Les actions listées ci-dessus n'ont pas fait, à ce jour, l'objet de fiches action. Elles pourront être déployées secondairement. En effet, les missions des axes socles sont apparues plus prioritaires et font l'objet des fiches actions détaillées plus haut. De plus, certaines actions des axes socles participent également au développement de la qualité et de la pertinence des soins.

Mission complémentaire 2

2 - Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

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

Les professionnels de la CPTS ont identifié les actions suivantes pour répondre aux objectifs fixés sur cette thématique :

- **Accompagnement des étudiants en santé, parcours des internes**
- **Promotion de la maîtrise de stage**
- **Communication autour du projet des actions de la CPTS (site internet, réseaux sociaux...)**
- **Promotion de l'exercice coordonné (ESP, MSP, ...)**
- **Prendre soin des soignants (dont association amis.cale)**

Les actions listées ci-dessus n'ont pas, à ce jour, fait l'objet de fiches action. Certaines sont déjà existantes (notamment communication sur les réseaux sociaux et existence d'une association permettant de créer du lien entre soignants et développer des moments de convivialité) et pourront être développées. Les autres pourront être déployées secondairement. En effet, les missions des axes socles sont apparues plus prioritaires et font l'objet des fiches actions détaillées plus haut. De plus, certaines actions des axes socles participent également à l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Organisation et fonctionnement

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

Les modalités de gouvernance retenues par notre communauté professionnelle correspondent à l'organisation que nous souhaitons mettre en place, en respectant :

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

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

Pour la mise en œuvre de cette organisation, chaque groupe de travail et le comité de suivi ont défini la liste des outils numériques déjà existants et les besoins nouveaux.

Chaque groupe de travail a identifié, action par action, la liste des postes de dépenses envisageables ainsi que les sources de financement mobilisables au-delà de l'ACI CPTS. Toutes ces informations seront utiles pour l'élaboration du budget prévisionnel qui sera réalisé annuellement en fonction du programme et des priorités d'actions définies chaque année et en tenant compte des financements dédiés à la CPTS (notamment conventionnels prévus pour la taille de la population du territoire de notre CPTS).

Nous nous sommes enfin attachés à préparer une planification du déploiement des actions et ainsi anticiper la future phase de contractualisation avec l'Assurance Maladie.

1 - Gouvernance

Structuration juridique de la CPTS

Statut juridique	Association Loi 1901
Nom de la structure porteuse du projet	Association CPTS Tarbes Adour
N° Association (le cas échéant)	W653007605
Date de création	06 décembre 2019
Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS	MSP du Foirail 15 place du Foirail 65000 TARBES Courriel : tarbesadourcpts@gmail.com
Personne contact	ans l'attente d'une structuration/secrétariat dédié NOM : Kozub Decotte PRENOM : Eva Profession : médecin généraliste Téléphone : 0562368593 Courriel : eva_kozub_decotte@mailo.com
Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS	Présidente de l'Association : Eva Decotte , médecin généraliste Vice-Présidente de l'Association : Carole Gavigniaux , infirmière diplômée d'Etat

Les Statuts et le Règlement intérieur de l'Association figurent en annexe.

Professionnels de santé du territoire

Profession	Nb de professionnels du territoire	Nb de professionnels Membres de laCPTS	Représentativité (Pourcentage)
Médecins généralistes	79	12	13,3
Médecins autres spécialités	113	2	0,017
Infirmiers	229	29	12,6
Laboratoire	6	2	25
Pharmaciens	39	10	25,6
Masseurs-Kinésithérapeutes	128	1	0,007
Sages-femmes	10	0	0
Orthophonistes	22	0	0
Orthoptistes	6	1	0,16
Dentistes	88	0	0
Pédicures-Podologues/orthésistes	25	0	0
Autres			

Source : Données Assurance maladie – Janvier 2021

Nous avons conscience qu'il est essentiel pour le déploiement du projet de santé de mobiliser un maximum de professionnels de santé et nous attacherons une importance particulière à fédérer autour du projet selon l'approche pluriprofessionnelle & inclusive des CPTS. D'une part certains professionnels attendent de voir la CPTS émerger avant de réellement s'impliquer, d'autre part, des partenariats avec les établissements SMS & collectivités avec lesquels les professionnels du territoire sont déjà en collaboration seront formalisés et des liens seront pris avec les partenaires nécessaires au déploiement des missions de la CPTS.

Membres actifs : VOIR TABLEAU EN PIÈCE JOINTE AU PROJET« adhérents 2021 CPTS »

Adhérents de l'association

Secteur d'activité : **SANITAIRE**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (MCO, SSR...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non
.....			

Secteur d'activité : **MEDICO-SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (EHPAD, SIADD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non
.....			

Secteur d'activité : **SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (SAAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non
.....			

REPRESENTANT DES USAGERS

Désignation Nom de la structure ou des représentants	Activité principale	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non
.....			

COLLECTIVITES TERRITORIALES

Désignation Nom de la structure	Lieu d'exercice

.....	

STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE OU D'APPUI (ESP, MSP, PTA)

Désignation Nom de la structure	Activité principale	Lieu d'exercice
.....		

Membres partenaires : VOIR TABLEAU EN PIÈCE JOINTE AU PROJET « adhérents 2021 CPTS » (les partenaires sont également adhérents

Non adhérent directement à l'association mais intégré dans le projet de santé

Secteur d'activité : **SANITAIRE**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (MCO, SSR...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
.....					

Secteur d'activité : **MEDICO-SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (EHPAD, SIADD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
.....					

Secteur d'activité : **SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (SAAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
.....					

REPRESENTANT DES USAGERS

Désignation Nom de la structure	Activité principale	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Existence convention Oui / Non
.....				

COLLECTIVITES TERRITORIALES

Désignation Nom de la structure	Lieu d'exercice	Existence convention Oui / Non
.....		

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

Désignation Nom de la structure	Activité principale	Lieu d'exercice	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
.....				

Gouvernance de la CPTS

Assemblée générale VOIR TABLEAU PIÈCE JOINTE AU PROJET « adhérents 2021 CPTS »

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité - Sanitaire - Médico-social - Social	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance (le cas échéant) ES, EHPAD, MSP...	Membre Actif ou Partenaire

Fonctionnement / pouvoirs

Modalités d'élection/désignation, fréquence des réunions, rôles, modalités de prises de décisions, pondération des voix ...

Les missions de cette instance, les modalités d'élection, de désignation des membres, de fréquence des réunions, de prise de décision, de pondération des voix, ... sont précisées dans les statuts et le règlement intérieur ci-annexés

Conseil d'administration Voir en PIÈCE JOINTE AU PROJET « Projet Santé - tableau récapitulatif des élections CA CPTS »

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité - Sanitaire - Médico-social - Social	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance (le cas échéant) ES, EHPAD, MSP...	Membre Actif ou Partenaire

Fonctionnement / pouvoirs

Modalités d'élection/désignation, fréquence des réunions, rôles, modalités de prises de décisions, pondération des voix ...

Voir statuts et règlement intérieur joints

Bureau Voir en PIECE JOINTE AU PROJET fichier « Projet de santé_composition du bureau »

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité Sanitaire Médico-social Social	Lieu d'exercice	Qualité (Vice-Président, trésorier adjoint...)	Membre Actif ou Partenaire
				Président	
				Vice - Président	
				Secrétaire général	
				Trésorier	

Fonctionnement / pouvoirs

Modalités d'élection/désignation, fréquence des réunions, rôles, modalités de prises de décisions, pondération des voix ...

Les missions de cette instance, les modalités d'élection, de désignation des membres, de fréquence des réunions, de prise de décision, de pondération des voix, ... sont précisées dans les statuts et le règlement intérieur ci-annexés

2 - Coordination du projet de santé de la CPTS

Deux niveaux de coordination sont définis :

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

La coordination est indispensable pour aider au fonctionnement de la CPTS, à la mise en œuvre du projet de santé, à la mobilisation des acteurs, ... en soutien et missionnée par les instances de gouvernance de l'Association.

Au minimum, au démarrage des recrutements seront nécessaires :

- Poste de coordonnateur : au moins 1 ETP (équivalent temps plein) hors gestion de la crise sanitaire liée à la COVID 19 pour laquelle des fonds FIR sont dédiés
- Poste de secrétaire de santé publique / « assistante de direction » : estimation de 0.5 ETP

Exemples de missions du coordonnateur :

Mettre en œuvre le projet de la CPTS

- Aider la mise en œuvre des groupes de travail et réaliser le suivi des décisions prises
- Accompagner la mise en place des actions sur le terrain
- Faire le suivi des actions en cours, les évaluer et réaliser un bilan une fois par an
- Suivre les demandes de financement, contrats et conventions partenariales et gérer la répartition des financements, sous la responsabilité du CA et en lien avec le trésorier
- Développer de nouvelles actions sur le territoire (capacité à identifier les problématiques et à faire des propositions)

Organiser la représentation de la CPTS et en faire la promotion

- Faire connaître la CPTS auprès des partenaires (institutionnels, associatifs, professionnels etc.)
- Faire adhérer et participer les partenaires au projet de la CPTS
- Faire vivre le site internet de la CPTS, gérer la représentation de la CPTS sur les réseaux sociaux
- Organiser la représentation de la CPTS / représenter la CPTS auprès des instances territoriales
- Créer des liens avec les CPTS environnantes.

Faciliter l'animation et la gestion de la CPTS

- Animer des réunions
- Aider à la gestion de l'association : suivi comptable, suivi juridique (AG, ...), suivi des adhésions
- Organiser la communication interne au sein de la CPTS
- Organiser les événements conviviaux de la CPTS

3 - Systèmes d'information

Intitulé de l'action	Besoins / Caractéristiques	Outil(s) déjà disponible(s) Oui / Non	Outil(s) à développer Oui / Non
Systèmes d'information pour la coordination, la communication entre les acteurs de le CPTS, la mise en œuvre de certaines actions et le pilotage du projet	SPICO Messagerie sécurisée Medimail Outils de visioconférence (exemple : outils du GRADeS) Dossier Médical Partagé	Oui Oui Oui Oui	
Mission socle 1A Faciliter l'accès au médecin traitant / Action « Volontariat des médecins généralistes »	Plateforme collaborative		Oui
Mission socle 1A Faciliter l'accès au médecin traitant / Action « Bilan de situation sanitaire et sociale en amont d'une demande de consultation médicale d'un patient sans médecin traitant »	Plateforme collaborative		Oui
Mission socle 1B Prise en charge des soins non programmés en ville / Action « Mise en place d'un secrétariat dédié au traitement et à l'orientation des soins non programmés en ville »	Planning de consultation partagé		Oui
Mission socle 1B Prise en charge des soins non programmés en ville / Action « Déploiement de la télémédecine »	Logiciels de télémédecine	Oui	Oui
Mission socle 1B Prise en charge des soins non programmés en ville / Action « Plateforme et annuaire de coordination »	Annuaire recensant l'ensemble des professionnels, laboratoires et centres de radiologies pouvant intervenir dans le DNSP.		Oui
Mission socle 2 Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient / Action « Prise en charge de la fragilité des seniors »	Application ICOPE Outil Trajectoire	Oui Oui	
Mission socle 3 Développement d'actions territoriales de prévention / Action « Repérage de la fragilité »	Application ICOPE	Oui	

Critères de sélection et descriptif des outils retenus par la CPTS

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

Des outils développés avec les professionnels, de préférence avec ou par les partenaires institutionnels, pratiques, ayant vocation à être utilisés largement par les soins de villes, les établissements, les professionnels du secteur médicosocial, interopérables et sécurisés, avec limitation maximale des double saisies, accessibles financièrement et évitant tout aspect commercial ou d'influence des professionnels de santé en terme de soins apportés à la population.

4 - Budget prévisionnel

Chaque année, un budget prévisionnel annuel dépenses et un budget prévisionnel annuel recettes seront élaborés au regard du programme d'action arrêté tous les ans par les instances de gouvernance de la CPTS et avalisé par l'Assemblée Générale.

L'élaboration de ces budgets prévisionnels est une étape importante et indispensable de la gestion de projet et sera du ressort du coordonnateur, en lien avec le Conseil d'Administration et le Bureau de l'Association.

Il conviendra de réaliser un budget équilibré entre les dépenses et les recettes.

Dépenses

Le budget dépenses prendra en compte les différentes sources de dépenses :

Transversales pour le fonctionnement général de la CPTS :

- o **Indemnisation des professionnels en charge de la gouvernance, de la gestion et du suivi du projet**
- o **Salaires et charges des salariés de l'Association** : coordonnateur, secrétaire
- o **Moyens matériels et logistiques** (dont une part sous forme d'investissement / amortissement) : matériels informatiques, logiciels, loyers, intendance, fournitures, assurance, documentation, communication, ...
- o **Ressources externes** : comptabilité, gestion sociale, expertise juridique, ...

Liées à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de chaque action (non prévues par les financements de droit commun) : **la liste des postes de dépenses envisageables figure à la fin de chaque fiche action.**

Recettes

La source de financement principale au démarrage sera l'ACI-CPTS :

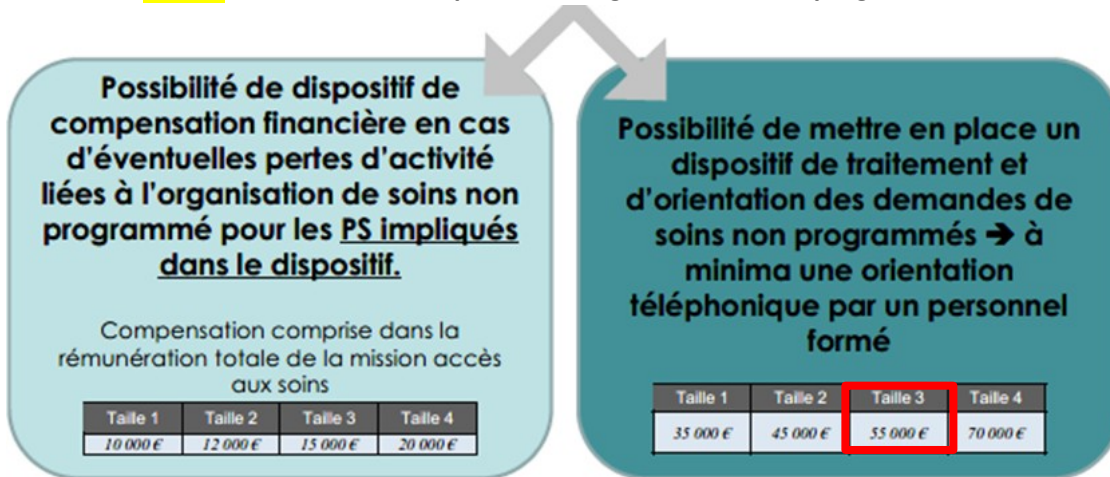
- Budget annuel maximum à compter du démarrage : part fixe et part variable, fonction des indicateurs négociés entre CPTS et CPAM

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
	< 40K habitants	entre 40 et 80K habitants	entre 80 et 175K habitants	> 175K habitants
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total max possible (Volets fixe et variable)	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

- Avant le démarrage des missions : budget fonctionnement

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
	< 40K habitants	entre 40 et 80K habitants	entre 80 et 175K habitants	> 175K habitants
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

- Financement de la prise en charge des soins non programmés en sus



→ Au-delà du financements dédié au dispositif de traitement et d'orientation des demandes, **pour les autres financements, une totale liberté d'affectation des rémunérations perçues**

D'autres sources de financement pourront être mobilisées au-delà de l'ACI CPTS. Elles ont été identifiées, action par action, par chaque groupe de travail et figurent à la fin de chaquefiche action.

Fonctionnement général de la CPTS

Elaboration, coordination, communication du projet

		Dépenses
Indemnités des professionnels		10 000
Fonctionnement Association		10 000
Total Salaires		30 000
Coordinateur		30 000
Total Honoraires		18 000
Expertise, comptabilité		5000
Assurances		1000
Loyers		6000
Frais bancaires		1000
Communication		5000
Total Moyens matériels		17 000
<i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>		
Logiciel		6000
Frais divers (envoi, bureautique...)		6000
Matériel informatique (amortissement/an)		4000
Consommables		1000
Total dépenses		75000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources		

		Ressources
Assurance Maladie ACI		75000
<i>En fonction de la taille de la CPTS</i>		
Ressources complémentaires		
<i>Cotisations des membres</i>		
Total ressources		0

Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels	46 500
Organisation de la mission	6 000
Réalisation de la mission	40 500
Salaires	65 000
Coordinateur, secrétariat	10 000
Traitement et orientation des SNP	55 000
Honoraires consultant	3 500
Expertise, formation, comptabilité	
Moyens matériels	5 000
Logiciel, location, publicité, formation...	
Total dépenses	120 000

Ressources	
ACI - Fonctionnement	95 000
Volet fixe de mise en œuvre	25 000
Volet fixe organisation SNP	15 000
Volet spécifique traitement SNP	55 000
ACI - Résultat	25 000
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires	
Total ressources	120 000

Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels	45 000
Organisation de la mission	10 000
Réalisation de la mission	35 000
Salaires	15 000
Coordinateur, secrétariat	15 000
Honoraire consultant	8 000
Expertise	8 000
Moyens matériels	22 000
Logiciel, location	5 000
Publicité, communication	6 000
Formation	7 000
Matériel (Malette BMT-a)	4 000
Total dépenses	90 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement	45 000
ACI - Résultat	45 000
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires	<i>A formaliser</i>
<i>Dans le cadre ICOPE :</i>	
<i>Article 51 – ARS</i>	
<i>Appel à projet de la Conférence des financeurs</i>	
<i>Assurance Maladie</i>	
<i>Département des Hautes-Pyrénées</i>	
<i>Caisses de retraite</i>	
<i>Facultatif</i>	
Total ressources	90 000

Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels	20 000
Organisation de la mission	7 500
Réalisation de la mission	12 500
Salaires	4 000
Coordinateur, secrétariat	4 000
Honoraire consultant	1 000
Expertise, formation, comptabilité	1 000
Moyens matériels	10 000
Logiciel, location, formation...	5 000
Publicité, communication	5 000
Total dépenses	35 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement	17 500
ACI - Résultat	17 500
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires	
<i>Facultatif</i>	
Total ressources	35 000

Fonctionnement de la mission 4 complémentaire

Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels	10 500
Organisation de la mission	4 000
Réalisation de la mission	7 500
Salaires	4 500
Coordinateur, secrétariat	4 500
Honoraire consultant	4 500
Expertise, formation, comptabilité	4 500
Moyens matériels	10 500
Logiciel, location, publicité, ...	3 000
Formation	7 500
Total dépenses	30 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement	15 000
ACI - Résultat	15 000
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires	
<i>Facultatif</i>	
Total ressources	30 000

Fonctionnement de la mission 5 complémentaire

Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels	6 500
Organisation de la mission	1 000
Réalisation de la mission	5 500
Salaires	500
Coordinateur, secrétariat...	500
Honoraire consultant	10 000
Expertise, comptabilité	1 000
Consultant	2 500
Formation	6 500
Moyens matériels	3 000
Logiciel, location	2 000
Publicité	1 000
Total dépenses	20 000

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

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

Dépenses

Fonctionnement général	75 000
<i>Elaboration, coordination, communication du projet</i>	
Mission 1 A - Médecins traitant	50 000
<i>Moyens et résultats</i>	
Mission 1 B - Soins non-programmés	15 000
<i>Moyens et résultats</i>	55 000
Mission 2 – Pluriprofessionnel	90 000
<i>Moyens et résultats</i>	
Mission 3 - Prévention	35 000
<i>Moyens et résultats</i>	
Mission complémentaire 4 – Qualité & Pertinence	30 000
Mission complémentaire 5 – Accompagnement & Communication	20 000
Total dépenses	370 000

Point de vigilance : Dépenses = Ressources

Ressources

Fonctionnement général	75 000
<i>Elaboration, coordination, communication du projet</i>	
Mission 1 A - Médecins traitant	25 000
<i>Moyens et résultats</i>	25 000
Mission 1 B - Soins non-programmés	15 000
<i>Moyens et résultats</i>	55 000
Mission 2 - Pluriprofessionnel	45 000
<i>Moyens et résultats</i>	45 000
Mission 3 - Prévention	17 500
<i>Moyens et résultats</i>	17 500
Mission complémentaire 4 – Qualité & Pertinence	15 000
<i>Moyens et résultats</i>	15 000
Mission complémentaire 5 – Accompagnement & Communication	10 000
<i>Moyens et résultats</i>	10 000
Total ressources	370 000

Pour un taux d'atteinte des résultats de 100%

5 - Planification du projet : Echancier indicatif de mise en œuvre du Projet

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

		2021		2022	
		1 ^{er} semestre	2 ^{ème} semestre	1 ^{er} semestre	2 ^{ème} semestre
Validation, présentation et dépôt du projet de santé	Finalisation du projet de santé (parties à compléter par la CPTS)	<i>Avril-Mai</i>			
	Réunion de présentation finale en plénière	<i>Mai</i>			
	Validation du projet de santé , signature par le représentant de la CPTS	<i>Mai-Juin</i>			
	Dépôt du projet de santé auprès de l'ARS et de l'Assurance Maladie (*)	<i>Mai-Juin</i>			
Conventionnement ACI	Rencontres/Négociations avec la CPAM sur les indicateurs ACI puis Signature du contrat ACI	<i>Juillet ? Septembre ?</i>			
Démarches transversales du démarrage de la mise en œuvre	Gouvernance : définition des rôles et missions des instances Coordination : recrutement d'un ou de plusieurs coordinateurs				
	Communication sur le territoire / Mobilisation des acteurs				
	Mise en place des outils de suivi Choix des expertises externes : comptable, juridique, ...				
Mission socle 1 : « Accès aux soins » Mission 1A – Faciliter l'accès au médecin traitant <i>Mission à démarrer au plus tard 6 mois après la signature et devant être déployées au plus tard 18 mois après la signature de l'ACI</i>	Volontariat des médecins généralistes				
	Bilan de situation sanitaire et sociale en amont d'une demande de consultation médicale d'un patient sans médecin traitant				
Mission socle 1 : « Accès aux soins » Mission 1B – Prise en charge des soins non programmés en ville <i>Mission à démarrer au plus tard 6 mois après la signature et devant être déployées au plus tard 18 mois après la signature de l'ACI</i>	Mise en place d'un secrétariat dédié au traitement et à l'orientation des soins non programmés en ville				
	Déploiement de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise)				
	Mise en place de protocole de coopération et de délégations de tâches				
	Mise en place d'une plateforme et d'un annuaire de coordination pour un accès facilité à des examens complémentaires				
Mission socle 2 : « Parcours pluriprofessionnels » <i>Mission à démarrer au plus tard 12 mois après la signature et devant être déployées au plus tard 24 mois après la signature de l'ACI</i>	Prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages au sein des troubles du neurodéveloppement				
	Prise en charge de la fragilité des séniors				
	Prise en charge du patient insuffisant cardiaque				
	Protocole de gestion des patients sous AVK				
	Protocole de gestion de situation sanitaire exceptionnelle				
Mission socle 3 : « Prévention » <i>Mission à démarrer au plus tard 12 mois après la signature et devant être déployées au plus tard 24 mois après la signature de l'ACI</i>	Repérage de la fragilité (programme ICOPE)				
	Pôle prévention général : actions d'éducation et de prévention en santé				

() Le projet de santé est réputé validé, sauf si l'ARS s'y oppose dans un délai de 2 mois*

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

Nom et Prénom : Eva Kozub Decotte

Date de la signature : 31 / 05 / 2021

Signature :

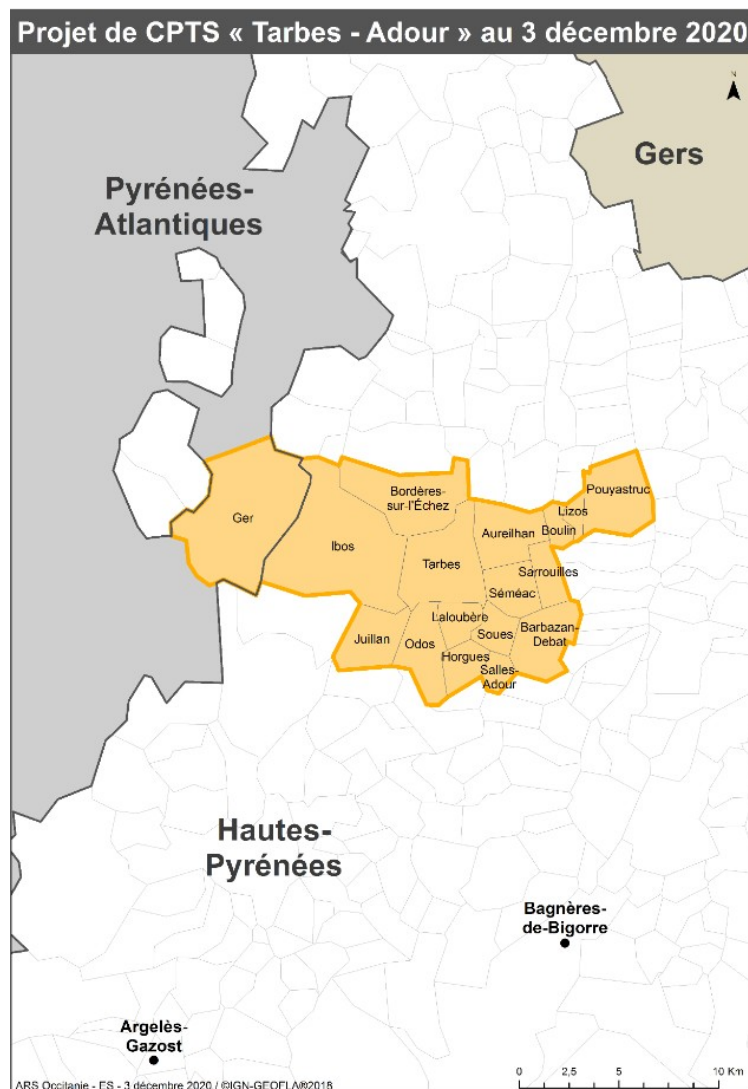
A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Annexes

1 Synthèse du diagnostic territorial

Territoire de la CPTS Tarbes Adour

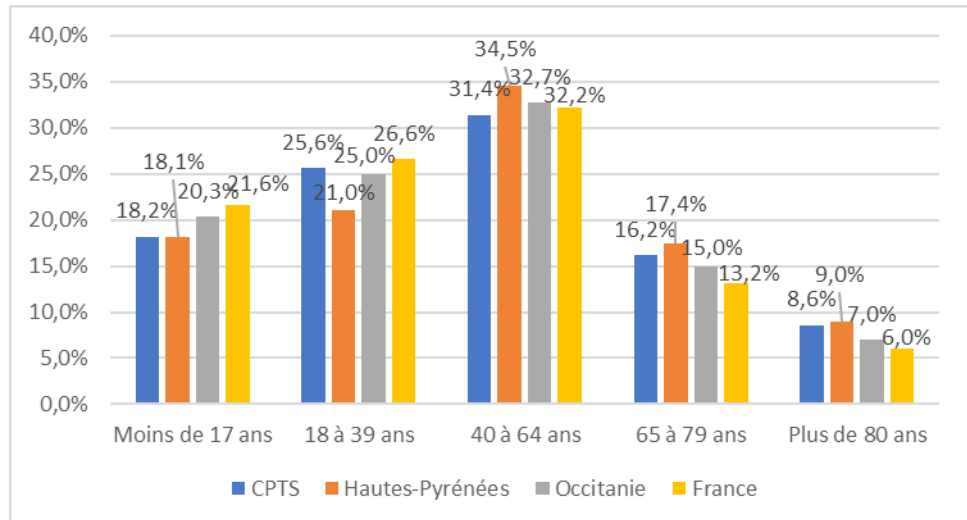
Présentation
du territoire



Le territoire de la CPTS s'étend sur Tarbes, préfecture du département des Hautes-Pyrénées en région Occitanie et sur 16 communes limitrophes, soit 83 366 habitants (Insee RP 2017). La taille du territoire correspond à la taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants). Le département des Hautes-Pyrénées est parmi les plus âgés (10^{ème} de province) et confronté à un recul de l'emploi (-0.4% contre +0.7% en Occitanie). Ce territoire est l'une des seules grandes aires urbaines des Hautes-Pyrénées (sinon la seule) où se concentre l'activité industrielle, notamment des secteurs ferroviaire et aéronautique.

Indicateurs démographiques et socio-économiques sur le territoire

- Une population plus jeune qu'au niveau départemental mais plus âgée qu'aux niveaux régional et national.



- Un indice de vieillissement à 114 sur le territoire de la CPTS (contre 80 en France)
- Un **taux d'évolution annuel de la population** entre 2012 et 2017 à 0.20% sur le territoire contre 0.39% en France, avec un taux de natalité de 11‰ (12.1 en France) et un taux de mortalité de 10.8‰ (contre 8.7 au niveau national).
- **Une part des diplômés du supérieur plus basse, une sur-représentation des retraités et des employés, un taux de chômage plus important en comparaison à la région et à la France**
- **Une médiane de revenu** de 19 820€ sur la CA de Tarbes Lourdes Pyrénées et la part des foyers fiscaux imposables à 45,1% (données proches de celles du département mais inférieures à celles de la région et de la France)
- Un **taux de chômage** chez les 15-64 ans plus important sur le territoire de la CPTS (16.5%) en comparaison à la France (13.9%), au département des Hautes-Pyrénées (13.7%) et à la région Occitanie (15.2%)
- Une plus grande part de la **population couverte par la CSS** (14,8%) en comparaison aux autres territoires de référence.
- Part de la **population couverte par le RSA** dans les moins de 65 ans de 6,5% dans les Hautes-Pyrénées, 8,1% en Occitanie et 6,4% en France (donnée non disponible à l'échelle de la CPTS)
- Part des **familles monoparentales** sur le territoire étudié : 9,8%, similaire à celle des territoires de référence. Part plus importante des ménages d'une seule personne (45,5%) en comparaison aux autres territoires de référence. Parts des ménages composés d'un couple sans enfants (24,9%) et avec enfants (17,6%) inférieures aux autres territoires de référence.
- **Taille moyenne des ménages** sur le territoire de la CPTS : 1,9 contre 2,2 en France

Etat de santé de la population et participation aux actions de prévention

Etat de santé de la population

- **Une espérance de vie à la naissance plus basse** chez les hommes (79 ans) en comparaison à la région et à la France, similaire pour les femmes (85.5 ans) à l'échelle du département des Hautes Pyrénées
- **Une mortalité générale plus basse** en Occitanie comparativement à la France.
- **Une mortalité prématurée plus basse** chez les hommes au niveau régional qu'au niveau national.
- **Une mortalité prématurée évitable plus basse** chez les hommes au niveau régional qu'au niveau national.
- **Une part plus importante de la population exonérée au titre d'une ALD** (24.5%) en comparaison à la région (23.9%) et à la France (23.32%), mais plus basse qu'à l'échelle du département (25%)
- Une moindre prévalence du diabète et des tumeurs malignes, mais une plus grande

prévalence des affections psychiatriques.

- Une part de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation plus élevée en comparaison aux territoires de référence
- Une part moindre d'admissions directes en service médecine en comparaison aux territoires de référence
- **Une poly médication continue moindre** qu'aux niveaux régional et national.
- **Une moindre antibiorésistance** comparativement au département et à la région.

Prévention

- **Une assez bonne participation** aux dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal.
- **Une meilleure couverture vaccinale** contre la grippe chez les 65 ans et plus, mais une **moins bonne couverture** pour les vaccins contre le méningocoque et la rougeole/oreillons/rubéole
- **Une moindre participation à la prévention bucco-dentaire** chez les moins de 16 ans

Professionnels de santé libéraux de premier et second recours :

	Echelon territorial	Nombre	Densité (Taux pour 10 000 habitants)
Médecins généralistes	CPTS	90	10.8-
	France	58 534	8.8
Infirmiers	CPTS	231	27.7-
	France	98 925	14.9
Masseurs-kinésithérapeutes	CPTS	118	14.2-
	France	70 444	10.7
Chirurgiens-dentistes	CPTS	75	9.5-
	France	34 988	5.3
Orthophonistes	CPTS	6	1.4-
	France	6 508	1.8
Sages-femmes	CPTS	90	10.8-
	France	58 534	8.8

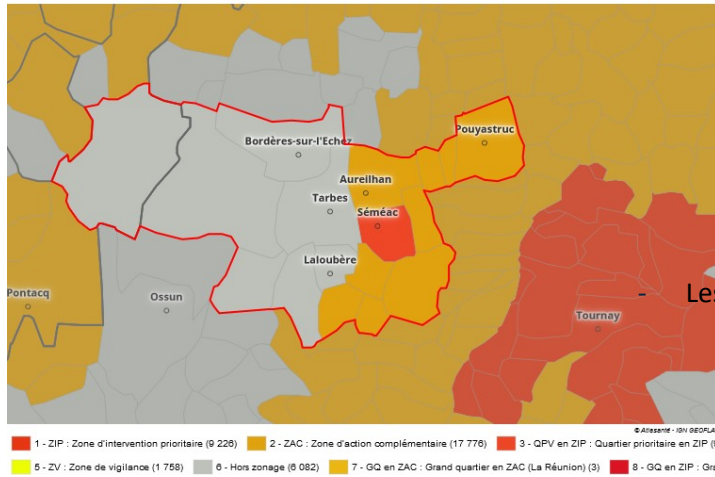
- **Les médecins généralistes : une densité supérieure aux autres territoires de référence**
La **densité** des médecins généralistes sur le territoire étudié est de 10,8 pour 10 000 habitants ; soit une densité supérieure aux autres territoires de référence. 57% des généralistes du territoire ont plus de 55 ans.

Les communes suivantes : Ger, Bordères-sur-L'échez, Tarbes et Pouyastruc représentent les principaux **pôles d'attraction** des médecins généralistes montrant que les habitants des communes avoisinantes (qui parfois se situent bien au-delà du contour de la CPTS) se déplacent majoritairement dans ces communes pour consulter un généraliste.

D'après le **zonage** médecins généralistes de décembre 2018 établi par l'ARS :

L'offre de santé sur le territoire

Zonage médecins 2018 - Source : ARS - DGOS



été

Les communes à l'Est du territoire étudié ont classées « ZAC » : Salles-Adour, Horgues, Barbazan-Debat, Sarrouilles, Lizos,

Boulin, Pouyastruc, Soues, Aureilhan ;

- La commune de Séméac est aussi classée en « ZAC » avec un quartier politique de la ville classé en « ZIP » ;
- Le reste des communes est classé hors zonage.

Sur le territoire, on observe :

- **8.5% des patients de 17 ans et plus sans médecin traitant, soit 5 789 personnes** contre 8.2% à l'échelon départemental, 9.5% au niveau régional et 10.1% au niveau national ;
- **0.9% des patients de 17 ans et plus, en ALD et sans médecin traitant.** C'est similaire aux autres territoires de référence ;
- **2.3% des patients de 17 ans et plus, ayant la CSS et sans médecin traitant.** C'est un point au-dessus des autres territoires de référence.

Si l'on regarde **les patients de 70 ans et plus, 4.2% n'ont pas de médecin traitant.** C'est mieux que les données des autres territoires de référence.

- **Les infirmiers libéraux : une densité plus élevée que la moyenne nationale**

La **densité** des infirmiers au niveau du territoire étudié est de 27,7 pour 10 000 habitants, soit plus élevée que la moyenne des autres territoires de référence et notamment presque 2 fois plus que la densité moyenne nationale. Le **nombre d'actes moyen** par an par IDE de la CPTS est inférieur au niveau national mais supérieur au niveau départemental et régional.

La **part d'activité AIS** est plus importante sur le territoire de la CPTS (69.7%) comparativement au département, à la région et à la France.

Le **dernier zonage IDE** défini par l'ARS datait de 2012 et classait la plupart des communes du territoire comme étant des zones sur dotées. Quelques communes comme Laloubère étaient classées en zone intermédiaire. Un nouveau zonage est en cours de définition en 2020.

- **Les masseurs-kinésithérapeutes : une densité supérieure au niveau national mais proche du niveau régional**

La **densité** des masseurs kinésithérapeutes sur le territoire d'étude est de 14,2 pour 10 000 habitants, une densité supérieure à celle de la France mais proche de celle de la région.

L'ARS Occitanie a classé en 2019 la plupart des communes de la CPTS en **zones intermédiaires**, sauf Soues, Séméac et Aureilhan classées en **zones très dotées**.

- **Les chirurgiens-dentistes : une densité supérieure à celles des autres territoires de référence**

La **densité** des chirurgiens-dentistes sur le territoire est de 9.5 soit supérieure à celles des autres territoires de référence.

En 2014, l'ARS Occitanie a établi le **zonage** : Tarbes, Séméac et Barbazan-Debat sont classées en

zones sur dotées, Bordères-sur-l'Echez est classée en zone très dotée et le reste des communes de la CPTS est classé en zones intermédiaires.

- **Les orthophonistes : une densité inférieure à la région et à la France**

La **densité** des orthophonistes sur le territoire de la CPTS est de 26.4 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à celle de la région et de la France.

L'ARS Occitanie a classé Bordères-sur-l'Echez et Ibos comme **zones très sous dotées** et le reste des communes de la CPTS comme **zones intermédiaires**.

- **Les sages-femmes : une densité proche de la densité régionale et nationale**

La **densité** de sages-femmes installées sur le territoire étudié (1.4) est proche de la densité régionale et nationale.

L'ARS Occitanie a classé Lizos, Boulin et Pouyastruc comme **zones sous-dotées**. Le reste des communes de la CPTS est classé en **zones intermédiaires**.

- **Les autres professionnels de santé représentés sur le territoire de la CPTS :**

Le territoire étudié compte également :

- 39 pharmacies ;
 - 7 laboratoires ;
 - 5 orthoptistes ;
 - 121 médecins spécialistes (hors médecins généralistes), dont 44 médecins de plus de 60 ans.
- La plupart des spécialités médicales sont représentées sur le territoire.

Dispositifs de coordination déjà existants sur le territoire

- **Dispositifs d'exercice coordonné entre professionnels :**

En octobre 2019, dans le département des Hautes-Pyrénées, il existait 8 MSP en fonctionnement et 5 en cours d'élaboration.

Sur le territoire de la CPTS, on compte : une MSP sur Tarbes, une MSP sur Pouyastruc et une ESP à Aureilhan. Une MSP est en projet sur Barbazan-Debat.

- **Réseau de santé de proximité :**

Le Relai Santé Pyrénées (RESAPY) est le réseau de santé territorial de proximité des Hautes-Pyrénées. Il couvre l'ensemble du département.

Le Relais Santé Pyrénées est issu du rapprochement en 2018 de l'Association HAD de Bigorre et du Groupement de Coopération Sanitaire Réseau de Santé Arcade.

Il est un acteur majeur des Hautes-Pyrénées dans la coordination et la prise en charge des patients à domicile.

Il est porteur de plusieurs activités, organisées en deux pôles :

- Le pôle HAD (Hospitalisation à Domicile)
- Le pôle Réseau comprenant :
 - Le réseau de santé pluri-thématique
 - Le dispositif MAIA (en co-portage avec le conseil départemental)
 - La Plateforme territoriale d'appui : ouverture prévue courant 2021.

La PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) est en cours de constitution. Le futur DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) intégrera à terme cette PTA.

Etablissements sanitaires et médico-sociaux présents sur le territoire

Centre hospitalier – Clinique – HAD – Centres de dialyse et structures alternatives aux centres – Centres de santé dentaires – Centres de santé médicaux – Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Résidence autonomie – Services de Soins Infirmiers à Domicile – IME – ITEP – IEM – SESSAD – CMPP – CAMSP – Foyer hébergement pour adultes handicapés – ESAT – Entreprise adaptée – SAMSAH – SAVS.

STATUTS DE L'ASSOCIATION CPTS TARDES ADOUR

- Association loi 1901 -

Tarbes, le 2 décembre 2019

TITRE PREMIER – CONSTITUTION ET OBJET DE L'ASSOCIATION

Article 1 : Constitution de l'association

Il est fondé entre les signataires aux présents statuts au jour de l'Assemblée Générale Constitutive, et sous réserve de la réalisation des formalités d'enregistrement, une Association à but non lucratif régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

A l'issue de l'enregistrement des présents statuts par les services préfectoraux compétents et à compter de la publication de l'annonce au J.O.A.F.E, l'Association sera en capacité – selon les modalités visées ci-après – de compter parmi ses membres des personnes physiques ou morales animées par la poursuite de l'objet de l'Association.

Article 2 : Dénomination de l'Association

L'association a pour dénomination **CPTS Tarbes Adour**, alias « **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Tarbes Adour** » ou « **Communauté de santé Tarbes Adour** ».

Au cours de la vie sociale de l'Association, l'Assemblée Générale – en respectant les modalités de vote visées au sein des présents statuts – sera en capacité de modifier la dénomination de l'Association.

En application des dispositions de l'article 5 de la loi du 1er juillet 1901, l'Association a l'obligation légale de faire connaître, par une déclaration modificatrice, tous les changements survenus dans son administration, ainsi que toutes les modifications apportées aux statuts et ce, dans un délai de 3 mois à compter de la décision de l'Assemblée Générale. Ces modifications et changements ne

seront opposables aux tiers qu'à partir du jour où ils auront été déclarés.

Article 3 : Objet de l'Association

Cette association a pour objet de créer, organiser, administrer et assurer le fonctionnement de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Tarbes Adour, au sens de la loi pour la modernisation du système de santé LOI 2016-41 du 26 janvier 2016, et article L.1434-12 du Code de Santé Publique. Et, plus généralement, cette association peut effectuer toutes les opérations, de quelque nature qu'elles soient, se rattachant directement ou indirectement à l'objet indiqué ci-dessous ou à tous autres objets similaires ou connexes, de nature à favoriser le but poursuivi par l'association, son extension ou son développement.

L'association est organisée autour de divers professionnel·les de santé intervenant sur le secteur ambulatoire (accès, prévention et soins), et ses objectifs s'inscrivent dans une approche populationnelle, en vue de répondre aux besoins de santé de cette population.

Ses objectifs sont :

- **Contribuer à l'organisation territoriale ambulatoire du système de santé** et à l'amélioration de la prise en charge des besoins de santé sur le territoire de la CPTS, conformément au code de la santé publique.
- **Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins sur le territoire de la CPTS**, en s'inscrivant dans une démarche globale, équitable et durable, afin de répondre aux besoins de santé présents et à venir de la population du territoire de la CPTS, notamment par : le renforcement global de la coordination des professionnels de la CPTS, la lutte contre les inégalités sociale de santé, le développement d'actions de prévention, le soutien de la formation initiale et continue des professionnels de santé.
- **Représenter l'ensemble des professionnel·les de la CPTS** auprès des pouvoirs publics, des institutions du secteur de la santé et du social, des collectivités locales, départementales et régionales.

Au jour de la création de l'Association, son objet et ses moyens d'action n'impliquent aucune activité économique au sens des dispositions de l'article L.442-7 du Code de commerce.

Article 4 : Siège social de l'Association

Le siège social de l'association est fixé à l'adresse suivante :

**CPTS Tarbes Adour
MSP du foirail
15 place du foirail
65000 Tarbes**

Il pourra être transféré en tout lieu de la même ville ou du même territoire de santé en vertu d'une simple décision du Bureau de l'Association.

relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire et/ou Extraordinaire.

Un membre fondateur peut déléguer à un autre membre fondateur de l'Association – par voie de mandat écrit ou pouvoir – la faculté de le représenter lors des prises de décisions collectives de l'Association (A.G.O / A.G.E). **Un membre fondateur ne peut recevoir que deux délégations de vote (mandats écrits ou pouvoirs) par séance d'Assemblée Générale Ordinaire ou Extraordinaire.**

Chaque membre fondateur dispose de 2 voix (pondération) lors de chaque décision collective intervenant dans les 3 premières années de création de l'association.

Dès lors, chaque membre fondateur ne s'exprimera qu'une seule fois lors des décisions collectives ; cependant son vote comptera double. Cette pondération est exclusivement applicable à la qualité de membre fondateur, uniquement pour les 3 premières années de fonctionnement de l'association et dans l'objectif d'accompagner au mieux le projet de l'association. **Au-delà des 3 premières années, chaque membre fondateur disposera d'une seule voix lors de chaque décision collective.**

Le **montant de la cotisation annuelle** des membres fondateurs, ainsi que sa date d'échéance, est identique à celle des autres membres. Elle est **fixée par le bureau.**

6.2 Membres actifs

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, disposent de la qualité de membres actifs, les personnes physiques ou morales (de droit privé ou de droit public) suivantes :

Ce sont les membres qui sont concernés par le secteur géographique de la CPTS Tarbes Adour, personnes physiques ou morales qui **participent activement au fonctionnement de l'Association ainsi qu'à la réalisation de son objet.**

Il s'agit:

- **Des professionnels de santé libéraux en exercice** sur le territoire de la CPTS (**Collège 1, répartis en sous-collèges des différentes professions représentées**).
- **Des professionnels de santé salariés en exercice** sur le territoire de la CPTS (**Collège 2**), dans la **limite d'un représentant par profession et par structure salariée.**

Pour bénéficier de la qualité de membre actif, il convient de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- **Être agréé par une majorité de 2/3 des membres du bureau** de l'Association, dont la décision en la matière est discrétionnaire et n'a pas à être motivée,
- Etre **engagé** dans le développement de l'objet social de l'Association,
- Etre **à jour de cotisation** et s'en acquitter de façon annuelle.

Chaque membre actif bénéficie d'**une voix lors des décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.**

Chaque personne physique ou morale en sa qualité de membre actif peut déléguer à un autre membre actif de l'Association – par voie de mandat écrit – la faculté de la représenter lors des prises de décisions collectives de l'association.

Chaque membre actif peut bénéficier d'**une seule délégation (mandat écrit ou pouvoir)** en vue de représenter un autre membre actif lors des délibérations et votes en Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Le montant de la cotisation annuelle ainsi que sa date d'échéance sont fixés par **le bureau.**

6.3 Membres associés

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, disposent de la qualité de membres associés, les personnes physiques ou morales (de droit privé ou de droit public) suivantes :

- **des structures du secteur sanitaire, social ou médico-social** ayant un lien avec le territoire de la CPTS **représentées par une personne habilitée à cet effet (Collège 3)**

Chaque membre associé dispose d'une **voix consultative** à l'assemblée générale, et ne peut prendre part aux votes de l'assemblée générale, sauf pour l'élection de ses représentants au conseil d'administration (collège 3) .

Chaque représentant-e légal-e des personnes morales – ayant la qualité de membre associé – délègue par mandat, en cas d'absence, une personne subordonnée pour représenter la personne morale. Ces dispositions permettront à certains membres associés (URPS, CPAM, Mutualité Française...) de prendre valablement part aux débats lors des séances d'Assemblée Générale Ordinaire et/ou Extraordinaire.

Le montant de la **cotisation annuelle** des membres associés ainsi que sa date d'échéance sont fixés par **le bureau.**

6.4 Membres d'honneur

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, disposent de la qualité de membres d'honneur, les personnes physiques ou morales suivantes :

- **Conseil de l'Ordre des médecins des Hautes-Pyrénées**

Le titre de membre d'honneur peut être décerné par l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle aux personnes physiques ou morales (de droit privé ou de droit public) qui, en raison de services rendus à l'Association ou de contributions intellectuelles ont été signalées à son attention.

Les membres d'honneur peuvent assister aux décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée générale Ordinaire et/ou Extraordinaire. La qualité de membre d'honneur ne confère pas le droit de vote. En revanche, les membres d'honneur peuvent participer aux échanges et discussions lors des séances de l'Assemblée générale Ordinaire et/ou Extraordinaire.

Indéniablement, ces personnes ont contribué au développement de l'objet social de l'Association et sont, à ce titre, dispensés – si l'Association souhaite en avoir recours - au versement d'une cotisation annuelle.

6.5 Perte de la qualité de membres

La qualité de membre de l'Association se perd par :

- Le décès,
- La démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président de l'Association. La date de notification de la démission est la date de réception de la lettre par le Président. A compter de cette date, le membre sortant est dit « membre démissionnaire ». La démission prend effet au premier jour du mois civil suivant.
- La dissolution, pour quelque cause que ce soit, des personnes morales, ou leur liquidation judiciaire,
- L'exclusion prononcée par le Président de l'Association pour motifs graves. L'intéressé devra préalablement avoir été invité à faire valoir ses moyens de défense,
- La radiation pour non-paiement de la cotisation annuelle, après trois rappels demeurés infructueux et après que l'intéressé ait été invité, par lettre recommandée avec accusé de réception, à fournir des explications écrites au Président de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire peut également décider de la suspension temporaire d'un membre. Cette décision implique la perte de la qualité de membre et du droit de participer à la vie sociale pendant toute la durée de la suspension.

Article 7 - Affiliation

La présente association peut adhérer à d'autres associations, unions ou regroupements par décision à la majorité simple du Bureau.

TITRE TROISIEME – RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Article 8 - Ressources

Les ressources de l'association se composent :

- Des cotisations de ses membres,
- Des sommes et subventions perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association,
- Des financements et/ou subventions éventuelles de l'Etat, des régions, des départements, de la Communauté de Communes, des communes, et de leurs établissements publics,
- Des dons manuels (personnes physiques ou personnes morales), et des dons des établissements d'utilité publique,
- D'apports en nature ou de la mise à disposition de biens, matériels ou ressources humaines de ses membres,
- De toutes ressources autorisées par la loi, la jurisprudence, et les réponses ministérielles.

Les ressources de l'association excluent :

- celles susceptibles de constituer un lien d'intérêt avec l'industrie du médicament et/ou des produits de santé et qui pourraient ainsi influencer de quelque manière que ce soit les soins apportés au sein de la CPTS.

TITRE QUATRIEME – FONCTIONNEMENT

Article 9 - Bureau de l'Association

9.1 Composition du bureau

Le Bureau de l'association est composé comme suit :

- Le Président de l'Association,
- Un ou plusieurs Vice-président(s) de l'Association,
- Un Secrétaire et éventuellement son suppléant ou adjoint,
- Un Trésorier et éventuellement un adjoint.

Les membres du Bureau sont **élus au scrutin majoritaire et à bulletin secret en Assemblée Générale ordinaire, parmi les membres fondateurs lors de la première assemblée générale, puis ensuite parmi les membres fondateurs et les membres actifs**. Le scrutin pour la nomination du ou de la Président-e est présidé par le membre le plus âgé de l'association. En cas d'égalité du nombre de voix, le membre le plus âgé entre les candidat.es au poste convoité est élu.

Les membres du Bureau sont élus pour **3 ans** et les membres sortants sont **rééligibles**. Aucune de ces fonctions n'est cumulable. En l'absence de candidature aux poste de président-e, le-la représentant-e légal-e du membre fondateur le plus âgé est élu-e au poste vacant, ou à défaut de membres fondateurs le-la représentant-e légal-e du membre actif le plus âgé.

Les fonctions de membre du Bureau prennent fin par la démission, la perte de la qualité de membre et la révocation par le-la Président-e de l'Association, laquelle ne peut intervenir que pour de justes motifs.

9.2 Pouvoirs

Le Bureau est chargé de préparer les décisions de l'Assemblée Générale (Ordinaire ou Extraordinaire).

Le Bureau participe à la gestion courante de l'association, et veille à la mise en œuvre des décisions du conseil d'administration et de l'Assemblée générale. A ce titre, le Bureau est investi des pouvoirs les plus étendus, pour gérer, diriger et administrer l'Association, sous réserve de ceux statutairement réservés aux Assemblées générales.

Les fonctions de membres du Bureau sont exercées à titre gracieux.

9.3 Fonctionnement

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire et au moins 2 fois par an à l'initiative et sur convocation du Président de l'Association.

La convocation peut être faite par tous moyens, mais au moins 7 jours avant la date de séance. L'ordre du jour est établi par le Président de l'Association.

Le Bureau sera obligatoirement réuni en vue de la préparation de la convocation à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Le Bureau peut entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations.

Article 10 – Président de l'Association

10.1 Qualités

Le ou la Président-e de l'Association est le-la représentant-e légal-e de celle-ci.

Ses actes engagent l'Association à l'égard des tiers (banques, administrations, justice, autres associations, etc.). Il-elle doit être majeur-e pour réaliser les actes de constitution, de modification ou de transmission du patrimoine de l'Association.

Il-Elle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs (par exemple à un-e Vice-président-e, à un-e Secrétaire ou à un-e Trésorier-e).

Cependant, malgré la délégation totale ou partielle, le-la Président-e de l'Association demeure co-responsable des actes réalisés au nom de l'Association par ceux à qui il-elle a délégué ses pouvoirs.

10.2 Pouvoirs

Le-la Président-e de l'Association assure la gestion quotidienne de l'Association. Il-elle agit au nom et pour le compte du Bureau et de l'Association, et notamment :

- convoque les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale
- Il ordonne les dépenses relatives au fonctionnement général de l'Association et payées par le Trésorier
- Il préside toutes les Assemblées générales et les Conseils d'administration. En son absence, le Conseil d'administration désigne un président de séance parmi les membres du Bureau.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre des pouvoirs ci-dessus définis devra être autorisé préalablement par l'Assemblée générale.

Article 11 – Vice-président(e-s) de l'Association

Le ou les Vice-président(e-s) ont vocation à assister le·la Président·e de l'Association dans l'exercice de ses fonctions.

Il(s).elle(s) peut(vent) agir sur délégation du ou de la Président·e de l'Association et sous son contrôle.

Il(s).elle(s) peut(vent) recevoir des attributions spécifiques, temporaires ou permanentes, définies par le·la Président·e de l'Association.

Ils remplacent le·la Président·e de l'Association en cas d'empêchement, de démission ou de décès.

Article 12 – Secrétaire de l'Association

Le·la Secrétaire, en collaboration avec le·la Président·e, veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'Association. Il·Elle établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux.

Il·elle tient, ou fait tenir sous son contrôle, les registres de l'Association. Il·elle procède, ou fait procéder sous son contrôle, aux déclarations à la Préfecture, et aux publications au J.O.A.F.E, dans le respect des dispositions légales ou réglementaires.

Article 13 – Trésorier·e de l'Association

Le·la Trésorier établit ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association. Il·elle procède à l'appel annuel des cotisations (si l'Association a souhaité les percevoir). Il·Elle établit un rapport financier, qu'il présente avec les comptes annuels à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Il·elle peut, par délégation, et sous le contrôle du ou de la Président·e de l'Association, procéder au paiement des dépenses d'investissement inférieures à 3.000 euros et à l'encaissement des recettes.

Pour toute dépense d'investissement supérieure à 3.000 euros, le·la Trésorier·e procède au règlement après délibération du conseil d'administration.

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, l'Assemblée Générale alloue chaque année un budget prévisionnel de dépenses. Le contrôle des dépenses de fonctionnement engagées par l'Association est effectué par le·la Trésorier·e et ce, sous le contrôle du ou de la Président·e de l'Association.

Article 14 – Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est constitué :

- Des membres du Bureau
- De représentants des professionnels de santé libéraux élus au sein des différents sous-collèges du collège 1 des membres actifs (19 postes)

3 médecins généralistes

3 Infirmier·es

3 pharmaciens

2 kinésithérapeutes

1 médecin spécialiste d'une autre spécialité que la médecine générale

1 chirurgien

1 sage-femme

1 dentiste

1 biologiste

1 orthophoniste

1 pédicure-podologue

1 orthoptiste

- De représentants des professionnels de santé salariés élus parmi les représentants du collège 2 des membres actifs (2 postes)
- De représentants des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales élus parmi les représentants des membres associés (collège 3 de l'association) (2 postes)

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour **3 ans** à la **majorité simple, et par scrutin secret lors de l'Assemblée générale par les différents collèges ou sous-collèges professionnels.**

Le vote par procuration est autorisé dans les limites définies pour chaque type de membres.

Au cours du **premier mandat** de 3 ans, suivant la création de l'association, **4 sièges du collège des professionnels de santé libéraux seront réservés à des membres fondateurs.**

A partir de la quatrième année de création de l'association, le Conseil d'Administration se renouvelle au sein de chaque collège.

Les membres sortants sont **rééligibles.**

En cas de vacance d'un poste au Conseil d'Administration entre deux Assemblées générales, ledit Conseil pourvoit provisoirement au remplacement du ou de ses membres, sans être dans l'obligation de respecter la représentation des trois collèges. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire.

Le conseil d'administration se réunit au moins 2 fois par an, sur convocation du (de la) Président(e).

Il prépare le projet de santé, les initiatives de la CPTS ainsi que leur budgétisation, qui seront soumis au vote de l'Assemblée Générale. Il en assure le suivi.

Article 15 - Assemblées Générales

15.1 Dispositions communes

- Les membres fondateurs possèdent chacun 2 voix lors de chaque vote. Cette pondération est exclusivement applicable à la qualité de membre fondateur, uniquement pour les 3 premières années de fonctionnement de l'association et dans l'objectif d'accompagner au mieux le projet de l'association. Au-delà des 3 premières années, chaque membre fondateur disposera d'une seule voix lors de chaque décision collective
- Les membres actifs possèdent chacun une voix lors de chaque vote.
- Les membres associés n'ont pas le droit de vote (voix consultative).
- Les membres d'honneur n'ont pas le droit de vote (voix consultative).

15.2 Assemblées Générales Ordinaires

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association à quelque titre qu'ils soient.

15.2.1 Pouvoirs

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins 1 fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice social et chaque fois que nécessaire, à l'initiative du ou de la Président-e de l'Association. Les convocations sont envoyées par le-la secrétaire général-e au moins 15 jours avant la date retenue. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations. Chaque membre devra informer de sa participation.

L'Assemblée Générale définit les grandes lignes d'action de l'Association.

Le(La) Président(e) de l'association présente un rapport moral.

Le(La) Trésorier(e) Général(e) présente un rapport financier.

Le rapport moral et le rapport financier sont soumis au vote de l'Assemblée Générale.

Le rejet du rapport moral et/ou du rapport financier par une majorité de suffrages exprimés entraîne la démission d'office du Bureau et l'organisation sans délai d'une élection de nouveaux titulaires pour les postes du Bureau.

L'assemblée est compétente pour :

- approuver le rapport moral,
- approuver le rapport financier ainsi que, le cas échéant, le rapport du Commissaire aux comptes sur l'exercice clos

- adopter l'affectation des résultats
- approuver le budget prévisionnel de l'exercice suivant et donne quitus de leur gestion aux membres du bureau
- procéder au renouvellement du bureau selon les dispositions prévues aux présents statuts
- procéder au renouvellement du Conseil d'administration selon les dispositions prévues aux présents statuts
- L'Assemblée Générale Ordinaire autorise le Bureau à signer tous actes, à conclure tout engagement, et à contracter toute obligation qui dépassent le cadre de ses pouvoirs statutaires.
- Elle vote l'autorisation de rémunérer les dirigeant-es conformément à la réglementation en vigueur.
- modifier le règlement intérieur si nécessaire
- délibérer sur toutes les autres questions inscrites à l'ordre du jour.
- Des questions diverses peuvent être soulevées par tout(e) membre de l'Assemblée Générale selon des modalités fixées par le Règlement Intérieur.

15.2.2 Quorum et majorité

L'Assemblée Générale Ordinaire peut valablement délibérer, à la condition de réunir un quorum représentant au **minimum 1/3 des membres fondateurs et actifs de l'Association, présents ou représentés.**

Les votes en Assemblée Générale se font sur mandats. Tout membre dispose d'un mandat et peut disposer de 2 mandats au maximum donnés par d'autres membres pour les membres fondateurs, et 1 mandat maximum donnés par d'autres membre pour les membres actifs

Les votes hors élections se font à main levée sauf si l'un des membres demande le vote à bulletin secret.

Les décisions sont prises à la **majorité absolue (50% des voix + 1 voix)** des suffrages exprimés par les membres fondateurs et actifs possédant une ou plusieurs voix délibératives, présents ou représentés, sauf pour le vote concernant la rémunération des dirigeants qui doit se faire à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du ou de la Président-e de l'Association est prépondérante.

Dans l'hypothèse où le quorum ne serait pas atteint sur la base de la première convocation, le-la Président-e de l'Association s'engage à convoquer et à tenir une nouvelle séance dans les 15 jours. A défaut d'obtention du quorum lors de cette seconde séance, les délibérations feront l'objet d'un vote à la majorité relative des membres de l'association présents ou représentés.

Les décisions des Assemblées Générales s'imposent à tous les membres, y compris absents ou représentés.

15.3 Assemblées Générales Extraordinaires

15.3.1 Pouvoirs

L'Assemblée Générale Extraordinaire a compétence pour procéder, sur **proposition du Bureau et/ou du-de la Président-e de l'Association, ou des 2/3 des membres à jour de leur cotisation**, à la **modification des statuts**, à la **dissolution** de l'Association et à la **dévolution de ses biens**, à la **fusion ou transformation** de l'Association et à la création d'une filiale, d'un fonds de dotation ou de toute autre structure ayant un lien direct avec l'Association.

Elle est convoquée chaque fois que nécessaire, à l'initiative du-de la Président-e de l'Association.

Les modalités de convocation sont les mêmes que pour l'Assemblée Générale ordinaire.

15.3.2 Quorum et majorité

L'Assemblée générale extraordinaire peut valablement délibérer, à la condition de réunir un **quorum représentant au minimum la moitié des membres fondateurs et actifs de l'Association, présents ou représentés.**

Les décisions sont prises à la **majorité qualifiée des 2/3 des suffrages exprimés par les membres fondateurs et actifs, présents ou représentés, sauf pour la dissolution où la majorité des deux tiers des membres est requise.**

Article 16 – Instances

Le Bureau et l'Assemblée Générale seront constitués lors de l'installation de l'association. D'autres instances pourront être mises en place comme notamment un Conseil d'Administration si les membres de l'association en font la demande.

Dans chaque instance créée, au moins la moitié des sièges plus un est occupée par des professionnels de santé libéraux.

Article 17 – Indemnités

Les membres de l'Assemblée Générale peuvent percevoir au titre de leurs fonctions le remboursement des frais de déplacement et de séjour, dans les conditions **fixées par le Règlement Intérieur**. Celui-ci peut également prévoir l'attribution d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la perte de ressources entraînée par ces fonctions. Des justificatifs doivent être produits qui font l'objet de vérifications.

Cette indemnité est fixée, dans la limite d'un plafond déterminé en fonction des stipulations conventionnelles de la profession relative aux indemnités de participation aux commissions paritaires. Un arrêté du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de la sécurité sociale fixe

ce plafond par profession.

La somme totale de ces indemnités perçues durant une année civile ne peut excéder deux fois la valeur du plafond annuel de sécurité sociale.

Les fonctions de membre du Conseil d'administration sont par défaut bénévoles
Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat peuvent être prises en charge selon les modalités figurant au règlement intérieur.

Par ailleurs un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration **peuvent être rémunérés pour leurs fonctions de dirigeant d'Association dans les conditions légales autorisées.**

Les modalités de cette rémunération sont alors soumises chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale ordinaire, à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire doit faire mention des rémunérations, des remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation payés à chacun des membres du Conseil d'Administration.

Article 18 – Exercice social

L'exercice social commence le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année civile.

A titre exceptionnel, le premier exercice social débutera à la date de l'enregistrement des statuts et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Article 19 – Comptabilité et comptes annuels

Il est tenu une comptabilité selon les normes du plan comptable et faisant apparaître annuellement un bilan, un compte de résultat et, le cas échéant, une ou plusieurs annexes.

Les comptes annuels sont tenus à la disposition de tous les membres, avec le rapport de gestion si nécessaire, le rapport financier et le rapport du ou de la commissaire aux comptes, pendant les quinze jours précédant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

Article 20 – Commissaires aux comptes

En tant que de besoin, le Bureau peut nommer – si nécessaire - un-e commissaire aux comptes titulaire, et un-e commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale. **Le commissaire aux comptes et son suppléant ne peuvent être membres de l'Association**

Le-la commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il-Elle établit et présente, chaque année, à l'Assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE CINQUIEME – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21 – Dissolution

La dissolution de l'Association est proposée à l'Assemblée Générale Extraordinaire par :

- **Le-La Président-e de l'Association,**
- **Ou par une décision à la majorité simple du Bureau et/ou à la demande des 2/3 des membres de l'association à jour de leur cotisation,**
- **Elle nécessite la majorité des 2/3 des mandats présents ou représentés**

En cas de dissolution prononcée selon les modalités prévues à l'article 14.3, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un-e ou plusieurs liquidateurs ou liquidatrice chargé-es des opérations de liquidation.

A la clôture des opérations de liquidation, elle se prononce sur la dévolution de l'actif net conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

En aucun cas, les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer, en dehors de la reprise de leurs apports, une part quelconque des biens de l'Association.

Article 22 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur, **établi par le Bureau, qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale,** précise et complète, en tant que de besoin, les dispositions statutaires relatives au fonctionnement de l'Association

L'adhésion aux statuts emporte de plein droit adhésion au règlement intérieur.

Article 23 – Modification des statuts

Les modifications statutaires doivent faire l'objet d'une **Assemblée Générale extraordinaire** convoquée à cet effet. **Les modifications doivent obtenir la majorité des 2/3 des mandats présents ou représentés.**

Toutes modifications des statuts **seront déclarées dans les trois mois à la Préfecture** et seront inscrites sur le registre spécial prévu dans le cadre des dispositions légales.

A cet effet, le-la Président-e de l'Association ou le secrétaire remplira les formalités de déclarations et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

FAITS EN 3 ORIGINAUX, dont 1 pour être déposé (ou déposés) à la Préfecture de Tarbes, et 2 pour être conservés au siège social de l'Association.

Le·La Président·e

Le·La Secrétaire


Eva DECOTTE


Helene BEGARIES

certifié conforme
le 18/01/2020





Règlement intérieur

CPTS Tarbes Adour

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur a pour objectif de préciser et de compléter les statuts de l'association CPTS Tarbes Adour dont l'objet est décrit dans l'article 3 des statuts.

Il fixe les conditions de travail collaboratif des membres et les modalités pratiques de fonctionnement interne de l'association représentant la CPTS Tarbes Adour qui exerce les activités de coordination et coopération territoriales entre professionnels conformément à l'article L4041 – 2 du CSP.

Les membres du Conseil d'administration de la CPTS s'obligent à respecter et à faire respecter le présent règlement intérieur, prévu dans lesdits statuts de l'association. Ce règlement a même valeur juridique que les statuts de l'association CPTS Tarbes Adour, et tout membre y contrevenant s'expose aux sanctions prévues dans les statuts.

Tout nouveau membre de l'association devra adhérer purement et simplement à ce règlement intérieur et le respecter.

Le présent Règlement intérieur pourra être modifié sur proposition du bureau par une Assemblée générale ordinaire, selon les modalités de vote prévus par les statuts (article 15.2)

ARTICLE 1 – PROJET DE SANTE et Objet de l'association

Lors de l'adhésion à l'association, chaque membre devra avoir pris connaissance des statuts (en particuliers , l'article 3 , qui définit l'objet) ainsi que le présent règlement intérieur.

Dans ce contexte , le projet de santé associatif se décline en missions socles portées par des groupes de travail qui évolueront en fonction de la maturité et du temps .

Les travaux d'un groupe de travail définis par des fiches-actions doivent être en continuité avec l'ACI (accord conventionnel inter-professionnel) de la CPTS Tarbes Adour

Le groupe de travail a pour objectif de définir des actions à mener autour de sa thématique de mission socle préétablies par le conseil d'administration.

Un référent de groupe de travail, désigné par ses pairs dont la fonction est définie ci-après, aura la charge de faire le lien avec le coordinateur (ou à défaut le bureau) qui fera le lien avec le Conseil d'Administration.

Les 3 missions socles initiales sur lesquelles s'appuie le projet de santé, et portées par les groupes de travail sont les suivantes:

Mission socle 1 - Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

- Faciliter l'accès à un médecin traitant
- Améliorer la prise en charge des soins non programmés

Mission socle 2 - La mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

Mission socle 3 - La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention

Ces missions pourront être amenées à évoluer en fonction notamment des besoins identifiés du territoire couvert par la CPTS et des ACI.

La modification des groupes de travail peut s'envisager selon les évolutions du projet de santé préparé par le Conseil d'Administration qui soumet ses propositions en Assemblée Générale.

ARTICLE 2 – FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement est précisé dans le titre quatrième des statuts, articles 9 à 20.

Le personnel salarié éventuel (secrétaire, coordinateur, référent etc...) est géré par le coordinateur sous la responsabilité du président, ou à défaut, les membres du bureau de la CPTS.

La CPTS assumera les salaires, charges sociales et indemnités relatifs à ses salariés.

La communication avec la CPTS peut se faire :

Par internet :site Facebook CPTS Tarbes Adour

Par mail: tarbesadourcpts@gmail.com

ARTICLE 3 - COTISATIONS

La cotisation annuelle est fixée à 10 Euros. Elle pourra être révisée chaque année lors de la réunion du Conseil d'administration notamment lors de la présentation des rapports moraux et financiers dans les perspectives de l'année suivante.

Le versement de la cotisation est à renouveler chaque année civile.

Toute cotisation versée à l'association est définitivement acquise.

Aucun remboursement ne peut être exigé en cas de démission, exclusion ou décès.

ARTICLE 4 - INDEMNISATION

Les responsables de chaque groupe de travail (ou référents de groupe de travail) sont responsables de la gestion de leur budget de coordination dans le cadre des projets qui ont été définis et pour lesquels ils ont été désignés comme délégués.

Il est prévu que chaque présence aux réunions puisse donner l'objet à une indemnisation forfaitaire de 100 Euros par réunion dont la durée est de plus d'une heure, dans la limite du budget de la CPTS.

Cette indemnisation est un dédommagement pour perte d'activité et le remboursement des frais de déplacement.

Les membres du bureau pourront percevoir également une indemnité pour perte d'activité dont les modalités sont à définir en Conseil d'administration et à ajouter au Règlement Intérieur une fois la décision validée.

Il est possible de renoncer à une indemnisation et d'en faire don à l'association en vue d'une réduction d'impôt sur le revenu (Art 200 du CGI).

Le règlement des indemnités est conditionnée par

- La liste d'émargement remplie
- Du document de synthèse et/ou du compte rendu de la réunion.
- RIB.

Paiement: Il pourra être effectué par le coordinateur ou le trésorier de la CPTS, ou toute personne missionnée par le bureau et validée par le CA

ARTICLE 5 - MISSIONS DES REFERENTS DE GROUPE DE TRAVAIL

L'organisation des réunions de coordination est laissée à l'initiative des référents de groupe de travail.

Ils ont un rôle moteur au sein du groupe, ils doivent:

- participer activement à la rédaction ou l'amélioration des projets de son groupe de travail
- coordonner les actions du groupe de travail
- être en lien avec le le coordonnateur ou à défaut le bureau pour assurer une bonne coordination entre les différents groupes

de travail et une information régulière du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale Ordinaire au minimum 1 fois par an

- présenter à l'Assemblée Générale Ordinaire un bilan des activités de son groupe de travail

Le référent peut inviter toute personne physique ou morale non-membre s'il juge sa présence utile au bon déroulement du groupe de travail.

ARTICLE 6 - COORDINATEUR

Le coordinateur de l'association est salarié de l'association CPTS Tarbes Adour.

Sa fiche de poste est fixée par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration informe l'Assemblée Générale de tout changement dans la fiche de poste du coordinateur.

Le coordinateur doit faire un rapport d'activité au Conseil d'Administration au moins une fois par an.

Il peut être présent à toutes les réunions que prévoit l'association pour accompagner celle-ci.

ARTICLE 7 - VIE DE L'ASSOCIATION

Les membres de l'association auront la charge de faire vivre le travail coordonné dans le soin, par de là les projets portés par l'association.

De la même manière qu'ils pourront utiliser les outils mis en place par la CPTS, ils devront, autant que possible, utiliser les outils nu-

mériques ou non numériques de coordination autour du patient, afin de faciliter sa prise en charge au quotidien. Ces outils seront mis à disposition par l'association ainsi que leur mode d'emploi.

ARTICLE 8 - MODIFICATION DU REGLEMENT INTER-IEUR

Le Règlement intérieur, établi par le Bureau, doit être approuvé par l'Assemblée Générale,

Toute modification du règlement intérieur est présentée en Assemblée Générale.

Le Règlement Intérieur ainsi que toutes modifications sont communiquées au commissaire aux comptes.

ANNEXE : Liste des membres Fondateurs

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité	Ville d'exercice	Structure d'appartenance
ASTUGUEVIEILLE Robert	Pharmacien	Sanitaire	Tarbes	URPS pharmaciens Pharmacie
BEGARIES Hélène	IDEL- Asalee	Sanitaire	Barbazan-Debat	ESP Aureilhan MSP Barbazan-Debat Cabinet de groupe Pr Meste
BELLO Marie-Pierre	IDEL	Sanitaire	Tarbes	cabinet libéral
CAZALE Paul	Médecin généraliste	Sanitaire	Barbazan-Debat	MSP Barbazan-Debat
DECOTTE Eva - Porteur projet	Médecin généraliste - URPS	Sanitaire	Aureilhan	ESP Aureilhan URPS médecins libéraux cabinet libéral
EMMANUELIDIS Hermès	Médecin Généraliste	Sanitaire	Tarbes	cabinet de groupe médecine générale
GAVIGNIAUX Carole	IDEL - URPS	Sanitaire	Tarbes	URPS infirmier ESP Aureilhan cabinet libéral
GEHIN-WIBAUX Nathalie	Médecin Généraliste	Sanitaire	Tarbes	MSP Foirail
KOURIO Amandine	Médecin Généraliste	Sanitaire	Tarbes	Cabinet libéral
LEGRAND Michaël	IDEL	Sanitaire	Tarbes	cabinet libéral
LE PAN Benoît	Pharmacien	Sanitaire	Tarbes	Pharmacie
LUCIEN Jean-Claude - Porteur de projet	Médecin généraliste	Sanitaire	Tarbes	URPS Médecins libéraux Cabinet libéral
MALEVILLE Lucas	Médecin généraliste	Sanitaire	Tarbes	MSP foirail
MANCHO Christophe	IDEL	Sanitaire	Tarbes	cabinet libéral
MASSON Gérard	IDEL	Sanitaire	Tarbes	cabinet libéral
Pr MESTHE Pierre	Professeur de Médecine général - Asalee	Sanitaire	Tarbes	Cabinet de groupe de médecine générale
PAIN Marine	Masseuse-Kinésithérapeute	Sanitaire	Barbazan-Debat	MSP Barbazan-Debat
PERE Fanny	IDEL	Sanitaire	Tarbes	cabinet libéral