

PROJET DE SANTÉ

CPTS Coordination Santé Marseille 2 & 3

2022-2027



48 rue de la république - 13002 MARSEILLE

Table des matières

1. PRÉSENTATION DE LA CPTS1

- 1.1. Introduction3
- 1.2. Structure juridique porteuse du projet5

2. CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS 6

- 2.1. Description du territoire du projet 6
- 2.2. Identification Analyse de l'offre existante du territoire et articulation avec la CPTS 16
- 2.3. Modalités existantes de travail et de communication 19

3. ORGANISATION DE LA CPTS22

- 3.1. Professionnels de santé membres de la CPTS22
- 3.2. Description de l'organisation de la gouvernance du projet23
- 3.3. Fonctionnement opérationnel de la coordination26
- 3.3. Information et communication26
- 3.5. Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS : les grandes étapes27
- 3.6. Liste des services / Établissements et structures partenaires de la CPTS32

4. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS35

- 4.1. Missions de la CPTS35
- 4.2. Actions e-santé envisagées dans le projet37

5. FICHES ACTION39

- 5.1. FICHE N° 1 : FACILITER L'ACCES AU MEDECIN TRAITANT39
- 5.2. FICHE N° 2 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES SNP43
- 5.3. FICHE N° 3 : PARCOURS DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 46
- 5.4. FICHE N° 4 : PARCOURS DU PATIENT BPCO50
- 5.5. FICHE N° 5 : DEVELOPPER DES ACTIONS TERRITORIALES DE PREVENTION53
- 5.6. FICHE N° 6 : DEVELOPPER LA QUALITE ET LA PERTINENCE DES SOINS 60
- 5.7. FICHE N° 7 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTE64
- 5.8. FICHE N° 8 : PARTICIPATION A LA REPONSE AUX CRISES SANITAIRES 67

6. ANNEXES70

1. Présentation de la CPTS

1.1. Introduction

La définition d'une CPTS est stipulée dans l'instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux Équipes de Soins Primaires (ESP) et aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :

« Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle. Le projet ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. C'est une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leurs patientèles habituelles ».

Nous avons pris conscience, depuis cette crise sanitaire, qu'il devient incontournable d'essayer de restructurer et d'améliorer la prise en charge des patients en médecine de ville en se recentrant sur l'organisation et l'optimisation des parcours de soins. Ce défi organisationnel passe également par la prévention et la promotion de la santé.

De ce fait, l'équipe projet de notre CPTS travaille depuis trois années à créer des liens entre les professionnels libéraux et l'ensemble des acteurs de santé de son territoire.

Par exemple, en se positionnant partie prenante dans le projet « Corehsan » de l'hôpital Européen ou en intervenant dans les centres de vaccination en sollicitant et gérant le planning des professionnels de santé libéraux pour ces structures.

Notre projet de CPTS a pris naissance lors d'une réunion d'information du 25 juin 2020 organisée par l'URPS Infirmière PACA à Marseille :

Nous nous sommes rencontrés entre infirmiers du même secteur d'activité, nous avons échangé sur nos problématiques de terrain (comme la précarité des patients, les médecins généralistes ne se déplaçant plus au domicile des patients dépendants ...) et avons décidé ensemble de lancer le projet de l'association CPTS 2 & 3^{ème} arrondissement de Marseille.

Durant le second semestre 2020, l'équipe porteuse du projet initial a mûri sa réflexion et dessiné les grandes lignes du projet, en recensant les attentes et les besoins de la population et en travaillant à fédérer les professionnels de santé du territoire.

Elle a également engagé une démarche pédagogique de communication de ses missions et de ses futures actions.

Les deux années durant lesquelles est survenue une crise sanitaire exceptionnelle ont bouleversé les agendas et conduit la CPTS à innover et à mettre en place une organisation territoriale en un temps réduit.

Dans une démarche d'inclusivité, l'association se voudra le plus pluridisciplinaire possible, avec pour premier objectif d'être représentative de l'ensemble des adhérents de la CPTS.

Il est au cœur des valeurs de notre CPTS que chaque profession se sente représentée et de ce fait concerné par les directions prises et les actions envisagées. Une fois l'intention du projet de CPTS 2 & 3^{ème} initiée, nous avons organisé en juillet 2020 une réunion d'information (qui a été un peu tardive suite à la crise sanitaire) dont le but était de fédérer de nouveaux professionnels de santé, de les informer du projet et de rencontrer d'autres professionnels de santé intéressés pour intégrer l'équipe et participer à la création de cette CPTS.

La gestion de la crise sanitaire a renforcé la légitimité du projet de la CPTS du 2 & 3^{ème} de Marseille. Notre communauté a, de surcroît, forgé son ambition pour :

- Être au service d'un meilleur soin, en faciliter l'accès et permettre un meilleur accompagnement des patients dans la médecine de ville pour éviter le renoncement aux soins,
- Permettre de réduire les délais de prise en charge des patients au sein des structures existantes des secteurs prédéterminés pour les soins non programmés et c'est un défi organisationnel,
- Inciter l'installation de nouveaux professionnels de santé sur notre territoire,
- Réduire les risques de complication du diabète de type 2 et du patient BPCO,
- Faire le relais des actions prioritaires de prévention, dépistage et promotion de la santé au regard des besoins du territoire,
- Développer la qualité et la pertinence des soins,
- Organiser la réponse aux crises sanitaires,

C'est donc un projet d'organisation qui a déjà fait ses preuves que nous vous présentons ici.

1.2. Structure juridique porteuse du projet

La structure juridique choisie par les professionnels de santé du territoire est l'association régie par la loi du 1er juillet 1901, constituée le 20 octobre 2020 et déclarée en préfecture le 24 octobre 2020.

Cette association porte le nom de CPTS Coordination Santé Marseille 2 & 3^{ème}

Nom de la structure	CPTS COORDINATION SANTÉ MARSEILLE 2 & 3^{ém}
Type de structure	Association loi 1901
Numéro siret	89458248500013
Coordonnée de la structure	48 rue de la république 13002 MARSEILLE Mail : cptsmarseille2et3eme@gmail.com
Représentants légaux de la structure	Présidente : Mme Laurence MAESTRAGGI, Infirmière libérale Tél : 06 18 94 60 46 Mail : laurencemaestraggi@yahoo.fr Co-Présidente : Mme Naouel HELLOUB, infirmière libérale/IPA Tél : 07 61 20 49 61 Mail : naouel.helloub@yahoo.com
Coordination	Binôme : Mmes Naouel HELLOUB Laurence MAESTRAG Mme Diane LAPRAS : en cours de recrutement

2. CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS

2.1. Description du territoire du projet

2.1.1. Le territoire



Communes retenues	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage Médecin spécialiste en médecine générale Zones sous-denses (ZIP / ZAC)
BOUCHES-DU-RHÔNE				
Marseille 2e Arrondissement	13202	24 874	2	ZAC
Marseille 3e Arrondissement	13203	50 982	1	ZAC
Totaux	2 commune(s)	75 856 habitants	3 QPV*	2 sur 2

* Plusieurs communes peuvent se partager un même QPV ce qui peut surévaluer le total présenté.

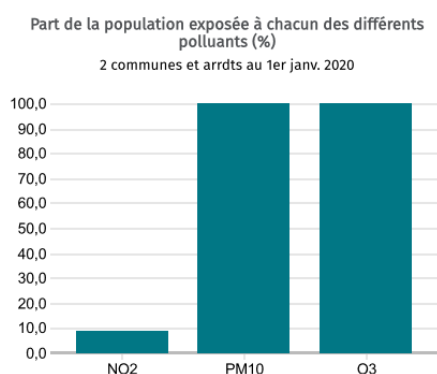
Source REZONE CPTS août 2022

Une population sous-estimée par les données statistiques :

Les 2 et 3^{ème} arrondissements de Marseille regroupent 75856 habitants, le 3^{ème} étant deux fois plus peuplé que le 2^{ème}. A cette population recensée s'ajoutent des catégories qui échappent à tout recensement et sont nombreuses dans ces arrondissements de Marseille : personnes sans abri ou sans chez soi, jeunes en errance, migrants, les demandeurs d'asile, personnes en situation irrégulière, gens du voyage (d'après le recensement ASSAb, en 2019 à Marseille, 14 075 personnes se sont retrouvées en situation d'être sans abri dont 33 % des sont des femmes et des mineurs ; 89 % des personnes identifiées en 2019 n'étaient pas recensées en

2016 ; 47 % des personnes à la rue depuis au moins trois ans ont plus de 50 ans). A cela, il faut ajouter les touristes dont le nombre est estimé à 8 millions par an.

Des contraintes environnementales fortes :



Source : Air PACA - 2017

Part de la population exposée à chacun des différents polluants (%)

Indicateurs	2 communes et arrdts au 1er janv. 2020	Paca
NO2 (%)	8,8 ▲	2,9
PM10 (%)	100,0 ▲	46,9
O3 (%)	100,0	100,0

Source : Air PACA - 2017

Le territoire densément peuplé, est traversé par d'importants axes de circulation routière (notamment autoroute A55), et est exposé également à la pollution portuaire au moins pour ce qui est du 2ème arrondissement.

En conséquence, on enregistre une pollution de l'air : exposition aux particules fines (PM 10), à l'ozone (O3) et au dioxyde d'azote (NO2). Il est à noter que les particules fines sont identifiées comme responsables d'affections respiratoires et d'une augmentation des morbidités cardiovasculaires. Elles ont une incidence sur la mortalité à long terme par effet mutagènes et cancérigènes.

2.1.2. Socio-démographie : des fragilités démographiques et économiques

La population, notamment celle du 3ème arrondissement, est très défavorisée sur le plan social et économique, et les indicateurs de santé s'en ressentent fortement.

Une population jeune et très familiale, modeste voire précaire :

La population est jeune, elle a augmenté de 16% entre 1999 et 2019 soit plus que la région dont l'augmentation a été de 12%.

Evolution de la population municipale

Périodes	2 communes et arrondissements	Paca
1999	66 289	4 506 865
2008	70 742	4 882 913
2013	69 332	4 953 675
2019	77 009	5 081 101

Source : Insee, RP

Le taux de natalité au sein des 2 et 3^{ème} arrondissements était en 2019 près du double du taux régional : 20 ,0 versus 11,1 (région Paca).

Les indicateurs de fragilité sociale de cette population peuvent être qualifiés d'alarmants, avec des taux élevés de personnes de plus de 75 ans vivant seules, de familles monoparentales, de personnes sans diplôme et de personnes de nationalité étrangère :

Source : Insee, RP - 2019

Démographie - Structure de la population

Total

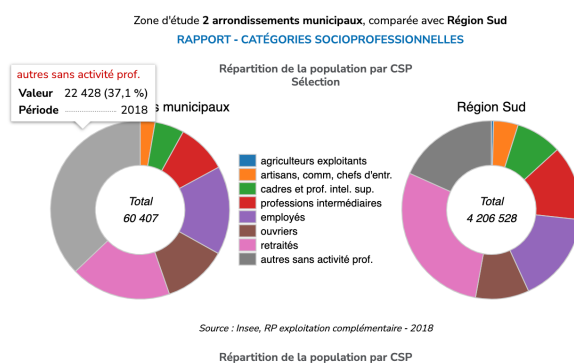
Indicateurs	2 communes et arrondissements	Paca
Part des moins de 20 ans (%)	26,6 ▲	22,4
Part des 65 ans ou plus (%)	15,3 ▼	22,9
Part des 75 ans ou plus (%)	7,5 ▼	11,2
Indice de vieillissement (pour 100 jeunes de moins de 20 ans)	57,3 ▼	102,5

La proportion de familles avec trois enfants et plus est très supérieure, à 17 % versus 7,7 % au niveau de la région PACA.

L'emploi sur le territoire du 2 & 3^{ème} se distingue de la ville de Marseille essentiellement par une plus faible proportion de cadres et un plus fort contingent d'ouvriers ainsi que de catégories « autres » (ex. auto-entreprise...). Les emplois se localisent dans le tertiaire bien plus qu'en moyenne régionale.

En outre, avec 6826 chômeurs, le territoire affichait en 2019 un taux de chômage de près de 25 %, supérieur à la moyenne régionale et à celui de Marseille dans son ensemble.

Outre les chômeurs, il y a une forte proportion d'inactifs : sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus, le taux d'inactifs en 2018 est de plus 55 % :



Des revenus faibles, une précarité élevée :

49 % des ménages ont des revenus composés à plus de 50 % de prestations sociales en 2015. De même, en 2020, la part des bénéficiaires de la CMUC, à 31,8 %, est très au-delà de celle de la ville de Marseille (à 19,3 %).

Le territoire de la CPTS comporte 2 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) :

- La Cabucelle dans le 2^{ème} arrondissement : 18 666 personnes (données 2013)
- La partie Nord du grand QPV « Centre-Ville Canet Arnavaux Jean-Jaurès » : 43 855 personnes (2013), dont environ 21 000 dans le 3^{ème} arrondissement.

Si l'on rapporte ces nombres à la population 2013 des 2 et 3^{ème} arrondissements, environ 58 % de la population de ces arrondissements réside en quartier prioritaire.

Le revenu médian par foyer est très faible, à 14 880 € par an dans le 2^{ème} et 12 630 € dans le 3^{ème}, pour un revenu médian de 19 010 € sur Marseille (données 2018).

Le logement est caractérisé par une proportion de HLM légèrement supérieure à celle de Marseille dans son ensemble (16,1%). Ces arrondissements sont un peu à la jonction entre la forte concentration HLM des quartiers nord et l'habitat ancien souvent vétuste du centre-ville. Au sein du 2^e arrondissement, les immeubles récents ou rénovés de La Joliette expliquent un pourcentage non nul de résidences secondaires ou occasionnelles.

Indicateurs	Logement Taux	
	2 communes et arrondissements	Paca
Résidences principales en HLM (%)	17,5 ▲	11,6
Résidences principales occupées par des locataires (%)	75,3 ▲	42,4
Résidences secondaires ou logements occasionnels (%)	4,4 ▼	17,8

Source : Insee, RP - 2019

2.1.3. État de santé du territoire

● **Des indicateurs de santé dégradés :**

Les indicateurs de mortalité 2012-2016 ne sont plus disponibles au niveau des arrondissements sur le site Sirse Paca de l'ORS Paca.

Sur la ville dans son ensemble, on retrouve une surmortalité significative en matière de mortalité prématurée, ainsi que de mortalité par :

- Maladies de l'appareil respiratoire, dont surmortalité par asthme,
- Maladies infectieuses chez les hommes, dont hépatites virales chez les hommes
- Cancer du poumon chez les hommes

Ce profil de mortalité résulte probablement de l'intrication de facteurs environnementaux (pollution, mal logement) et comportementaux (addictions, tabac...).



Une forte proportion de diabétiques :

Selon une récente étude (*Claude Jaffiol de l'Académie de Médecine*), le diabète est 3 à 4 fois plus fréquent dans les populations en situation de précarité. Dans cette pathologie, l'accès aux soins est primordial.

Chez les 35-59 ans, la prévalence du diabète chez les personnes précaires est de 6 % contre 1 % pour le reste de la population. Le risque de devenir diabétique dans cette tranche d'âge est respectivement 4,2 fois plus élevé chez les hommes et 5,2 fois plus élevé chez les femmes que chez les personnes non précaires.

Chez les 60-80 ans, la prévalence atteint 17 % chez personnes les précaires contre 4 % pour le reste de la population.

Le diabète est davantage présent dans les classes ouvrières que chez les cadres ou catégories socioprofessionnelles supérieures.

18 % des personnes diabétiques de moins de 45 ans sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (*Igas-Rapport n° RM 2012-033P - Évaluation de la prise en charge du diabète - avril 2012*) contre 6 % de la population générale du même âge. Beaucoup renoncent aux soins pour raison financière.

Le diabète de type 2 représente plus de 92% des cas (source HAS). Il apparaît généralement après 40 ans et sa fréquence augmente avec l'âge. Cette augmentation est en partie liée à la progression de l'obésité, à la détérioration des conditions de vie (précarité...), problématiques très présentes sur le territoire de la CPTS.

Il est à noter que la prévalence pharmacologique du diabète traité est très supérieure qu'au niveau régional : indice comparatif de morbidité (ICMb) à 169 en 2019 et même à 183,9 dans le 3eme arrondissement. La prévalence sur les 2e et 3e arrondissements est supérieure à celle de Marseille, dont l'ICMb est à 129,3.

Prévalence pharmacologique du diabète traité chez les 20 ans ou plus

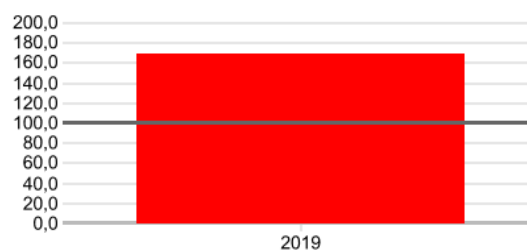
3- ICMb diabète traité (base 100 : Paca) - Total

Indicateurs	2 communes et arrdts au 1er janv. 2020
ICMb diabète traité	169,0

Source : DRSM Paca-Corse - 2019

Indice comparatif de morbidité du diabète traité (base 100 : Paca) de la sélection et significativité

2 communes et arrdts au 1er janv. 2020



■ Signific. + favorable / Paca
■ Non significativement différent
■ Signific. - favorable / Paca — Paca

Source : DRSM Paca-Corse

La prévalence des ALD dans la population consommante est élevée par rapport au département et à la région pour le diabète et notamment les affections psychiatriques graves :

Pathologies Patients consommants(5)	Ter.	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 (6)							
Diabète de type 1 et diabète de type 2 4 885 pat.	6.4%	4.9%	4.9%	5.1%	1.5	1.5	1.3
Affections psychiatriques de longue durée 2 222 pat.	2.9%	2.6%	2.8%	2.4%	0.3	0.1	0.5
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique 1 676 pat.	2.2%	3.6%	4%	3.7%	-1.4	-1.8	-1.5
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves 1 311 pat.	1.7%	2.2%	2.4%	2.2%	-0.5	-0.7	-0.5
Maladie coronaire 1 274 pat.	1.7%	2.2%	2.5%	2.2%	-0.5	-0.8	-0.5
Sélection via le ciblage							
Insuffisance respiratoire chronique grave 522 pat.	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%	0.1	0	0.1

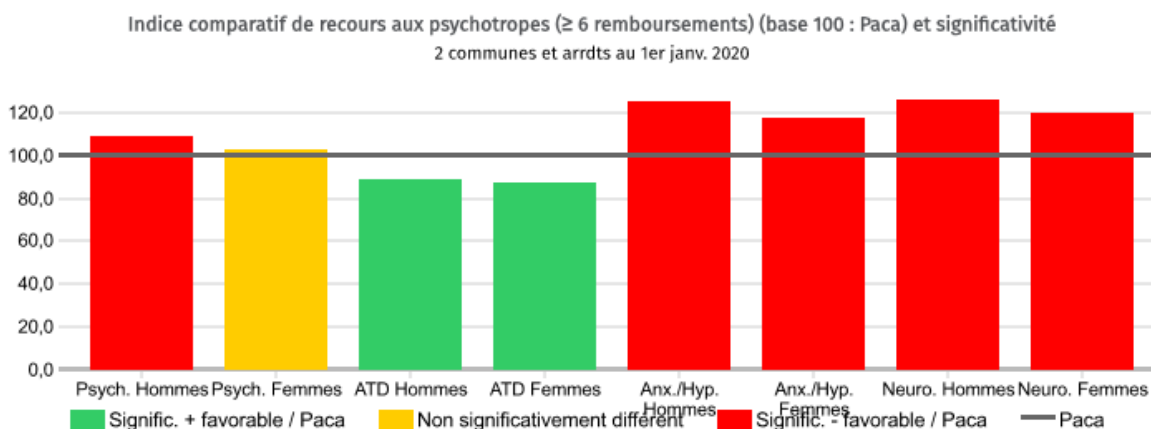
(5) Pathologies patients consommants : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polypathologie (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue

(6) Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur la CPTS projetée
source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Une forte consommation de médicaments, notamment de psychotropes :

L'indice comparatif de recours aux psychotropes est moins favorable qu'en moyenne PACA chez les hommes. Si le recours aux antidépresseurs est significativement moindre qu'en Région en revanche le recours aux anxiolytiques – hypnotiques et aux neuroleptiques est élevé dans les deux sexes, cette dernière classe témoignant de pathologies psychiatriques graves.

On remarque également que les recours aux anxiolytiques- hypnotiques et aux neuroleptiques sont plus importants chez les hommes que chez les femmes



La population bénéficiaire peu des actions de prévention médicalisée :

- Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans ou + est de 48,5% en 2021, ce qui est inférieur au taux régional (54,53%).
- On retrouve cette situation pour la vaccination des personnes à risque (-2,5 / BDR ; -7,7/ Fr.).
- -0,8 /BDR -0,3/Région -0,5/ Fr. pour la vaccination contre le méningocoque C
- La participation à la prévention bucco-dentaire est inférieure à la moyenne régionale (-2,6 / BDR).
- La participation au dépistage organisé des cancers est de même très faible :

Dépistage Cancers : Sein

Rapport entre la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein (au moins un remboursement pour les actes CCAM ciblés) et le nombre de femmes entre 50 et 74 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
45.9% 4 122 pat.	60.9%	60.9%	61.6%	-15	-15	-15.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR 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 (FIDES) ou dans les 4 dernières années à l'hôpital (historique disponible PMSI)

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
16.1% 2 599 pat.	27.8%	27.3%	32.3%	-11.7	-11.2	-16.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Dépistage Cancers : Col de l'utérus

Rapport entre la part des 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

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
34.7% 6 702 pat.	47.7%	49.9%	51.8%	-13	-15.2	-17.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

● **Autres indicateurs de santé :**

Insuffisance respiratoire chronique grave	0.7% 522 pat.	0.6%	0.7%	0.6%	0.1	0	0.1
---	------------------	------	------	------	-----	---	-----

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

Logement indigne et BPCO :

Il existe en France plus de 400 000 logements occupés considérés comme indignes, c'est-à-dire insalubres et/ou dangereux.

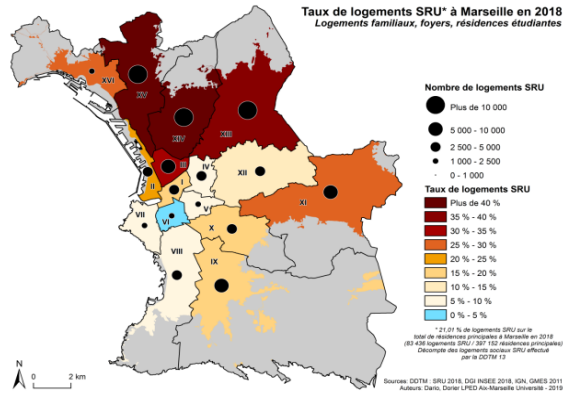
L'habitat indigne recouvre par définition (cf. Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement) :

- des logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ;
- des locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage.

L'habitat, lorsqu'il est insalubre, peut provoquer ou accentuer de nombreuses pathologies, selon l'état du logement et l'utilisation qui en est faite : saturnisme lié aux peintures au plomb dégradées, maladies respiratoires comme la BPCO, maladies infectieuses, mal-être et troubles psychiques...

Si l'on considère, en plus des HLM stricto sensu, l'ensemble des logements pris en compte par la loi SRU, la proportion de logements sociaux est supérieure. La base SRU intègre des logements privés, subventionnés et conventionnés pour une location sociale ainsi que des foyers et/ou résidences services pour retraités, jeunes travailleurs, étudiants, des foyers d'accueil d'urgence.

La carte ci-dessous établie par le Laboratoire Population Environnement Développement (LPED) d'Aix-Marseille université (travail effectué en soutien aux travaux du Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées (HCPLD), pour accompagner son rapport 2019 sur le mal-logement) conclut à un taux de 20 à 25 % dans le deuxième arrondissement et de 35 à 40 % dans le troisième, ce qui répond sans-doute davantage aux besoins.

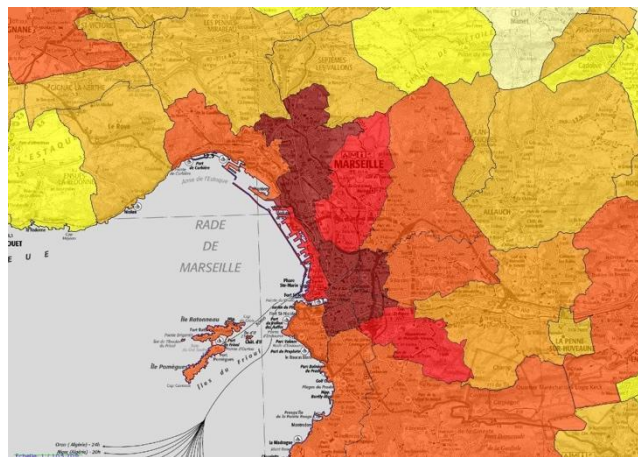


Source Aix Marseille Université, LPEd

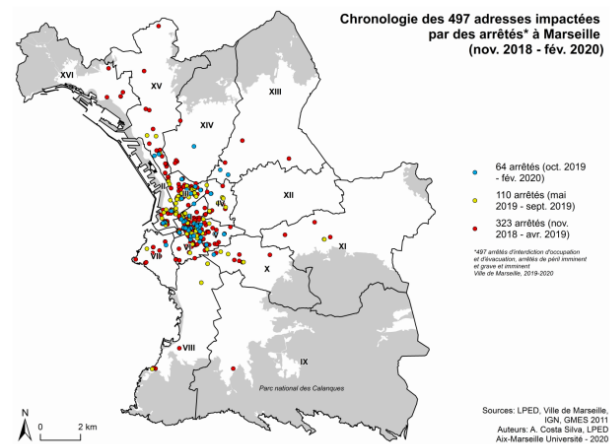
Le parc privé de logements potentiellement indignes est évalué à 34,3 % contre 13,2% sur la commune dans son ensemble et 6,6 % au niveau de la Région (source SirsePaca).

Sur le territoire, comme en centre-ville, la souffrance sociale liée au mal logement a été aggravée temporairement par les évacuations d'urgence faisant suite à l'effondrement des immeubles de la rue d'Aubagne. Ces évacuations ont fortement concerné le deuxième et plus encore le troisième arrondissement, comme le montre la carte ci-dessous (LPEd).

Le mal logement contribue d'aggraver les problèmes respiratoires type BPCO identifiés comme pathologie préoccupante des patients présents sur le territoire de la CPTS.



Source : cartographie DREAL paca, nombre de logements privés potentiellement indignes



Source Aix Marseille Université, LPEd

Le risque iatrogène :

La iatrogénie médicamenteuse est synonyme d'effets indésirables médicamenteux, elle est définie par l'OMS comme "une réaction nocive et non souhaitée à un médicament, survenant à des doses utilisées à des fins de prophylaxie, de diagnostic, ou de traitement."

Les phases d'absorption, de distribution, de métabolisation et d'élimination du médicament sont modifiées chez la personne âgée, et donc la physiologie du vieillissement, modifie la réponse de l'organisme aux médicaments, en allongeant la demi-vie d'élimination plasmatique et les concentrations plasmatiques de nombreux médicaments. Ce qui est responsable, soit d'une augmentation, soit d'une diminution de l'effet des médicaments et cela peut être responsable de phénomènes délétères pour la santé appelés la iatrogénie médicamenteuse [Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. Nursing Clinics of North America. 2017].

Les personnes âgées constituent une population particulièrement exposée aux conséquences iatrogènes des médicaments. Dix pour cent des motifs d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans ont pour cause un effet indésirable d'un ou plusieurs médicaments. Le taux d'évènements iatrogènes augmente avec l'âge, il est deux fois plus fréquent après 65 ans qu'avant 45 ans. Dans une étude américaine [Brennan TA et al, *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients J. Med.* 1991], les patients hospitalisés de plus de 64 ans, qui ne représentaient que 27 % de la population de l'étude, cumulaient 43 % de tous les effets indésirables.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a développé depuis plusieurs années un volet concernant la pertinence des actes, en effet la iatrogénie médicamenteuse représente un coût très élevé ce qui est un véritable enjeu de santé publique.

C'est aussi un thème majeur à travers la stratégie nationale de santé du rapport « Ma santé 2018-2022 ».

Le taux concernant la polymédication continue des 65 ans et plus par au moins 10 molécules distinctes, sur le territoire de la CPTS est très au-delà des taux départemental et régional, ce qui suggère un moins bon état de santé de cette classe de population sur le territoire et exige d'envisager des actions à mettre en œuvre notamment en termes d'actions de prévention du risque iatrogène (Cf. Fiche action N° 6 Qualité et pertinence).

Rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans ou plus

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
26.8% 2 850 pat.	19.7%	17.3%	16.4%	7.1	9.5	10.4

source DCIR/SNDS/SNIRAM (Année 2021)

Un recours suboptimal au système de soins :

- La population recourt significativement plus aux soins de médecins généralistes : indice comparatif de recours (ICR) à 103 pour une base régionale de 100. Mais c'est surtout le recours aux psychiatres qui est élevé, avec un ICR à 109 (janvier 2020).
- Le pourcentage de patients sans médecin traitant est supérieur aux taux départemental et régional, globalement et dans les catégories prioritaires,

- Notamment, les patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) sont plus de 3 fois plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant qu'au niveau du département des Bouches du Rhône (Rezone du 08.08.22) :

Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	58 538	1 726 505	4 369 323	54 449 668	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	18.1% 10 617 pat.	12.3%	11.3%	11.4%	5.8	6.8	6.7
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et en ALD	1.6% 960 pat.	1.2%	1.1%	1.2%	0.4	0.5	0.4
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS	8.3% 4 846 pat.	2.3%	1.7%	1.5%	6	6.6	6.8
70 ans et plus (nombre)	7 579	311 605	892 728	10 024 659	-	-	-
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	7.9% 601 pat.	5.5%	5.3%	5.8%	2.4	2.6	2.1

(3) Patients consommateurs : au moins une consommation dans la période de référence

(4) Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (q'd difficultés d'accès aux soins)
source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

- Le taux de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation est supérieur aux taux du département et de la région,
- La part des admissions directes (sans passer par les urgences) en service de médecine est également inférieure aux taux du département et de la région :

Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommateurs calculé à partir du forfait ATU

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
24.4 13 492 pat.	23.2	23	22.2	1.2	1.4	2.2

source ATIH (Année 2019)

Admissions directes en service médecine

Part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
42.3% 1 844 pat.	43.5%	43%	40.8%	-1.2	-0.7	1.5

source ATIH (Année 2019)

2.2. Identification Analyse de l'offre existante du territoire et articulation avec la CPTS

2.2.1. Les médecins généralistes libéraux

La structure d'âge des omnipraticiens est un peu plus jeune que celle de la région, avec 26,8 % de moins de 40 ans à fin 2019 vs 18,5 % au niveau de la région.

Selon Rezone du 08.08. 2022, le nombre de médecins généralistes est de 97 (31 ont plus de 60 ans et 19 ont plus de 65 ans).

On observe une tendance à la hausse du nombre de MG depuis 2012. Malgré cela, l'activité annuelle moyenne par médecin est sensiblement supérieure à l'activité moyenne régionale, à 6010 actes vs 4700 en moyenne régionale. Cela est corrélé à une consommation moyenne d'actes par bénéficiaire elle-même supérieure à la consommation moyenne régionale : 5,4 actes par personne et par an vs 4,7 en moyenne régionale.

2.2.2. Les médecins spécialistes libéraux

La densité d'offre est faible dans le deuxième arrondissement et plus élevée dans le troisième où elle est au-dessus de la densité régionale (123,3), tout en restant bien en deçà de celle de la commune (180 en 2019).

On relève selon Rezone, le nombre de 106 médecins spécialistes dont 26 ont plus de 60 ans et 13 ont plus de 65 ans.

Certaines spécialités sont absentes (dermatologie, neurologie ...) et beaucoup sont très faiblement représentées : 2 pédiatres, 2 ophtalmologistes, 3 psychiatres, 2 pneumologues, 1 endocrinologue, 1 neurologue...

A noter l'existence d'un centre de santé spécialisé en ophtalmologie, près de l'hôpital européen et sur la rue de la république.

Le recours de la population aux soins de médecins spécialistes concerne annuellement 44,4 % de la population contre 46,2 % en moyenne régionale (source Cartosanté).

Les médecins généralistes et spécialistes exercent plus souvent en secteur 1 qu'en moyenne régionale, à 94,4 % vs 90,3 %.

2.2.3. Les autres professionnels de santé

Une offre de soins de ville inégale, faible pour certaines professions :

En matière de densité d'offre, la densité des médecins et des chirurgiens-dentistes est supérieure à la densité régionale, et les densités des professionnels paramédicaux sont très inférieures à la densité marseillaise et régionale.

L'offre de soins infirmiers est déficitaire : Selon Rezone du 08.08.22 : 85 infirmiers.

La densité des infirmiers libéraux est très en deçà de la densité moyenne régionale (258,9 pour 10 000) et encore plus à la densité globale de Marseille (303,9).

En outre, la démographie des infirmiers libéraux est en baisse depuis 2016 et dans ce contexte l'activité moyenne par infirmier augmente d'année en année, actuellement à 9137 actes par vs 7867 en moyenne régionale. Enfin, l'âge moyen

des infirmiers est plus élevé qu'au niveau régional avec 20,2 % de 60 ans et plus vs 9,9 au niveau de la région.

79 masseurs kinésithérapeutes (densité inférieure à la densité régionale mais densité en croissance).

10 orthophonistes (densité très inférieure à la densité régionale avec leur activité moyenne élevée).

9 sages femmes (densité 2 fois moindre que la densité régionale). Elles réalisent une partie des actes de gynécologie courants (contraception, frottis).

2 orthoptistes, 35 pharmacies, 9 laboratoires, 57 dentistes, 3 pédicures-podologues.

L'offre libérale est complétée par la MSP Peyssonnel, la MSP Vieux port, la MSP Félix Pyat et deux centres de santé polyvalents, réalisant 6,4 % des actes de médecine générale. A noter aussi 2 centres de santé polyvalents, 3 centres de santé dentaires et 2 CDS spécialisés en ophtalmologie.

2.2.4. Offre hospitalière

Une offre de soins en établissement limitée sur le territoire à proprement dit :

Elle est principalement représentée par l'offre de l'hôpital européen, ainsi que 2 structures de dialyse et une antenne SMUR. Il y a donc très peu d'offres de SSR, excepté l'antenne du centre de rééducation de Valmante et pas d'offre de soins de longue durée.

L'offre de psychiatrie publique est elle-même limitée, dépendant du CH Edouard Toulouse. Pour les enfants, elle est complétée par la présence de 2 CMPP, un atelier thérapeutique Belle de mai et une équipe mobile de périnatalité AC Sainte Barbe.

A cela se rajoutent 2 CMPP privés, 2 GEM (Groupe d'entraide de Malades).

En Addictologie, sont présents 2 CAARUD et un CSAPA dans le 3^e arrondissement.

2.2.5. Offre médico-sociale

Une offre médico-sociale très faible, mais une offre sociale importante :

L'offre médico-sociale, aussi bien pour les personnes âgées que handicapées adultes et enfants est également très faible (2 EHPAD, 3 résidences autonomes et 1 foyer de jour avec restauration).

Pour les adultes en situation de handicap : 1 SAMSAH

Il n'existe pas de structure d'hébergement pour adultes handicapés sur le territoire.

Enfants en situation de handicap : 2 Sessad

Il n'existe pas de structure d'hébergement pour enfants handicapés sur le territoire.

En revanche, le territoire est bien pourvu en offre de soutien social : CHRS, centres d'accueil de demandeurs d'asiles CADA, offre d'hébergement d'urgence, associations d'accueil (Cf. Diagnostic de territoire).

2.2.6. Offre de prévention

L'interrogation du site OSCARS du CRES Paca retrouve pour les années 2019 et 2020, 289 actions de prévention se déroulant en tout ou partie sur la ville de Marseille. Les actions ne sont pas répertoriées par arrondissement, beaucoup sont multi thématiques. Ces actions sont conduites par un grand nombre d'opérateurs. Il n'est pas possible de les décrire en détail du fait de leur nombre. Elles couvrent les thèmes ci-dessous :

Thème	
Accidents de la vie courante 5	Cancers 15
Compétences psychosociales 48	Conduites addictives 63
Douleur, Soins palliatifs 3	Environnement 35
Hépatites (VHB - VHC) 36	Maladies chroniques (autres) 46
Maladies infectieuses (autres) 11	Maladies rares 5
Médicament 8	Nutrition (alimentation et activité physique) 71
Politique de santé 17	Précarité 106
Périnatalité - Parentalité 38	Risque routier 7
Santé au travail 40	Santé bucco-dentaire 8
Santé mentale 63	Santé scolaire 23
Sexualité (contraception, IVG) 49	VIH-Sida IST 61
Vaccination 7	Viellissement 17
Violence (dont mutilations sexuelles) 25	

On peut estimer que le territoire de la CPTS, en fonction des profils de population, présente prioritairement des besoins orientés vers les familles jeunes avec enfants : santé gynécologique, parentalité, problèmes éducatifs.

Chez les adultes, on identifie un problème de diabète, de pathologies respiratoires ainsi qu'une souffrance psycho-sociale.

Certains indicateurs orientent également vers une forte prévalence des maladies chroniques : la consommation de soins, qu'il s'agisse d'actes ou de médicaments, est globalement élevée. La participation à la prévention et notamment au dépistage des cancers est faible.

Compte tenu de l'offre de soins variée et non négligeable présente sur le territoire, la CPTS a pour vocation de créer du lien entre les différents acteurs afin d'améliorer la coordination de proximité.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire exceptionnelle, la CPTS est devenue un interlocuteur privilégié qui s'est révélé incontournable pour la prise en soins des patients du 2^e et 3^e arrondissement de Marseille.

Son ambition est de poursuivre le chemin parcouru et de fédérer davantage d'acteurs de la santé et des partenaires de son territoire afin d'optimiser ses actions auprès des professionnels et des patients.

2.3. Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués

En effet, avant même que la CPTS ne soit labellisée, la crise a exigé de mettre en œuvre des actions opérationnelles pour la gestion de la crise sanitaire de la Covid 2020 /21 et d'innover en créant l'Inter CPTS.

Il faut souligner la mobilisation et l'implication des professionnels de santé du 2^{ème} et 3^{ème} arrondissement. Ils ont montré leur engagement permanent et tous ont joué un rôle majeur dans cette crise :

- Durant l'année 2021, la CPTS a coordonné les centres de vaccination présents sur le territoire à savoir le Centre de Vaccination International hôpital européen, Mazenod et Arenc ainsi que le stade vélodrome (en Inter CPTS) de janvier 2021 à Mars 2022.
- Réunion en novembre 2020 avec l'hôpital Européen (Dr REBAUDET, Dr CHICHE, Dr SOUNDARAVELOU et le Dr PEGLIASCO), l'association CorHEsan et l'infirmière de parcours pour l'organisation de la prise en charge des patients COVID positifs (organisation des renforts infirmiers pour les tournées Covid des PS de la CPTS),
- Coordination journée dépistage à la halle Kléber le 18 mars 2021 (CorHEsan),
- Réunion URPS Infirmière PACA / VDSI/ARS en avril 2021,
- Relais de l'URPS Infirmière PACA pour l'inscription des IDELS sur la plateforme www.infirmieres-paca.fr en avril-mai 2021,
- Formation par des IDELS expérimentés de la CPTS des préparateurs en pharmacie du territoire à la réalisation des tests antigéniques et PCR avec attestation de formation juin 2021,
- Mise en relation des professionnels de santé avec les pharmacies participantes au dépistage Covid en juin juillet aout 2021,
- Dépistage COVID collège Izzo et lycée Le Chatelier (mars 2021 et avril 2021),
- Mise à disposition par la CPTS de visières solidaires du CNRS pour les professionnels de santé en avril 2021,
- Mise à disposition par la CPTS de blouses jetables pour les professionnels de santé en avril 2021,
- Journées dépistage COVID avec le bus du cœur 6, 7 et 8 en octobre 2021 place de Strasbourg.

Pendant toute l'année 2021 :

- Coordination médicale et paramédicale et sociale pour la tournée CorHEsan (patients COVID positifs),
- Mise en contact avec des associations (associations de quartier, CIQ, centres sociaux maisons pour tous, centres de loisirs) et CorHEsan pour la mise en place de journées de dépistage,
- Réunions précarité et charte d'Ottawa, Réunions ASSAB,
- Coordination paramédicale patient covid URPS Infirmière PACA relais VDSI lors d'échec de la plateforme,
- Coordination médicale et paramédicale PTA (patient covid positifs),
- Coordination paramédicale patient covid positifs (relais programme Prado COVID CPAM /contact Barbarisi Pascal et Pastore Karine à l'hôpital Européen),
- Veille documentaire Covid 19 (recommandations, dépistage et prise en charge des patients positifs) envoyée aux professionnels de santé de la CPTS.



3. ORGANISATION DE LA CPTS

3.1. Professionnels de santé membres de la CPTS

	Nombre de professionnels ayant adhéré à la CPTS	Nombre de professionnels participant à la gouvernance	Nombre de professionnels ayant participé à l'élaboration du projet de santé groupe
Médecins généralistes	23	4	5
Médecins spécialistes	2(1cardio,1pneumo)	2	1
Infirmiers	42	12	7
Pharmaciens	3	2	1
Masseurs-kinésithérapeutes			1
Sage-femmes			1
Orthophonistes	2		
Orthoptistes			
Dentistes			
Pédicures-Podologues			
IDE scolaire			
Médecin remplaçant interne			
Biologiste Pharmacien		1	
Préparatrice pharmacie	4		
Préparatrice PSDM			
Auxiliaire de puériculture			
Ostéopathe	1		
Diététicien	2	1	1
Psychologue			
Technicienne de laboratoire			
Orthésiste	1		
Secrétaire médicale			
Secrétaire			
Coordinatrice		1	
Directeur d'établissement	1		
Assistante sociale			
TOTAL	81	23	17

Il est à noter que certains adhérents de l'année 2021, n'ont pas renouvelé leur adhésion, celle-ci ayant été motivée pour accéder aux centres de vaccination de Marseille, réservés aux adhérents des CPTS.

3.2. Description de l'organisation de la gouvernance du projet

L'association COORDINATION SANTE a déposé ses statuts le 22.10.2020.

Elle est composée de personnes physiques et morales.

L'association est ouverte aux professionnels de santé regroupés le cas échéant sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou second recours et d'acteurs médico sociaux et sociaux ou toutes personnes morales concourant à la réalisation d'objectifs du projet de santé de la CPTS.

Les personnes morales seront représentées par un membre permanent.

Lors de la première assemblée constitutive en date du 6 octobre 2020, il a été décidé que le Conseil d'Administration serait formé avec des professionnels de santé, après dépôt des candidatures (lettre de motivation, compétences et projets au sein de la CPTS) jusqu'au 10 octobre 2020.

Le mardi 13 octobre, le Conseil d'Administration a été constitué et sa liste publiée à tous les membres de la CPTS :

Le CA est composé de 25 membres maximum, élus pour 3 années et renouvelables par tiers chaque année lors de l'AGO. Les membres sont rééligibles.

Le conseil étant renouvelé chaque année par tiers, la première année, les membres sortants sont désignés par tirage au sort.

Conseil d'Administration :

- M. Franck ABEIJON, Infirmier libéral
- Mme Marion GRAS, Infirmière libérale
- Dr Maéva JEGO SABLIER, Médecin généraliste
- M. Mahjoub Abdelaziz KHELIFA, Infirmier libéral
- Laboratoire Alpha Bio, biologie
- Mme Diane LAPRAS, Infirmière coordinatrice
- Mme Aline MARTINEZ, Infirmière libérale
- Mme Aïda MSSOUBOUTI, Infirmière libérale
- Mme Sophie PANUEL, diététicienne
- Dr Michel PINI, Médecin généraliste
- Dr Rétina SOUNDARAVELOU, Médecin spécialiste
- Mme Christelle VERDU, Infirmière libérale

Suite à la constitution du CA, ses membres ont voté afin d'élire les futurs membres du bureau le 19 octobre 2020.

Le vote s'est déroulé au siège social de l'association et chaque membre a pu se rendre sur les lieux pour voter personnellement à bulletin secret avec liste d'émargement.

Le dépouillement a eu lieu le soir même et les résultats communiqués aux membres. Suite à une décision collégiale et dans un souci d'inclusion et de pluriprofessionnalité, les membres du bureau pour ce premier mandat ne sont pas issus du CA.

Les membres du bureau sont élus à bulletins secrets lors de la première réunion du Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale. L'élection s'effectue à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième.

Le bureau se réunit au moins 3 fois par an. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, sauf dans les cas où une majorité qualifiée est requise en vertu des dispositions du règlement intérieur. Aucune fonction ne peut être cumulée au sein du bureau.

Le Président (ou le Co-président) réunit et préside le Bureau une fois par an et autant de fois que nécessaire. Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner délégation dans les conditions qui sont fixées par le règlement intérieur.

Le Secrétaire prépare les réunions des Assemblées Générales et du Bureau. Il assure le suivi des ordres du jour, des réflexions et actions. Il est également chargé de remplir toutes les formalités de déclaration, publication et récépissé prescrits par la loi du 1er juillet 1901 et les textes subséquents pour la création de l'association que pour les modifications qui y seraient apportées.

Le Trésorier est chargé de tout ce qui concerne le patrimoine de l'association. Il effectue tous paiements et reçoit sous la surveillance du Président toutes sommes dues. Il tient une comptabilité régulière de toutes les opérations effectuées et rend compte au bureau de sa gestion financière.

Membres du Bureau :

- Mme Laurence MAESTRAGGI DOF, Présidente
- Mme Naouel HELLOUB, Co Présidente
- Dr Michel PRADAL, Secrétaire
- Dr Jérémy KHOUANI, Secrétaire adjoint
- Dr Laurent DALVERNY, Trésorier
- Mme Aline MARTINEZ, Trésorière adjointe
- M. Nicolas PELLEGRIN, Chargé de communication
- Mme Solange MILLIERE, Assesseur (aucunes fonctions)

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'association à jour de leur cotisation. Chaque adhérent (personne physique ou morale) est porteur d'une voix et ne peut recevoir qu'un seul pouvoir. Elle se réunit une fois par an.



Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par le bureau.

Les modalités de convocation sont fixées par le règlement intérieur. L'ordre du jour est joint aux convocations.

Le président (ou le vice-président) assisté des membres du conseil, préside l'assemblée et expose la situation morale ou l'activité de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet les comptes annuels (bilan, compte de résultat et annexes) à l'approbation de l'assemblée.

L'Assemblée Générale fixe le montant des cotisations annuelles à verser par les différents membres. Ne peuvent être abordés que les points inscrits à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale peut délibérer à condition de réunir un quorum représentant au minimum 1/3 des membres actifs de l'association présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des voix des membres présents ou représentés (50 % + 1 voix).

Toutes les délibérations sont prises à mains levées ou à bulletins secrets mais également par vote électronique suivant le sujet voté.

L'élection des membres du Conseil d'Administration est obligatoirement faite à bulletins secrets. Les réunions sont fixées 1 fois par an et dans les six mois qui suivent la clôture des comptes.

Si besoin est, ou sur la demande d'un tiers des membres inscrits, le président convoque une Assemblée Générale Extraordinaire, selon les modalités prévues aux présents statuts.

Chaque adhérent (personne physique ou morale) est porteur d'une voix et ne peut recevoir qu'un seul pouvoir.

L'A.G. E peut délibérer à condition de réunir un quorum représentant au minimum 1/3 des membres actifs de l'association présents ou représentés. Les décisions sont prises à la majorité absolue des voix des membres présents ou représentés (50% + 1 voix).

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration et approuvé en Assemblée Générale, et vient fixer les divers points non prévus par les présents statuts.

Suite à une réunion le 16 juin 2022, le bureau et le CA, réunis au siège social de l'association, sur convocation de la présidente, ont pris certaines décisions concernant la révision des statuts et les modifications à apporter (une première réunion le 15 mars 2022, dans les locaux du cabinet d'avocats CARLINI avait permis d'amorcer cette démarche de révision).

Il a été décidé, après conseils des avocats :

- D'inclure les personnes morales dans l'association en leur donnant une seule voie en AG
- De créer une charte de bonne conduite prévoyant des exclusions ou révocations si conflit récurrent
- D'embaucher une coordinatrice.

Dans la continuité, le bureau et le CA ont donc formalisé une charte que chaque membre de l'association se devra de respecter pour permettre une bonne entente entre chacun.

Une fiche de poste a également été créée pour chaque fonction du bureau : Président, Secrétaire et Trésorier.

Un poste de chargé de communication a été rajouté au bureau, un poste d'assesseur a été supprimé.

Il est à noter que la révision des nouveaux statuts sont en cours d'écriture.
(Cf. Annexes Statuts en cours de l'association et Fiches de poste).

3.3. Fonctionnement opérationnel de la coordination

Sans coordonnateur attribué au début du projet dès sa validation en CCOPD, la Présidente et Co-Présidente ont commencé à coordonner le projet jusqu'à ce jour, afin de mener à bien l'écriture du projet de santé et de maintenir une dynamique constante pour que les professionnels de santé adhérents et actifs ne s'essouffent pas dans le contexte de la crise Covid-19.

Il a été proposé aux professionnels de santé lors de plusieurs réunions (présentation de la CPTS ; Présentation du diagnostic territorial et des problématiques du territoire) de participer à l'élaboration du projet de santé.

Pour cela des thèmes ont été établis, chacun était libre de s'inscrire dans le groupe de travail collaboratif de son choix (ou thème libre si non proposé, selon la demande des membres).

Le fonctionnement de la coordination s'est articulé autour des deux coordinatrices de transition en appui à huit référents de chaque groupe de travail issus du CA et du bureau.

Les référents de groupe avaient pour mission le pilotage du groupe et d'assurer la remontée d'informations à la coordination.

Les huit groupes de travail :

- Soins non programmés dont le référent est le Dr BOULA
- Attractivité du territoire dont le référent est le Dr KHOUANI
- Accès au médecin traitant dont les référents sont Mme MAESTRAGGI (IDEL) et le Dr PELLEGRIN
- Parcours patient BPCO dont la référente est Mme HELLOUB (IDEL- IPA)
- Parcours patient diabétique dont la référente est Mme GRAS (IDEL)
- Prévention cancer dont la référente est Mme MAESTRAGGI (IDEL)
- Gestion des crises sanitaires dont le référent est le Dr PINI
- Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée de 65 ans et plus, poly pathologique dont les référents sont Mme HELLOUB (IDEL / IPA) et Mr DALVERNY (Pharmacien)

Dans l'objectif stratégique de renforcer le pilotage de la CPTS, le Conseil d'Administration souhaite recruter une coordonnatrice complémentaire qui aura en charge la planification de la coordination et la gestion budgétaire administrative. En lien étroit avec le binôme de référents par groupe de travail, ses missions seront également de structurer et mettre en œuvre le projet de santé de la CPTS labellisée. Elle aura également la charge d'animer les réunions de groupes de travail et d'assurer la représentation auprès des instances territoriales et des partenaires.

3.4. Information et communication

Un membre du bureau est chargé de la communication interne et externe de la CPTS, ainsi que des outils numériques de coordination des soins.

La CPTS a développé plusieurs moyens de communication, elle est assurée par divers canaux :

- Moyens de communications existants :
 - Groupe Facebook présentant les diverses actions de sensibilisation auprès du public.
 - Plusieurs groupes WhatsApp : adhérents CPTS, Membres du CA et du Bureau, Groupes de travail thématiques et participants aux actions gestion crise.
 - Google Drive pour les documents partagés et travail collaboratif (pour l'écriture du projet de santé).
- Moyens de communication en projet :
 - Site internet présentant l'organisation et les missions de la CPTS, ainsi que les numéros utiles accessibles au grand public.
 - Un prestataire externe (en cours de sélection ; attente de devis) sera chargé de la création et de la maintenance du site internet, ainsi que de la mise en forme et de la diffusion multi-canaux des messages destinés au grand public.
 - Site internet de la CPTS avec zone à accès restreint, réservée aux membres de la CPTS et à leurs partenaires, pour mise à disposition des numéros utiles, de l'agenda et des protocoles communs, ainsi que d'un annuaire interne avec trombinoscope (prestataire externe pour la création et la maintenance du site internet).
 - Généralisation de l'utilisation de la messagerie MSSanté et de son annuaire (permettant l'accès au téléphone portable des professionnels) par des actions de sensibilisation auprès des libéraux et des établissements de santé.
 - Développement de l'usage de l'outil AZUREZO et formations d'aide à la prise en main

3.5. Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS : les grandes étapes

A l'origine, Mesdames Naouel HELLOUB et Laurence MAESTRAGGI ont chacune de leur côté sensibilisé les professionnels de santé de leur propre réseau professionnel au concept de CPTS puis, par un effet domino, ces professionnels de santé ont également relayés l'information auprès des soignants qu'ils côtoyaient dans l'exercice de leurs activités.

En effet, depuis 2019, des premières réunions et rencontres ont été organisées avec les professionnels de santé et les différents partenaires potentiels présents sur le territoire (Hôpital européen, Corehsan, CCAS, PMI, Assab, Médecins du monde, PASS, Santé croisée, PTA).

Une fois l'intention du projet CPTS 2 & 3^{ème} initiée et communiquée le 25 juin 2020, l'équipe projet a organisé une réunion d'information le 22 juillet 2020 (qui a été un peu tardive suite à la crise sanitaire) dont le but était de fédérer de nouveaux professionnels de santé, de les informer de ce projet et de rencontrer d'autres personnes intéressées pour intégrer l'équipe et participer à la création de cette CPTS.

Grâce à la première réunion du 25/06/2020 et la suivante le 22/07/2020, aux jardins d'Arcadie se distinguent des praticiens de disciplines variées intéressés par le projet de CPTS, motivés et prêts à s'investir afin de constituer le Conseil d'Administration.

Les grandes étapes :

- **6 octobre 2020 :**

Il s'ensuit des rencontres préalables avec des collectivités, des élus à la santé, la Direction des hôpitaux Européen et Nord, des associations, dont toutes confirment l'intérêt de la mise en œuvre d'une CPTS sur un territoire donné.

- **22 octobre 2020 :**

Assemblée Générale constitutive de l'Association et adoption des statuts.

- **2 novembre 2020 :**

Passage en CCOPD en équipe pluriprofessionnelle et présentation du pré projet.

- **10 décembre 2020 :**

Choix du logo et du nom de l'association "Coordination santé Marseille 2^e&3^e, avec création des statuts de l'association, avec un Bureau et un Conseil d'Administration, et organisation du déroulement des élections du Bureau et choix de la ligne directrice du pré projet.

- **28 janvier 2021 :**

28



- Assemblée Générale 40 participants.
 - Validation de la CCOPD, présentation des membres du Bureau et du CA.
 - Vote de l'organisme URPS des Médecins Libéraux PACA comme organisme accompagnateur à l'écriture du projet de santé.
 - Vote de la cotisation à 20 euros et lancement des adhésions avec Hello Asso.
 - Création des groupes de travail et inscriptions sur listes lors d'une réunion de tous les adhérents et les membres du bureau et du CA.
 - Engagement de la CPTS dans la coordination de centres de vaccination avec la Mairie de Marseille, le Conseil Départemental et l'Hôpital Européen .
 - Collaboration entre la CPTS et le projet CORHESAN de l'Hôpital Européen (actions de santé publique et sociales via une équipe mobile qui intervient pour l'organisation au domicile de l'isolement des patients COVID 19 positif).
- **20 avril 2021 :**
 - Réunion du Bureau et du CA et des adhérents et professionnels de santé intéressés.
 - Formalisation des groupes de travail avec : Parcours patient BPCO, parcours patients diabétique, lien ville hôpital, polymédication et mésusage, médecin traitant et soins non programmés, formation des professionnels, harmonisation des pratiques et prévention.
 - Mise en place de la méthodologie.
 - Point sur l'avancement du projet de santé.
 - Création de l'INTER CPTS à Marseille pour gestion d'un méga centre de vaccination.
 - Rencontre avec l'infirmière de parcours de l'Hôpital Européen.
 - Organisation de campagnes de dépistage dans les collèges.
- **31 mai 2021 :**
 Invitation par les directeurs de l'Hôpital Européen pour une présentation de la structure (spécialistes, services, plateau technique) et un projet de collaboration et de signature de convention.
- **9 novembre 2021 :**
 - Assemblée Générale.
 - 70 participants chez Domitys (résidence Séniors) autour d'un apéritif dinatoire
 - Présentation des CPTS, de la CPTS 2 & 3^{ème}, de l'analyse de territoire faite par un statisticien et des grandes lignes du projet de santé.
 - Présentation des nouveaux médecins installés sur le territoire et parole libre aux nouveaux arrivants.
 - Présentation de nos partenaires.
- **21 février 2022 :**
 Mise en place des fiches de poste des membres du Bureau (Président, Trésorier, Secrétaire, et Chargée de communication), point sur les groupes de travail, et création de la charte de bonne conduite au sein de la CPTS.



- **3 mars 2022 :**
Participation active au Conseil Communal de Santé de la ville de Marseille.
- **15 mars 2022 :**
Réunion au cabinet Carlini et révision des statuts de la CPTS avec le cabinet CARLINI
- **17 mars 2022 :**
Participation à la soirée d'information de la CPTS du 1^{er} arrondissement et réflexion pour un projet de partenariat avec elle.
- **5 avril 2022 :**
Réunion pour le SAS avec le SAMU, l'ARS, l'APHM.
- **3 mai 2022 :**
COFIL avec le département et l'APHM pour la réunion HPV, en vue d'action de prévention contre le cancer du col de l'utérus.
- **12 mai 2022 :**
Présentation de la CPTS et ses missions au CFA pharmacie à Marseille.
- **19 mai 2022 :**
COFIL avec la mairie du 2 & 3^{ème} pour organiser la journée du diabète pour la journée du 14 Novembre 2022.
- **16 juin 2022 :**
 - Réunion du Bureau et du CA pour la mise en place d'atelier collaboratif, la préparation de la soirée de présentation de l'avancement du projet de santé.
 - Présentation et diffusion des postes à pourvoir au Bureau et au CA.
 - Finalisation des propositions pour la révision des statuts avec le cabinet juridique CARLINI
 - Information sur la journée diabète, le forum des Facultés, le SAS
 - COFIL pour octobre rose organisé par le CRDC en vue d'action de partenariat.
- **23 juin 2022 :**
Participation à la soirée de la CPTS Actes santé (14^{ème}/ 15^{ème} et 16^{ème}) en vue de partenariat au regard de problématique similaire sur nos territoires.
- **28 juin 2022 :**
 - AGO de l'Association et soirée à la mairie de secteur des 2 et 3^{ème} arrondissements, accueil de Mme Elise Barral élue à la santé : 85 inscrits
 - Présentation des missions socles et optionnelles de la CPTS et de quelques actions pour illustrer les propos



- Affiche poster sur le site pour chaque Mission (8)
- Présentation de la CPTS et de ses futures actions aux membres et partenaires ainsi qu'aux non-membres ou aux futurs membres
- Présentation des référents de chaque atelier collaboratifs (8), des Membres du Bureau et du CA

- **30 juin 2022 :**

Réunion en distanciel et présentiel du CA et du bureau.

- **7 juillet 2022 :**

Réunion en présentiel sur la e-santé avec AZUREZO, le Capsi, l'Ars, la CPAM.

- **11 juillet 2022 :**

Rencontre des coordonnateurs de santé susceptible d'intervenir après les ACI.

- **26 juillet 2022 :**

Réunion avec l'ARS pour le SAS

- **27 juillet 2022 :**

- Réunion avec l'ARS et les établissements de santé de la région paca sur la tension estivale.
- Retour par écrit de cette réunion aux professionnels de santé de la CPTS.
- Accompagnement des idel et réadressage des idel à l'URPS IDE des idel souhaitant participer à ce dispositif.



3.6. Liste des services / Établissements et structures partenaires de la CPTS

Service / Établissement	Nom du représentant	Localisation	Partenariat formalisé (oui/non)	Participation à la gouvernance (Oui / Non)
Hôpital Européen	Mr Rollin Frédéric Directeur -Me Bila Laurence cadre du centre de vaccination de l'hôpital. - Mesdames. Infirmières de parcours de l'établissement -Mr Pegliasco pneumologue de l'établissement (CME) - Me Marjorie infirmière gériatrique des urgences - Balma Dorothée Responsable ETP/coordination cellule covid - Boulmier Catherine cadre de santé en oncologie	6 rue Désirée Clary 13003 Marseille	En Cours	NON
Association de l'hôpital Européen « Corhesan »	Dr Rebaudet Stanislas Directeur Me Dutrey Kaiser Anne Coordinatrice		OUI	NON

Plateforme territoriale d'appui	Mr Fabries Directeur Me Joseph Carole Responsable partenariat Chenik Meryem Chargée de mission PTA	CHU ST Marguerite, 270 Bd St Marguerite	NON	NON
Conseil départemental	Me Champsaur Laurence Directrice PMI et santé publique et adjointe de la solidarité Me Bonnin Elodie pharmacienne territoriale Mr Valle Frédéric Chef de service organisation de l'information des statistiques et de l'épidémiologie. -Me Naamar Lavalie Leila conseillère ESF	52 av de st Just 13004 Marseille	NON	NON
Mairie secteur 2-3	Me Benac Barale Éluë à la santé 06 23 82 34 28	2 place de la Major 13002	NON	NON
La Cimade Marseille	Pascaline CURTET 04 91 90 49 70	8 Bis Rue Jean-Marc Cathala, 13002 Marseille	NON	NON
Médecins du Monde	04 95 04 56 03.	4 avenue ROSTAND, 13003 Marseille	NON	NON
Armée du Salut	04 91 02 49 37	190 Rue Félix Pyat 13003 Marseille	NON	NON
CADA- Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile HPF : Hospitalité pour les femmes AVA: L'Atelier d'Aide à la vie Active CHRS :Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	Tél: 04 91 50 85 18 Claudine PETICARD Dominique Riera	15 rue Honnorat 13003 MARSEILLE	NON	NON

Fondation Saint Jean de Dieu - CHRS Forbin	06 13 59 22 97 04 91 13 71 00	35 Rue de Forbin 13002 Marseille	NON	NON
Planning Familial 13	04 91 91 09 39	6 Bd National · 13003 Marseille	NON	NON
APPA région Sud	Pr Charpin Directeur Me Felipo Rachel Coordinatrice régionale Me Guillaud Céleste Conseillère Habitat santé	45 rue Joliot Curie 13013 Marseille	NON	NON
Association Léo Lagrange	06-77-03-96-54	Service du panier 11-13 rue Caisserie 13002	NON	NON
Centre de cardiologie	Dr Obadia Benjamin	43 avenue robert Schuman 13003	NON	NON
Centre Bonnefon oxance	Me Hypolite Vanessa Responsable territoriale de santé	38 Rue jean Trinque	NON	NON
Société petit fils	Mr Lebreton Guillaume, chargé de communication	565 Av du Prado 13008 Marseille	NON	NON
Pôle infos senior (département)	Me Mendy Samantha Responsable	4 quai d'Arenc 13304 Marseille cedex 2	NON	NON
MSP peysonnel	Dr Jego Maeva Dr Khouany Jerémy Me Lapras Diane coordinatrice Me URIBE Marianne Psychologue Me Cherifa Hifi infirmière Azalée	1 rue peysonnel 13003 Marseille	NON	OUI
CPTS 1 ^{er} Pluri-santé	Mr Pietri Mathieu Président Mr Nizou Jean-sebastien coordinateur		NON	NON
CPTS 7	Me MEZI Saida Présidente et Me Castelin Aurélie		NON	NON
CPTS 10	Mr Sylvain Azilazian président		NON	NON
CPTS 11-12-13	Me Ghazarossian Julie coordinateur de santé Me Zaratzian Johana coordinateur de santé		NON	NON

CPTS 14-15-16	Me Lavigne Jessica		NON	NON
---------------	--------------------	--	-----	-----

La CPTS souhaite formaliser des partenariats une fois l'association labellisée.

4. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS

4.1. Missions de la CPTS

Missions	Description synthétique des objectifs attendus à court et moyen terme
MISSIONS SOCLES (OBLIGATOIRES) – si ces missions ne sont pas remplies, le projet ne pourra pas être reconnu comme CPTS et ne pourra pas être financé au titre de l'ACI	
Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès au médecin traitant	<p><u>Objectif général</u> : Mettre en œuvre une procédure organisationnelle pour faciliter l'accès à un médecin traitant.</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> : Faciliter l'accès aux soins des patients vulnérables isolés.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> : Optimiser l'organisation de la répartition des nouveaux patients sans médecin traitant afin de réguler les surcharges d'activité.</p>
Améliorer l'accès aux soins : améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	<p><u>Objectif général</u> : mettre en œuvre une procédure organisationnelle territoriale pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en s'articulant au SAS.</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> : garantir une offre de soins adaptée à la prise en charge.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> : diminuer les recours non justifiés des services d'urgences hospitalières et répartir les demandes de SNP sur l'ensemble des PS libéraux du territoire.</p>
Organisation de parcours	<p>Parcours du patient diabétique de type 2 :</p> <p><u>Objectif général</u> : Améliorer la prise en charge globale des patients</p>

<p>pluri-professionnels autour du patient</p>	<p>diabétique de type 2</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> : Éviter les retards de prise en charge en améliorant le repérage et l'éducation des patients à risque.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> : Renforcer la coordination entre l'ensemble des acteurs et les compétences des PS afin d'améliorer la continuité de la prise en charge.</p> <p>Parcours du patient BPCO :</p> <p><u>Objectif général</u> : Améliorer la prise en charge des patients souffrant de BPCO.</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> : Favoriser un repérage précoce et la prévention pour les patients les plus vulnérables afin d'éviter des retards de prise en charge.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> : Améliorer la coordination, la formation pluriprofessionnelle et l'articulation avec l'ensemble des acteurs.</p>
<p>Développer des actions territoriales de prévention</p>	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Faire le relais des actions prioritaires de prévention, dépistage et promotion de la santé au regard des besoins du territoire en lien avec le Projet Régional de Santé</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> : Améliorer l'information et l'orientation de la prise en charge, renforcer la promotion de la santé.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> : Améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient.</p>
<p>MISSIONS COMPLEMENTAIRES</p>	
<p>Développer la qualité et la pertinence des soins</p>	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Amélioration de l'efficacité de la prise en charge des patients</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> :</p> <p>Améliorer la qualité de prise en charge du patient</p> <p><u>Objectif pour les professionnels</u> :</p> <p>Sensibiliser les PS à l'amélioration des pratiques de soins et la sécurité du patient.</p> <p>Améliorer la communication interprofessionnelle.</p>
<p>Accompagner les professionnels de santé sur le territoire</p>	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Améliorer l'accompagnement des PS du territoire</p> <p><u>Objectif pour les patients</u> :</p> <p>Améliorer l'offre de soins</p>

	<p><u>Objectif pour les professionnels :</u> Promouvoir l'attractivité du territoire pour les PS afin de faciliter de nouvelles installations.</p>
<p>Mission participation à la réponse aux crises sanitaires</p>	<p><u>Objectif général :</u> Planifier l'organisation d'une réponse territoriale pour faire face à une crise exceptionnelle.</p> <p><u>Objectif pour les patients :</u> Garantir une sécurité de prise en charge optimale.</p> <p><u>Objectif pour les professionnels :</u> Optimiser l'organisation territoriale pour faire face à des événements exceptionnels.</p>

4.2. Actions e-santé envisagées dans le projet

L'usage régulier de solutions de e-santé permettra de répondre à plusieurs problématiques auxquelles nous faisons face sur notre territoire, pour lesquelles les soins habituels sont souvent inadéquats. Parmi les différentes solutions techniques existantes, nous choisirons en priorité d'utiliser celles qui sont soutenues par nos partenaires institutionnels (ARS, URPS, APHM ...) :

- MS Santé et Azurezo (messagerie sécurisée et annuaire inter professionnel)
- MonEspaceSanté (dossier médical partagé)
- Extelib (Téléexpertise et téléconsultation)
- In Situ (agenda en ligne interopérable et gestion de files d'attente)
- FollowHeart (monitorage à domicile de l'insuffisance cardiaque)

En fonction de l'évolution de ces solutions et de nos besoins, nous pourrions être amenés à développer d'autres partenariats, notamment via notre participation à l'Appel à Manifestation d'Intérêt porté par l'URPS ML PACA et le Centre Innovation et d'Usages en Santé.

Pour illustrer l'approche envisagée au sein de notre CPTS, voici quelques exemples de situations problématiques et des réponses apportés par la e-santé :

- Demande de soins non programmés, adressage vers un confrère spécialiste :

La solution d'In Situ permet de mutualiser les agendas en ligne des professionnels de santé, autorisant ainsi la régulation des soins non programmés à orienter le patient vers un soignant disponible. Cette solution permet également aux médecins généralistes de prendre RDV pour leurs patients sur des créneaux d'urgence réservés aux professionnels de santé. Enfin, la demande de soins non programmés aboutit souvent à orienter les patients vers les permanences médicales sans RDV, où les incivilités sont fréquentes du fait du temps d'attente. In Situ permet de gérer la file d'attente et prévient par SMS le patient quand son tour est bientôt venu, l'invitant à se rendre chez le médecin concerné au bon moment.

- Spécialités sous tension et Téléexpertise :

De nombreux spécialistes ont des délais de consultation particulièrement longs qui ne sont parfois pas compatibles avec des pathologies nécessitant une réponse rapide (dermatologie, rhumatologie, endocrinologie ou hématologie par ex.). La téléexpertise permet aux spécialistes sollicités par leurs correspondants de consulter rapidement le cas clinique qui leur est soumis et de proposer soit une conduite à tenir à distance, soit de recevoir le patient en consultation, dans un délai adapté au degré d'urgence qu'ils auront eux-mêmes estimé. Extelib ne permet actuellement la téléexpertise qu'en dermatologie, ostéoporose et cardiologie, mais nous les sollicitons dès à présent pour l'étendre à d'autres spécialités.

- Visite à domicile et Téléconsultation assistée :

De moins en moins de médecins généralistes acceptent de se rendre au domicile des patients. Pourtant, le vieillissement de la population, les stratégies de maintien à domicile et l'augmentation des actes de chirurgie ambulatoire impliquent des besoins croissants, incompatibles avec l'accentuation des départs à la retraite de médecins généralistes. Parmi les pistes envisagées pour rendre attractive la visite à domicile pour les soignants, nous prévoyons de recourir à la téléconsultation du médecin traitant, éventuellement assisté par l'infirmier du patient. Cela permettrait de limiter les déplacements du médecin lorsque sa présence n'est pas absolument indispensable, afin qu'il accepte de suivre plus de patients dépendants ne pouvant se déplacer en cabinet.

Par ailleurs, le développement de la téléconsultation peut être une réponse à la demande de soins non programmés, afin de limiter la saturation des cabinets de ville ou le recours inapproprié aux services d'urgence.

- Amélioration du suivi clinique des patients et outils de télésurveillance médicale :

Afin de sécuriser le retour à domicile des patients au décours d'une hospitalisation avec sortie précoce, de mieux accompagner les patients en hospitalisation à domicile ou en soins palliatifs, ou d'améliorer le suivi de pathologies chroniques telles que l'hypertension ou le diabète, il existe de nombreux dispositifs médicaux connectés. Ceux-ci permettent de mesurer au quotidien des paramètres décisifs : température, tension artérielle, rythme cardiaque, poids, glycémie, échelles de douleur, etc... L'intégration de ces données à un logiciel sécurisé de partage de données permet de générer des alertes vers l'équipe soignante du patient et de prendre en charge plus précocement une complication et d'éviter l'aggravation ou l'hospitalisation. Nous envisageons de développer la formation des soignants à la bonne utilisation de ces outils et de travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux de secteur pour développer ces pratiques. De plus, la mise en relation de l'équipe infirmière intervenant à domicile et de l'équipe infirmière et médicale hospitalière sera facilitée par les outils de messageries sécurisées et de partage de données.

- Partage sécurisés de données médicales et E-Prescription :

La population de notre territoire fait régulièrement face à des difficultés d'accès à leur médecin traitant, et ont souvent des difficultés linguistiques altérant la bonne compréhension des soins proposés. Il est fréquent que des patients aient recours à plusieurs professionnels de santé, sans que chacun ait connaissance de ce que les autres ont fait, par manque de transmission d'informations au patient. La mise en commun des données médicales, avec l'accord et le contrôle du patient, permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge et de limiter les examens redondants. La prescription dématérialisée vers les pharmacies, centres d'imagerie, laboratoires ou établissements de santé permettra d'éviter les pertes ou détournement d'ordonnances. L'accès des médecins spécialistes au dossier médical du patient permettra d'éviter les trop fréquentes consultations "blanches" où le patient n'amène pas les éléments nécessaires à sa prise en charge (courrier du médecin traitant, résultats d'analyses ou d'imagerie, traitement habituel, etc...), obligeant le spécialiste à reconvoquer le patient à une date ultérieure. Enfin, la mise en commun des différents rendez-vous médicaux prévus et des rappels d'examens à faire permettra d'améliorer le parcours du patient et de lui assurer une prise en charge optimale.

5. FICHES ACTIONS

5.1. FICHE N° 1 : FACILITER L'ACCÈS AU MÉDECIN TRAITANT

<p>Mission Socle</p>	<p>Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès au médecin traitant</p>
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions</p>	<p>Territoire 3 QPV et 2 ZAC. Selon REZONE du 08.08.2022: 18,1% de la population est sans médecin traitant soit 10617 patients de plus de 17 ans sans médecin traitant (+ 5,8 / BDR) 960 patients sont en ALD (+0,4 / BDR) 4846 ont la CSS (+ 6 / BDR) 601 ont plus de 70 ans (+2,4 / BDR) 50,5 % de personnes +75 ans vivent seules (42,3 % PACA) 40,3 % de familles monoparentales (28,9 % PACA) 40,2 % sans diplôme (27,6 % PACA) 24,6 % de personnes de nationalité étrangère (7,5 % PACA) Indice de vieillissement de 54,3 est largement inférieur à celui de la région. L'activité annuelle moyenne par MG est supérieure à l'activité moyenne régionale, à 6010 actes vs 4700 en moyenne régionale. Cela est corrélé à une consommation moyenne d'actes par bénéficiaire elle-même supérieure à la consommation moyenne</p>

régionale : 5,4 actes par personne et par an vs 4,7 en moyenne régionale (Cartosanté 2020).

Besoins identifiés :

Les professionnels de santé sont régulièrement mis en difficulté face à des patients porteurs de pathologies complexes, nécessitant des soins réguliers ou une surveillance attentive, mais qui n'ont pas de médecin traitant pour les accompagner et coordonner leur parcours de soins. Ceci est notamment mis en évidence lors d'une hospitalisation, quand se pose la question du retour à domicile avec soins infirmiers, de kinésithérapie ou une recommandation de surveillance médicale rapprochée.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- Les médecins généralistes installés dans notre secteur ont souvent des consultations déjà saturées et refusent donc de prendre de nouveaux patients, afin de ne pas rallonger leur délais de consultation et éviter de dégrader la qualité des soins prodigués à leur patientèle habituelle. Ainsi, de nombreux patients éprouvent des difficultés à trouver un médecin généraliste acceptant de devenir leur médecin traitant,

Même en cas de départ à la retraite de leur médecin traitant habituel.

- Une part significative de la population de notre secteur n'est pas habituée au système de santé français. Cela se traduit par un recours fréquent aux permanences médicales et aux services d'urgences, ainsi que par un fort nomadisme médical.

- De nombreux patients du territoire bénéficient d'un tiers payant intégral via la CSS et n'ont donc pas de contrepartie financière à ne pas déclarer de médecin traitant. De plus, beaucoup de patients sont bénéficiaires de l'AME et ne sont donc pas concernés par le parcours de soin coordonné. Ainsi, l'habitude de déclarer un médecin traitant et de le consulter régulièrement n'est pas ancrée dans une large part de la population du territoire.

A ce problème global d'accès au médecin traitant vient s'ajouter celui plus spécifique des patients nécessitant un suivi médical à domicile. En effet, rares sont les médecins installés sur notre secteur acceptant ces demandes de visite car :

- Leur emploi du temps est déjà très chargé. Or chaque visite prend beaucoup de temps et se fait généralement sans le confort matériel du cabinet (ordonnances papier, absence de dossier informatique, etc...).
- La valorisation de la visite à domicile (35 €) ne compense pas ce temps supplémentaire par rapport à une consultation au cabinet (25 €), même en tenant compte des primes forfaitaires ou des actes spécifiques facturables

	<p>annuellement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dossier médical papier disponible au domicile du patient est rarement exhaustif, avec parfois un manque d'informations qui peut être préjudiciable à une bonne prise en charge et constituer un risque médico-légal pour le médecin - Le lien entre les différents intervenants paramédicaux peut être difficile (absence ou mauvaise utilisation du cahier de liaison). <p>La prise en charge de patients fragiles, susceptibles de décompenser à tout moment, peut bousculer l'organisation du médecin en cas de demande urgente, ou représenter un risque médico-légal s'il ne se déplace pas rapidement.</p>
Objectif général et objectifs spécifiques	<p><u>Objectif général</u> : Faciliter l'accès à un médecin traitant pour éviter une aggravation prématurée de l'état de santé des patients sans médecin traitant.</p> <p><u>Objectifs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les médecins généralistes susceptibles de participer au dispositif ▪ Déterminer les patients cibles prioritaires concernés par le dispositif d'aide à l'obtention d'un médecin traitant ▪ Définir une procédure de repérage et d'orientation des patients cibles vers un médecin traitant de proximité ▪ Optimiser la répartition des nouveaux patients afin de limiter surcharge des médecins sollicités ▪ Éviter les renoncements aux soins des patients isolés ▪ Proposer des solutions pour optimiser le temps médical ▪ Accompagner les médecins partant en retraite dans la transmission des dossiers médicaux de leur patients
Public bénéficiaire	<p>Population du territoire n'ayant pas de médecin traitant et étant à risque de complication médicale, notamment les patients en situation de précarité, porteurs de polypathologies ou de pathologie grave à risque de décompensation</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● Recenser, par un démarchage électronique et téléphonique, le

<p>Actions envisagées</p>	<p>nombre de médecins susceptibles de prendre en charge un nombre défini de nouveaux patients par mois, en les sensibilisant aux enjeux de cette problématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Constituer un groupe de travail ayant pour missions : <ul style="list-style-type: none"> ○ De formaliser les critères de priorisation des patients éligibles au dispositif. ○ Établir une estimation du nombre mensuel de patients nécessitant une aide à l'orientation vers un médecin traitant. ○ D'établir une procédure organisationnelle de repérage et d'orientation des patients cibles vers un médecin traitant de proximité, que nous baptiserons "MTHelp". ○ De mettre en oeuvre une expérimentation visant à tester et adapter cette procédure. ○ De déployer cette procédure au sein de la CPTS et d'en assurer le pilotage. <p>Ce groupe de travail sera en relation avec tous les professionnels de santé de la CPTS, avec les différents partenaires du secteur sanitaire, social et médico-social, ainsi qu' avec les établissements de santé (prioritairement les services d'urgences et services sociaux de l'Hôpital Européen, mais également de la Timone et de l'Hôpital Saint-Joseph).</p> <p>Parallèlement à la mise en place du dispositif d'aide à l'orientation vers un médecin traitant, nous mettrons en place d'autres groupes de réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour anticiper les départs à la retraite des médecins généralistes du secteur et les accompagner afin de limiter les ruptures de prise en charge de leurs patients ○ Pour sensibiliser les professionnels de santé à l'existence de solutions permettant de faire gagner du temps médical (Équipes de Soins Primaires, Infirmiers en Pratique Avancée, protocoles de coopération, Article 51, inscription au ROR,...) ○ Pour favoriser les visites à domicile par les médecins traitants et la téléconsultation assistée par les IPA et paramédicaux, avec une éventuelle indemnisation incitative de la CPTS.
---------------------------	---

Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ◇ <u>Moyens matériels</u> : ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers</u> : <p>Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) Évènementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) Convivialité, location de salle</p>
Acteurs impliqués et partenaires	<p>Médecins généralistes et spécialistes, infirmiers de pratique avancée, infirmiers, pharmaciens et tous les professionnels de santé du territoire, la MSP Peyssonel, la MSP Vieux port et la MSP Felix Pyat, la CPAM, les collectivités locales... (PMI PASS ASSAB), l'Hôpital Européen (service des urgences et consultations)</p>
Coordonnateurs	<p>Dr Nicolas PELLEGRIN, Mme Laurence MAESTRAGGI</p>
Calendrier indicatif	<p>Démarrage des actions dès la signature du contrat ACI</p>
Propositions d'indicateurs de suivi	<p><u>Indicateur de moyens</u> :</p> <p>Procédure de recensement et de priorisation Procédure organisationnelle Dispositif MT HELP Support de communication (Affiches etc ...)</p> <p><u>Indicateurs de résultats</u> : objectif cible à déterminer Nombre de médecins participants au dispositif MT HELP Nombre de patients inclus ayant eu un MT via la CPTS Nombre d'actions de communication</p>

5.2. FICHE N° 2 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES SNP

MISSION SOCLE	Améliorer l'accès aux soins : améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	<p>Selon REZONE du 08.08.22 : 13492 patients ont été admis aux urgences sans être hospitalisés (24,4% des patients, vs 23,2% pour le département) ; un grand nombre de soins non programmés passent donc par les urgences et seulement 42,3% des patients sont admis directement en service de médecine à la demande d'un médecin de ville (vs 43,5% pour le département). <u>Constat issu du terrain</u> : de nombreux patients se présentant aux urgences sans MT ou ayant un médecin traitant mais n'ayant pu le joindre.</p> <p><u>Offre de soins sur le territoire</u> : 97 MG (31 ont plus de 60 ans et 19 ont plus de 65 ans). Activité moyenne par médecin G supérieure à l'activité moyenne régionale (6010 vs 4700 en moyenne). 106 médecins spécialistes dont 26 ont plus de 60 ans et 13 ont plus de 65 ans. Certaines spécialités sont absentes (dermatologie, endocrinologie, neurologie ...) et beaucoup sont très faiblement représentées : 2 pédiatres, 2 ophtalmologistes, 3 psychiatres, 2 pneumologues, 1 endocrinologue, 1 neurologue. Aucun gynécologue mais le Dr Maeva JEGO à la MSP Peyssonnel effectue des frottis, consultation de contraception, suivi de grossesses non pathologiques, suivi gynécologique annuel, et IVG médicamenteuse et permanence de la PMI du 2 et du 3ème. 9 sage-femmes réalisent une partie des actes de gynécologie courants (contraception, frottis).</p> <p><u>Structures réalisant du SNP</u> : Centre médical vieux port 13002, Centre médical 17 bd Mirabeau 13003, Permanence médicale 228 bd National 13003 et un centre de santé spécialisé en ophtalmologie, avec Dr LAMDAOUI, rue de la République.</p> <p><u>Besoins exprimés par les PS</u> : De nombreux patients du territoire sont de jeunes migrants, parlant peu français et n'ayant qu'une connaissance partielle du système de santé français. Ils n'ont pas pour habitude de consulter régulièrement un médecin généraliste, et leur demande de soins s'oriente plutôt vers les services d'urgence ou les permanences médicales sans rendez-vous, et n'ont pas de nécessité de déclarer de médecin traitant.</p>
Objectif général	<u>Objectif Général</u> : Améliorer l'organisation territoriale d'accès aux soins non programmés

Et objectifs spécifiques	<u>Objectifs spécifiques :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser l'accès aux soins SNP sur le territoire en prévoyant l'articulation avec le SAS ▪ Diminuer le recours injustifié ou inapproprié aux urgences ▪ Garantir la continuité de soin ▪ Organiser les sorties d'hospitalisation ▪ Faciliter l'accès aux soins de premier et second recours
Public bénéficiaire	Population du territoire de la CPTS ayant un besoin justifié de soins non programmés mais ne nécessitant pas d'hospitalisation ou un passage par les urgences et n'ayant pas la possibilité de consulter un MT.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ◇ <u>Moyens matériels :</u> ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers :</u> ◇ Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. ◇ Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) ◇ Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... ◇ Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) ◇ Événementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) ◇ Convivialité, location de salle ◇ Agenda partagé des disponibilités, outil de traitement et d'orientation des SNP, ◇ Moyens de communications associés aux médecins membres de la CPTS, via la plateforme de la CPTS ◇ Structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) ◇ Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... ◇ Logo, site internet / plateforme (agenda commun), événementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) convivialité
Actions envisagées	<ul style="list-style-type: none"> ● Cartographier l'offre existante et les carences des soins non programmés sur le territoire, de 1er et 2nd recours (maisons de santé / centre médical, petites urgences, consultations sans rdv, équipes de soins primaires ESP, IPA) et mobiliser sur les disponibilités individuelles de chacun pour les SNP. ● Formaliser une procédure organisationnelle territoriale qui évoluera et s'articulera en fonction du déploiement du futur dispositif SAS.

	<ul style="list-style-type: none"> o Elle comprendra au départ l'utilisation d'un outil informatique commun, style agenda partagé, permettant l'orientation des patients et le partage d'informations (recensement des plages horaires disponibles des SNP de 1er recours, 2nd recours par les médecins et également les paramédicaux IDEL, MK, Dentistes.. ainsi que les divers plateaux techniques disponibles : laboratoire et imagerie). o Mise en place d'une ligne dédiée SNP sur le territoire pour orienter les demandes de Prise En Charge vers les professionnels disponibles (demandes de PEC recueillies par les PS sur le territoire vers les créneaux disponibles) . • Élaborer un livret avec l'hôpital Européen à distribuer à tous les soignants de la CPTS pour numéros directs d'accès au 2nd recours • Sensibiliser les professionnels de santé du 1er et 2nd recours à la problématique des SNP lors de soirées de communication et d'échanges conviviaux et initier une réflexion sur une éventuelle compensation financière pour libérer des créneaux pour les SNP. • Mise en place de téléexpertise pour consultation du 2nd recours non disponible sur le territoire (gynécologue, pédiatre, dermatologue). • Sensibiliser les professionnels et les inciter lors de soirées d'informations à mettre en place des protocoles de coopération pour fluidifier l'accès et renforcer l'offre de SNP par la délégation de tâches.
Acteurs et partenaires impliqués ou à impliquer	Médecins du 1 ^{er} et 2 nd recours, IPA, IDEL, MK, Dentistes, ensemble des PS pratiquant du SNP, membres du groupe de travail, coordinateur(trice) de la CPTS, MSP et établissements de santé (Hôpital européen..)
Coordinateurs	Dr BOULA Émile
Calendrier	Démarrage des actions dès la signature du contrat ACI
Propositions d'Indicateurs de suivi	<p><u>Indicateurs de moyens :</u> Cartographie des ressources SNP sur territoire Procédure organisationnelle en réponse aux demandes de SNP Conventions de partenariats</p> <p><u>Indicateurs de résultats :</u> Nombre d'actions de communication auprès des PS Nombre de créneaux disponibles en SNP Feuille d'émargement formations/ soirées</p>

5.3. FICHE N° 3 : PARCOURS DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2

Mission Socle	Parcours du patient diabétique de type 2
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions</p>	<p>La prévalence pharmacologique du diabète traité sur Marseille est supérieure au niveau régional : l'indice comparatif de morbidité (ICMb) est de 129.3 pour Marseille VS 100 pour la région. La prévalence sur les 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements est supérieure à celle de Marseille (ICMb à 169 pour le 2^{ème} et 3^{ème} arrondissement). <u>D'après REZONE du 08.08.22 :</u> Diabète :Top 1 des ALD sur le territoire : 6,4% (+1,5 BDR, +1,5 PACA, +1,3 Fr.).</p> <p><u>Besoins exprimés par les professionnels de santé</u> Il ressort un manque d'éducation à la santé nutritionnelle pour les populations primo arrivantes ne parlant pas ou très peu français, populations ayant leur propre culture alimentaire. La précarité entraîne entre autres des problèmes de stockage des aliments et des difficultés d'achat de produits frais et de préparation ou cuisson des aliments. Les professionnels constatent une non-observance régulière des recommandations thérapeutiques de la population du territoire.</p>
<p>Objectif général et Objectifs spécifiques</p>	<p><u>Objectif Général :</u> Améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2</p> <p><u>Objectifs spécifiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réduction des facteurs de risques et prévention ● Repérage des patients à hauts risques ● Réduction des risques de complication du diabète de type 2 ● Amélioration de l'éducation à la santé des patients diabétiques précaires
<p>Actions envisagées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Réaliser un état des lieux des circuits existants et des ressources sur le territoire concernant la prise en charge du diabète (annuaire des acteurs à destination des professionnels de santé afin d'orienter les patients ciblés vers le professionnel le plus adapté à sa problématique spécifiant les MG ayant des compétences en diabétologie, les langues parlées par les professionnels et les liens avec les associations et les patients experts pour plus de proximité et de lisibilité, les manifestations). ● Établir la description du parcours du patient diabétique type 2 en identifiant ses points de rupture via un groupe de travail (médecins, infirmiers, sage-femme, pharmaciens) tout en s'appuyant sur les recommandations de la HAS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Détection par Hémogluco-test de patients de plus de 45 ans ayant des facteurs de risque et si résultat évoquant un possible diabète ○ Information du médecin traitant via un outil informatique de

transmission.

- o Orientation et prise en charge vers le professionnel de santé adapté.
- o Lien ville hôpital pour la lutte contre les complications
- Planifier des réunions de communication pluriprofessionnelles sur les outils créés (boite à outils, description du parcours du patient diabétique, annuaire et site internet).
- Planifier l'organisation annuelle de la Journée prévention diabète (14 novembre journée mondiale du diabète) avec la mairie de secteur et l'association santé croisée (dépliants d'information, jeux, conseils hygiéno-diététiques; prise d'HGT et entretiens individualisés avec médecins, IDE, diététiciennes et sage-femme).
- Organiser avec des professionnels de santé et des associations d'usagers (Vaincre le diabète) des groupes de paroles à la Maison pour tous Panier Joliette République pour rompre l'isolement des patients et permettre un échange d'information.
- Organiser avec des professionnels de santé et des associations d'usagers des actions de prévention et de dépistage du diabète au sein d'hébergements collectifs (CHRS CADA, CHRS Forbin, Armée du Salut)
- Recenser des volontaires au sein des professionnels de la CPTS pour suivre une formation à l'ETP et monter un programme d'ETP avec la PTA ou Santé croisée (pouvant être coordonné par une IPA).
- Mettre en œuvre des ateliers d'éducation thérapeutique animés par le PS pour aider le patient à comprendre sa maladie et vivre avec (recenser l'existant en matière d'ETP diabète : établissement de santé Hôpital Européen et professionnels du territoire).
- Former les professionnels de santé en organisant des soirées thématiques pluriprofessionnelles (sujets : prise en charge et suivi du pied diabétique, approche transculturelle de l'autre, inégalités sociales, et problématiques de santé qu'elles peuvent engendrer).
- Proposer une consultation d'éducation à la santé des patients précaires (conseils diététiques, flyers en plusieurs langues, conseils sur le choix et le coût des aliments à IG bas.....) en partenariat avec les diététiciennes de santé croisée et informer les professionnels sur les actes de la NGAP pris en charge par

	<p>la CPAM (mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Établir une convention de partenariat avec l'hôpital Européen pour orienter les patients vers des consultations de spécialistes sur des créneaux horaires dédiés (endocrino, ophtalmo...) et permettre des entrées directes en cas d'urgence.
Public bénéficiaire	Patients présentant des facteurs de risques et patients diabétiques de type 2
Moyens nécessaires (outils)	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Groupe de travail et référent parcours diabétique, ◇ Site internet outil informatique de coordination, ◇ Supports de communication, temps de coordination, Salle de réunion ◇ <u>Moyens matériels</u> : ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers</u> : ◇ Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. ◇ Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) ◇ Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... ◇ Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) ◇ Événementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) ◇ Convivialité, location de salle
Acteurs impliqués et Partenaires	Médecins généraliste, endocrinologues, cardiologues, Hôpital Européen, ophtalmologues (Dr LAMDAOUI, centre ophtalmo rue de la république), infirmiers libéraux, IPA, Azalée, pharmaciens, podologues (dont ceux formés au pied diabétique), psychologues, kinésithérapeutes, biologistes, diététiciennes, orthophonistes, acteurs sociaux, associations, PTA.
Coordinateur de l'action	Mme Marion GRAS
Calendrier	Démarrage des actions dès la signature du contrat ACI
Propositions d'indicateurs	<p><u>Indicateurs de moyens</u> :</p> <p>État des lieux de ressources / annuaire</p> <p>Boîte à outils à disposition pour les PS : parcours, fiche de consultation d'éducation à la santé etc..</p> <p>Feuilles d'émargement formations/ soirées /journées prévention sensibilisation</p> <p>Convention de partenariat</p>

	<p><u>Indicateurs de résultats :</u> Nombre de professionnels ayant participé aux réunions de sensibilisation Nombre de PS formés à l'ETP Nombre de patients ayant suivi une consultation en éducation à la santé Nombre de groupes de paroles réalisés</p>
--	---

5.4 FICHE N°4 : PARCOURS DU PATIENT BPCO

Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO

Mission Socle	Parcours patient BPCO
<p>Éléments du diagnostic territorial en lien avec l'action :</p>	<p>Le 2eme et 3eme arrondissement de Marseille sont des territoires traversés par d'importants axes de circulation routière (notamment l'autoroute A55 et l'A7), et exposés également à la pollution portuaire au moins pour ce qui est du 2eme arrondissement.</p> <p>En conséquence, on enregistre une pollution de l'air : exposition aux particules fines et à l'ozone. Les particules fines sont identifiées comme responsables d'affections respiratoires.</p> <p>Il y a également le mal logement très présent dans le 2eme et 3eme arrondissement qui est susceptible d'aggraver des problèmes respiratoires.</p> <p>Face à ce constat, la CPTS 2-3eme Marseille souhaite travailler sur le parcours BPCO.</p> <p>La BPCO est la 5^{ème} cause de handicap dans le monde en 2020.</p> <p>La BPCO est une maladie chronique que l'on peut prévenir et traiter associée à des effets extra-respiratoires, caractérisée par une limitation chronique, non complètement réversible des débits aériens associée à une réponse inflammatoire anormale des poumons exposés à des gaz et des particules toxiques.</p> <p>0,7% patients souffre d'insuffisance respiratoire sur le territoire (+0,1/ Dép. et +0,1 / Fr.)</p>

	<p>Cette maladie respiratoire chronique est essentiellement due au tabagisme, elle est attribuable au tabac dans environ 80 % des cas.</p> <p>Et le tabac est un facteur aggravant de la BPCO à tous les stades de la maladie.</p> <p>La BPCO évolue de façon insidieuse et ses signes cliniques sont souvent négligés.</p> <p>Les données récentes relèvent une augmentation de la prévalence du tabagisme dans les catégories socio-économiques les plus défavorisées et il induit une morbi-mortalité plus élevée dans ce groupe d'individus que dans la population générale.</p> <p>L'amélioration de la lutte contre le tabagisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabagisme et de l'arrêt au sein de ces populations.</p> <p><u>Besoins exprimés par les professionnels de santé :</u></p> <p>-Retard de dépistage.</p> <p>-Manque d'informations auprès de la population du 2eme et 3eme arrondissement sur la BPCO et ses facteurs de risques.</p>
<p>Objectif général et objectifs</p> <p>Spécifiques :</p>	<p>Objectif général :</p> <p>Travailler sur la fluidification du parcours du patients BPCO et améliorer l'accès aux soins.</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la détection précoce /dépistage du patient souffrant de la BPCO. ▪ Réduction des facteurs de risques et prévention. ▪ Renforcer l'information auprès du grand public sur les dangers du tabagisme, participer aux campagnes déjà en place en intervenant au plus près des populations du 2eme et 3eme arrondissement.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé du territoire sur la BPCO, ses enjeux de prévention, son diagnostic et sa prise en charge. ▪ Améliorer l'éducation à la santé des patients BPCO précaires. ▪ Lutter contre les complications et impliquer les professionnels du second recours et créer un partenariat avec l'hôpital européen et l'hôpital Nord.
<p>Public bénéficiaire :</p>	<p>Population à risque exposée à des facteurs de risque (Population exposée au tabac actif et passif, Personnes exposées à des substances Aero contaminantes pollution atmosphérique, cannabis exposition professionnelle, logements indignes).</p>
<p>Actions envisagées :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire un état des lieux des informations disponibles sur la BPCO pour les transmettre aux professionnels de santé lors de soirées d'informations afin de sensibiliser les professionnels de santé à la problématique de la BPCO, à l'intérêt de sa détection précoce, à son dépistage ciblé et à sa prise en charge. ● Réaliser un annuaire des ressources, le rendre accessible pour faciliter les professionnels de santé et le mettre à jour (consultable sur le site de la CPTS) afin d'améliorer la prise en charge du patient BPCO. ● Établir la description du parcours du patient BPCO, lors de réunions, en identifiant ses points de rupture via un groupe de travail (pneumologues hôpital européen et hôpital Nord, médecins, infirmiers, kinésithérapeute, pharmaciens) en s'appuyant sur les recommandations de la HAS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Détection précoce par spirométrie de patients de 40 ans et plus ayant des facteurs de risques. ○ Information du médecin traitant via un outil informatique de transmission. ○ Orientation et prise en charge vers le professionnel de santé adapté. ○ Lien ville hôpital pour la lutte contre les complications ● Établir une convention de partenariat avec l'association l'APPA pour faire intervenir les conseillères habitat santé dans le parcours patient BPCO lors d'enquête environnementale.

- Recenser les médecins du territoire formés à la réalisation et à l'interprétation de la spirométrie et ayant des compétences spécifiques pour intervenir dans le repérage précoce des patients BPCO,
- Organiser des sessions de formations à destination des MG et IPA sur l'utilisation de spiromètre afin de leur donner les moyens de jouer un rôle dans la détection précoce et le dépistage ciblé chez les personnes à risque de BPCO.
- Planifier des réunions de communication pluriprofessionnelles sur les outils créés (boîte à outils, description du parcours du patient diabétique, annuaire et site internet).
- Recenser les professionnels de santé formés au sevrage tabagique sur le territoire.
- Former les professionnels de santé volontaires à la tabacologie et au sevrage tabagique (DESIU tabacologie et sevrage tabagique).
- Mettre en œuvre des ateliers d'éducation thérapeutique animés par les professionnels de santé pour aider le patient à comprendre sa maladie et vivre avec (avec recensement de l'existant en matière d'ETP BPCO sur les établissements de santé et professionnels du territoire).
- Planifier des évènements grand public en lien avec la lutte contre le tabagisme et la promotion de l'activité physique à destination des patients.

Organiser des réunions avec les pneumologues de l'hôpital Européen et de l'hôpital Nord afin de créer des partenariats pour bénéficier de créneaux de rdv dédiés ou d'expertise de pneumologie, pour les patients qui décompensent leur BPCO ou pour une consultation de recours.

<p>Moyens Nécessaires :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Groupe de travail et référent parcours BPCO. ◇ Site internet outil informatique de coordination, ◇ Supports de communication, temps de coordination, Salle de réunion ◇ <u>Moyens matériels :</u> ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers :</u> <p>Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants.</p> <p>Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...)</p> <p>Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers...</p> <p>Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun)</p> <p>Événementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS)</p> <p>Organisation de formation auprès des professionnels de santé</p> <p>Convivialité, location de salle.</p>
<p>Acteurs impliqués et partenaires :</p>	<p>Médecin généraliste, pneumologue, allergologue, dentiste, cardiologue, IPA, IDEL, pharmacien, kinésithérapeute, APPA, PTA Pratic-santé</p> <p>Réseaux : REZO, https://www.provenceenforme.fr/</p> <p>Mon Sport Santé PACA</p>
<p>Coordonnateur de l'action :</p>	<p>Mme Naouel HELLOUB (IDE/IPA), Dr Rettinavelou Soundaravelou</p>
<p>Calendrier Indicatif :</p>	<p>Démarrage des actions dès la signature des ACI</p>

<p>Propositions d'indicateurs :</p>	<p><u>Indicateurs de moyens :</u></p> <p>Annuaire des ressources</p> <p>Procédure de repérage logement indigne</p> <p>Boîte à outils à destination des PS</p> <p>Support de communication</p> <p><u>Indicateurs de résultats :</u></p> <p>Nombre de PS formés à l'ETP</p> <p>Nombre de logement indigne repérés en lien avec la pathologie respiratoire</p> <p>Nombre de PS participants aux réunions d'informations</p>
--	--

5.4. FICHE N° 5 : DÉVELOPPER DES ACTIONS TERRITORIALES DE PRÉVENTION

Mission socle	Développer des actions territoriales de prévention
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions</p>	<p>La précarité engendre un sous-dépistage de toutes les pathologies.</p> <p>En effet, les actions de communication en direction du grand public ont peu d'impact sur le taux de participation au dépistage organisé des femmes en situation de précarité. Cette condition engendre de nombreux freins financiers, géographiques ou liés au défaut d'accès à l'information. Par ailleurs, les actions de communication centrées sur le dépistage semblent peu adaptées aux représentations sociales et culturelles liées à la maladie et à l'acte de dépistage des femmes en situation de précarité.</p> <p>Selon REZONE du 08.08.2022, les indicateurs les plus défavorables sur notre territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage cancers du sein (différence entre le territoire et le département de -15) • Dépistage col de l'utérus (différence entre le territoire et la région de -13%) • Dépistage colorectal (différence entre le territoire et au niveau national de -11.7%)

- Vaccination contre la grippe patients des + 65 ans et plus (-,6,8 / Département.) et patients à risque (-2,6% /département)
- Examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans (-2,9% / au département)

TOP 5 des ALD sur territoire :

1. Diabète de type 1 et type 2. : 6.4% sur le territoire soit + 1.5 /Département.
2. Affections psychiatriques de longue durée 2.9% Ter. +0.3 / Dép.
3. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique 2.2% sur Ter. soit -1.4 / Dép.
4. Insuf. Cardiaque grave 1.7% sur Ter. soit -0.5/ Dép.
Maladie coronaire 1.7% sur Ter. soit -0.5 / Dép.

Besoins exprimés par les professionnels de santé :

Constatation d'un retard de prise en charge et de dépistage chez de nombreux patients du territoire et d'un manque d'information des patients sur les cancers par rapport au dépistage précoce.

Précarité :

Une population sous-estimée par les données statistiques :

En 2016, selon l'étude " Évaluation quantitative du nombre de personnes sans abri sur Marseille " par Bazus et Daguzan, 14 063 personnes se sont retrouvées au moins une fois en situation d'être sans abri dans l'urgence et ont accédé à un lieu d'accueil ou de soins dédiés. Cette étude ne prend pas en compte les structures s'adressant à une population spécifique : les mineurs et les demandeurs d'asile. De ce fait, l'estimation de la population peut être assurément augmentée et dépasser les 80 000 habitants.

Le parc privé de logements potentiellement indignes est évalué à 34,3 % contre 13,2% sur la commune dans son ensemble et 6,6 % au niveau de la Région (*source Sirse Paca*). Le mal logement contribue fortement à la souffrance psychique des personnes défavorisées et génère une rupture des droits et des soins.

Il est également susceptible d'aggraver des problèmes respiratoires, des allergies et de provoquer des intoxications au plomb et au CO liée à la précarité énergétique qui sont des problématiques de santé publique majeures, notamment cette année, avec l'augmentation importante du prix des énergies. Cela risque de favoriser des comportements entraînant une exposition au monoxyde de carbone : utilisation d'appareils non entretenus ou vétustes, utilisation de poêle à pétrole comme chauffage principal, recours à un groupe électrogène en espace clos... Cela est un vrai

	<p>enjeu de santé publique :une centaine de personnes décèdent chaque année en France d'une intoxication au monoxyde de carbone, et plusieurs milliers font l'objet d'une hospitalisation.</p> <p><u>Besoins exprimés par les professionnels de santé :</u> Manque d'informations et sensibilisation sur le sujet de la précarité énergétique et rupture de droits dans les secteurs du 2-3ème de Marseille.</p>
<p>Objectif général et objectifs spécifiques</p>	<p><u>Objectif général :</u> Améliorer la prévention des pathologies en lien avec logement indigne et le dépistage des cancers.</p> <p><u>Objectifs spécifiques pour le cancer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser les professionnels et la population à l'insuffisance de la prévention. ● Relayer les campagnes de vaccination et de dépistage. ● Comprendre les freins à la réalisation de ce dépistage et limiter le renoncement aux soins <p><u>Objectifs spécifiques pour la précarité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser l'approche médico-sociale territoriale en développant les liens entre le secteur social et médical (liens avec la PASS de ville, les CCAS, la Maison de la solidarité, les centres médico-sociaux du territoire, ...) ● Sensibiliser les professionnels et la population aux dangers de la précarité énergétique. ● Réduire les risques pour la santé des populations précaires ● Prévenir les conséquences sanitaires du mal logement
<p>Actions envisagées</p>	<p>Pour le cancer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recenser les actions de prévention déjà mises en œuvre sur le territoire et organiser des réunions pour formaliser des partenariats avec réseaux, associations, CRCDC et établissements de santé (Hôpital Européen) impliqués dans le dépistage des cancers et le conseil départemental. ● Sensibiliser les professionnels de santé à l'insuffisance de la prévention des cancers sur notre territoire, aux problématiques liées aux indicateurs alarmants et à l'intérêt de leur mise en place lors de soirées d'informations et de réunions .

- Mettre en place un groupe de travail pour :
 - Identifier les freins qui emmènent les femmes à ne pas se faire dépister sur notre territoire (rencontres avec les associations de quartiers et /ou les assistantes sociales en lien avec cette population dans les quartiers précaires).
 - Adapter notre communication pour ce public cible en s'appuyant sur une sociologue en santé publique du CRES-CODES.
- Créer, en partenariat avec les acteurs ressources du territoire, des espaces de réflexion et d'échanges (groupe de paroles...) pour favoriser l'expression des besoins des habitants du territoire.
- Créer des affiches en différentes langues à destination des femmes et les diffuser pour informer sur la prévention des cancers.
- Encourager les médecins généralistes femmes à se former et à réaliser des prélèvements cervico-utérin (PCU) et tests HPV via des soirées de sensibilisation en partenariat avec l'URPS ML.
- Informer et former les professionnels (médecin, Idel, pharmaciens) de santé du territoire à l'auto-test HPV.
- Créer des partenariats et développer des coopérations avec les différents acteurs (participation à la campagne d'Octobre Rose avec l'hôpital européen et de Mars Bleu avec le CRCDC, et journée mondiale du cancer du col de l'utérus), en communiquant et relayant les informations via la mairie de secteur, les associations et tous les professionnels du territoire.
- Organiser des journées de sensibilisation ou ateliers de communication en lien avec les campagnes nationales de dépistage des cancers dans des lieux publics (esplanade des terrasses du port, esplanade de la Major avec atelier d'autopalpation animé par les sage-femmes). N+1

Pour le logement indigne :

- Recenser les actions de prévention déjà mises en œuvre sur le territoire et formaliser des partenariats avec le tissu associatif impliqué (Fondation Abbé Pierre, Médecin du Monde, la Pass de ville et mères-enfants) lors de réunions et groupes de travail.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Constituer un annuaire des structures ressources du territoire, pour les professionnels de santé pouvant être consulté sur le site internet de la CPTS et pour faciliter l'orientation vers les structures d'appui social adéquates les patients en rupture ou à risque de rupture de droits. ● Participer aux campagnes d'information et de prévention des risques liés au mal logement pour les patients sur le territoire en partenariat avec l'association APPA. ● Créer un partenariat avec le dispositif PASS de ville pour bénéficier de la mise à disposition d'interprétariat téléphonique professionnel financé, d'orientation et d'appui aux professionnels de santé dans les problématiques sociales rencontrées par leurs patients en rupture de droits ou en situation de grande précarité. ● Organiser des sessions de formation à destination des professionnels de santé au repérage d'un logement indigne et des problématiques de santé qu'ils peuvent engendrer (en particulier saturnisme, conséquences respiratoires, risques d'intoxication au CO et précarité énergétique).
Public bénéficiaire	L'ensemble de la population du territoire pour les actions à destination des publics et les professionnels de santé du territoire
Moyens nécessaires	<p>Groupes de travail Lieux d'accueil des événements Flyers / Goodies Outils de communication et d'animation des ateliers Bureau pour le coordinateur -Ligne téléphonique- Salle de réunions Connexion internet -Ordinateur- Vidéoprojecteur</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Moyens matériels : Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ● Moyens financiers : Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) Événementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) Organisation de formation auprès des professionnels de santé Convivialité, location de salle

Acteurs impliqués et Partenaires	Membres de la CPTS, PMI, MDPH, Maison de la solidarité, Association La PASS de ville Marseille, assistantes sociales, Centres sociaux, Municipalités, Conseil Départemental, tous professionnels et structures des secteurs prévention, sanitaire, social et médico-social (Mutualité Française...), CRCDC CODEPS, Agence départementale d'information sur le logement, Service communal d'hygiène et santé, Service social référent de l'allocation personnalisée d'autonomie du Conseil départemental 13, Équipe de la PASS mère enfant APHM et sa consultation Santé environnement, Fondation abbé pierre, Médecins du monde (mission squat et bidonville), Sœurs missionnaires, association pour la prévention de la pollution atmosphérique
Coordonnateur de l'action	-Mme Maestraggi Laurence IDEL pour la mission prévention cancer. -Dr Jego Maeva et Dr Khouani Jérémy et Me Helloub Naouel pour la mission prévention précarité
Calendrier	Démarrage à la signature du contrat ACI
Indicateurs	<p><u>Indicateurs de moyens :</u> Supports de communication Flyer affiche etc.. Feuilles d'émargement des PS Conventions de partenariat</p> <p><u>Indicateurs de résultats :</u> Nombre d'ateliers / journées organisées Nombre de participants (PS / Patients)</p>

5.5. FICHE N° 6 : DEVELOPPER LA QUALITE ET LA PERTINENCE DES SOINS

<p>Mission socle</p>	<p>Développer la qualité et la pertinence des soins : Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée de 65 ans et plus, polyopathologique.</p>
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions</p>	<p>La iatrogénie du sujet âgé est plus fréquente, plus grave, plus coûteuse et plus évitable que chez le sujet jeune [<i>Iatrogénie et prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - ClinicalKey Student. In Traité de Médecine Akos 2019</i>].</p> <p>En 2020, la HAS recense dans son rapport les erreurs associées aux produits de santé, sachant que pour 69% d'entre elles sont la cause d'erreurs liées aux médicaments, et que 55% des erreurs étaient liées à des produits de santé, concernaient les patients de plus de 60 ans [Rapport EIGS médicament.pdf. 2021 HAS].</p> <p>L'offre d'actions de prévention concernant le thème du médicament sur le territoire de Marseille s'élève à 8 actions de prévention pour l'année de 2019 à 2022 selon le site OSCARS du CRES PACA hors la thématique de la iatrogénie médicamenteuse.</p> <p>Selon REZONE du 08.08.2022, il y a une forte proportion de diabétiques et une forte consommation de médicaments, notamment traitement par benzodiazépine anxiolytique (20,8% sur le territoire soit +1,5 / Dép.) et traitement Benzo. Hypnotique (51,7% Ter. Soit +1 / Dép.).</p> <p>La polymédication continue des 65 ans et plus par au moins 10 molécules distinctes est très au-delà des taux (26,8% sur territoire, +7,1 Dép. 9,5 Paca, + 10,4 Fr.).</p> <p>L'exercice isolé ne permet pas les échanges et la réflexivité des pratiques, qui s'éloignent des recommandations et de l'état de l'art (données scientifiques actualisées).</p> <p>L'environnement professionnel génère de l'isolement qui rend difficile les échanges ainsi que des analyses croisées et la prise de recul sur les situations difficiles des cas complexes.</p> <p>L'environnement informatique, à l'heure du développement de Mon espace santé et problématiques des marginaux non informatisés, des personnes âgées seules et sans accès internet.</p>

<p>Objectif général et objectifs spécifiques</p>	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de 65 ans et plus polypathologiques.</p> <p><u>Objectifs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les professionnels de santé à l'enjeu majeur de la iatrogénie médicamenteuse. ▪ Améliorer la communication inter-professionnelle. ▪ Répertorier les différentes structures pouvant intervenir avec la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée polypathologique et polymédicamentée. ▪ Renforcer les campagnes de prévention sur l'iatrogénie médicamenteuse. ▪ Promouvoir la démarche qualité et sécurité du patient
<p>Public bénéficiaire</p>	<p>Professionnels de santé du territoire. Tous les patients ciblés : fragiles, polymédicamentés et âgés de 65 ans</p>
<p>Actions envisagées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Planifier une soirée d'information et de sensibilisation aux professionnels de santé du secteur sur le problème de santé publique de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée polypathologique. ● Rechercher des partenariats afin d'informer, et diffuser les informations nécessaires aux professionnels de santé pour la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée polymédicamentée (S'aider des éditeurs de logiciels mettant en place le Ségur numérique obligatoire, des ordres professionnels). ● Diffuser et informer les professionnels afin qu'ils s'approprient les dispositifs et outils déjà existants sur ce sujet (messagerie sécurisée...). ● Planifier une soirée d'information et de sensibilisation, auprès des professionnels de santé, à l'utilisation de Mon Espace Santé ou dossier médical partagé sur le régime médicamenteux du patient. (la personne de plus 65 ans pour détecter les poly médicaments, les signes d'insuffisance rénale ou hépatiques, la présence d'IPP)

	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser en partenariat avec le CRES des sessions de formation sur le Risque iatrogénique. • Planifier des groupes de recherche des dernières recommandations et d'analyses de pratique pour actualiser et sécuriser la pratique des soignants (Respect des AMM des posologies maximales). • Sensibiliser les professionnels, via des réunions d'information, à la déclaration des événements indésirables associés aux soins
Moyens nécessaires (outils)	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Équipe de pilotage des groupes et des événements ◇ Outils de communication : site internet de la CPTS, mailing fait par une secrétaire), flyers, kakémono, posters, location d'une salle équipée de micros, projecteurs, intervention des acteurs impliqués (CPAM, Gériatre et Pharmacien qui interviennent dans la conciliation médicamenteuse en milieu hospitalier). ◇ Abonnement aux bases de données Pubmed, Embase. ◇ <u>Moyens matériels</u> : ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers</u> : <p>Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) Évènementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS)</p>
Acteurs impliqués et Partenaires	L'ensemble des PS du territoire, Gériatre et Pharmacien hospitalier, équipe mobile de gériatrie de l'APHM TIMONE, des associations de seniors.
Coordonnateurs	Laurent DALVERNY Pharmacien, Mme Naouel HELLOUB IPA/IDEL
Calendrier indicatif	Démarrage à la signature du contrat ACI
Propositions d'Indicateurs	<u>Indicateurs de moyens</u> : Support de formation Convention de partenariats Feuille d'émargement <u>Indicateurs de résultats</u> : Nombre de PS participants aux soirées de sensibilisation Nombre de PS formés au risque iatrogénique Nombre de réunions groupe analyse de pratique réalisées

5.6. FICHE N° 7 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Mission socle / complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	Mission OPTIONNELLE 2 Accompagnement en faveur des professionnels de santé du territoire
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	<p>Sur le territoire de la CPTS de taille 3, qui comporte 75856 habitants on constate un contexte de tension démographique :</p> <p>Sur les 97 médecins généralistes : 31 ont plus de 60 ans parmi lesquels 19 ont plus de 65 ans.</p> <p>Sur les 102 médecins hors MG : 26 ont plus de 60 ans parmi lesquels 13 ont plus de 65 ans</p> <p>Sur les 85 IDE, 16 ont + de 60 ans parmi lesquels 5 ont + de 65 ans</p> <p>Sur les 79 MK, 13 ont plus de 60 ans</p> <p>9 sage-femmes, dont 2 ont plus de 60 ans</p> <p>10 orthophonistes</p> <p>35 pharmaciens</p> <p>L'offre libérale est complétée par une MSP Peyssonnel, la MSP Vieux port, la MSP Felix Pyat et deux centres de santé polyvalents, réalisant 6,4 % des actes de médecine générale. A noter aussi 2 centres de santé dentaire, un CDS spécialisé en ophtalmologie.</p> <p>Le renforcement de l'offre de soins de premier recours constitue un enjeu primordial pour l'accessibilité géographique aux soins primaire par une mobilisation de l'ensemble des dispositifs permettant d'inciter les jeunes professionnels de santé à s'installer</p> <p>L'accueil et l'accompagnement d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, paramédicaux) sont également importants.</p> <p>Par ailleurs, les jeunes médecins s'installant souhaitent organiser leur temps différemment et par conséquent le temps médical disponible diminue.</p> <p>Retour des professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoin de soutien des professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les cabinets médicaux ne sont pas adaptés aux nouvelles pratiques médicales ▪ Les jeunes professionnels ne connaissent pas les opportunités d'installation
Objectif général et objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ◇ <u>Objectif Général</u> : Améliorer l'accompagnement des professionnels sur le territoire ◇ <u>Objectifs spécifiques</u> : ◇ Favoriser l'attractivité du territoire afin d'inciter et faciliter les nouvelles installations ◇ Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de

	<p>pratiques professionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Développement des coopérations et partage de compétences ◇ Promouvoir les lieux de stages ◇ Améliorer l'accueil et l'intégration des étudiants dans le réseau de professionnels de santé
<p>Actions envisagées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les lieux de stages déjà en place sur le territoire(cartographie). ● Sensibiliser et inciter les professionnels de santé locaux à la maîtrise de stage et accompagner les professionnels de santé qui le souhaitent dans l'accueil des étudiants (formation pour devenir maître de stage universitaire, tutorat, mise en lien des stagiaires avec les professionnels de santé...). ● Réaliser un diagnostic des lieux d'exercices et promouvoir le développement des exercices coordonnés pour proposer un cadre attractif (ESP, MSP, cabinets, remplacements, collaborations...) sur l'ensemble du territoire (donner une visibilité à ces projets, partager des documents avec ces structures). ● Favoriser l'intégration des stagiaires ou nouveaux professionnels sur le territoire lors de rencontres, soirées d'accueil et de promotion du territoire pour accueillir les nouveaux arrivants, les remplaçants, les étudiants et les stagiaires : leur présenter le territoire, la CPTS, les ressources du territoire, leur expliquer le Projet de Santé, leur faire connaître le site internet, leur présenter les modalités d'inscription à la CPTS, les structures du territoire. ● Former un groupe de travail en partenariat avec l'ARS (Chargée de Mission Offre de soin de premier recours) afin de réfléchir à d'autres leviers pouvant favoriser l'installation des PS. ● Promouvoir la CPTS auprès des écoles, universités, facultés de médecine, instituts de formation professionnels. ● Créer un site internet régulièrement alimenté en contenu, comprenant les informations relatives aux actualités des professions de santé, les actualités de la CPTS (actions, événements) et valorisant les opportunités d'installation et le cadre de vie du territoire. ● Promouvoir les dispositifs d'aides à l'installation pour les professionnels de santé libéraux (exemple contrat CSTM contrat de solidarité territorial médecin).

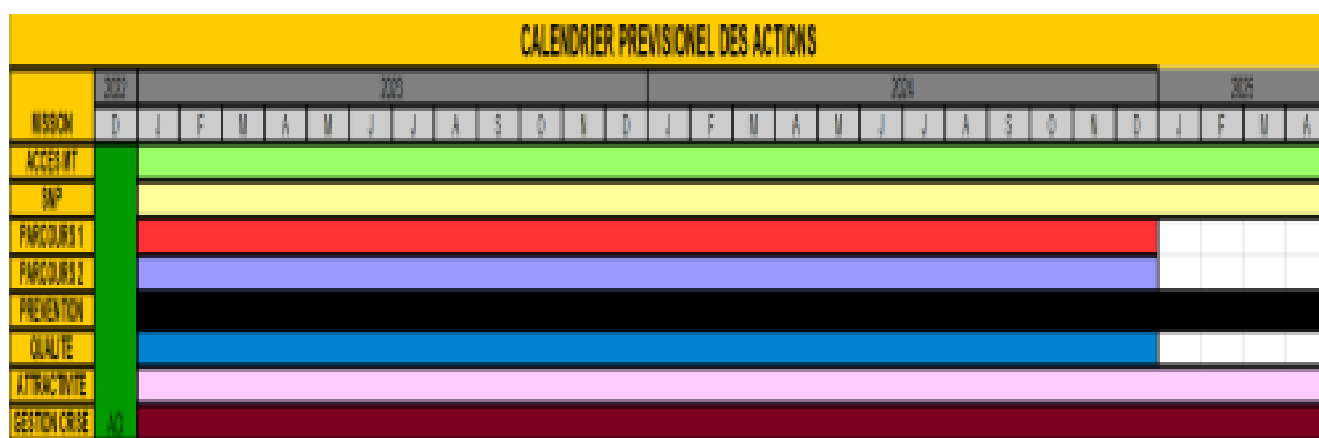
Public bénéficiaire	Étudiants en médecine générale, étudiants en santé L'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire indépendamment de leurs conditions d'exercice (coordonné ou isolé)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Création d'un site internet, de réseaux sociaux dédiés à la CPTS, de support de présentation de la CPTS ◇ Soirées, journées de sensibilisation sur différents thèmes retenus comme pertinents par la CPTS, ◇ Outil de suivi des départs et installation (veille démographique), Outil de suivi des lieux de stage ◇ <u>Moyens matériels</u> : ◇ Bureau pour le coordinateur, ligne téléphonique, salle de réunion, connexion internet, ordinateur, vidéo projecteur, imprimante, affiche, ◇ <u>Moyens financiers</u> : <p>Rémunération : coordinateur, membres du groupe de travail, membres de la CPTS, intervenants. Financement structurel (locaux, ordinateur, internet, déplacements...) Impression : outils de communication, documents de travail, documents de communication, comptes-rendus, courriers... Site internet / plateforme (téléphonique / agenda commun) Évènementiel (organisation de temps d'information pour les membres de la CPTS) Organisation de formation auprès des professionnels de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Convivialité, location de salle
Acteurs impliqués et Partenaires	Tous les professionnels de la CPTS, les collectivités territoriales, communautés de communes, municipalité, ARS PACA, Assurance Maladie, l'INTER URPS, faculté de médecine, IFSI professionnels de santé libéraux des MSP et en cabinets isolés, URPS, PTA, Maison des Solidarités, offices de tourisme...
Coordonnateur de l'action	Dr Jérémie KHOUANI
Calendrier	Démarrage dès la signature de l'ACI
Indicateurs	<p><u>Indicateurs de moyens</u> :</p> <p>Cartographie des lieux de stages Support de présentation Feuille d'émergence</p> <p><u>Indicateurs de résultats</u> :</p> <p>Nombre d'adhérents à la CPTS Nombre d'évènements organisés Nombre de professionnels présents aux évènements</p>

5.7. FICHE N° 8 PARTICIPATION A LA REPOSE AUX CRISES SANITAIRES

Mission socle /complémentaire	PARTICIPATION A LA REPOSE AUX CRISES SANITAIRES
<p>Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions</p>	<p>Les années 2020 et 2021 ont été marquées par une crise sanitaire grave. Les organisations coordonnées type CPTS se sont fortement mobilisées afin d'apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population. Faire face à une situation sanitaire exceptionnelle requiert une coordination totale des actions au niveau national comme territorial.</p> <p>L'ensemble des acteurs doit donc se préparer pour bien coordonner la réponse. La succession de différentes crises ces dernières années, telles que le SRAS, la grippe A-H1N1, les différentes canicules ou encore les attentats de 2015, nous démontre que tous les professionnels de santé ont donc vocation à se préparer à cette éventualité.</p> <p>A l'échelle du territoire, la CPTS est identifiée comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de crise sanitaire et apporter une réponse à la sortie prématurée des patients en cas de crise majeure.</p> <p>Il est à noter que si la médecine de ville ne dispose pas de plan spécifique à la gestion d'une crise sanitaire, elle a su s'organiser sur le terrain afin d'assurer la continuité de prise en charge des patients dans le respect des mesures barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par une forte collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux du territoire (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers, etc.) • Par un recours massif à la pratique de la télé médecine, avec près de 44 % des médecins généralistes ayant réalisé une téléconsultation la semaine du 23 mars et plus d'un million de téléconsultations réalisées la semaine du 30 mars • Par l'organisation de lieux spécifiques de prise en charge ambulatoire, les centres Covid, ouverts en cas de débordement avec l'appui des municipalités et des ARS. <p>A ce jour, 28 M de Cas confirmés COVID + en France ; 146 670 décès dont 117 869 à l'hôpital ; 54,3 M de personnes ont reçu au moins une dose de vaccin en France.</p>
	<p><u>Retour d'expérience des PS :</u></p> <p>Les libéraux se sont organisés seuls entre eux, les PEC des tournées covid ont été mises en place très tôt bien avant les directives de la CPAM. Les libéraux ont maintenu un lien avec les personnes isolées à domicile et ont conservé ce lien de confiance qui les unit à leurs patients, tout en faisant également preuve d'entraide, de solidarité et d'organisation entre eux. Les CPTS ont ensuite été contactées début 2021 par la mairie, le département, l'APHM, l'ARS et les structures privées pour que les libéraux viennent armer des centres de vaccination</p> <p>Les initiatives personnelles et parfois originales sont celles qui ont fonctionné.</p>

	<p>Durant les échanges, plusieurs points ont été soulevés dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'importance de la prise en compte des acteurs de terrain dans l'organisation des réponses et - l'importance de la place des libéraux (IDE / médecins / etc...) dans une réponse adaptée et rapide avec en exemple l'organisation de la vaccination. - Participation active de la CPTS coordination santé au conseil communal de santé de Marseille
Objectif général et objectifs spécifiques	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Organisation d'une réponse territoriale pour faire face aux menaces et crises sanitaires exceptionnelles (accident, catastrophe, attentat)</p> <p><u>Objectifs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Formalisation d'une organisation territoriale de gestion de crise en lien avec le plan ORSAN et la mission de défense et sécurité de l'ARS PACA. ◇ Mettre en œuvre une cellule de crise, le dispositif de déclenchement de l'alerte et l'adaptation des protocoles de gestion de crise. ◇ Organisation de la gestion de crise opérationnelle. ◇ Organisation des RETEX et actions de communication (Retour d'expérience)
Public bénéficiaire	Population du territoire de la CPTS Marseille 2 & 3
Actions envisagées	<ul style="list-style-type: none"> ● Formaliser la procédure organisationnelle de gestion de crise / Plan Blanc de ville (déclenchement de l'alerte, constitution de la cellule de crise, procédures opérationnelles annexes...). ● Élaboration du plan de crise, établir la liste des participants et des suppléants en 1^{ère} ligne et en 2^{nde} ligne et des aidants avec nombre de professionnels de santé participant aux actions et nombre de professionnels formés aux situations de crise ; recueillir les numéros de téléphone pro et perso, déterminer la personne déclenchant la cellule de crise, créer une cellule de crise pour la gestion et l'utilisation des EPI, Formaliser les protocoles de prise en charge et actualisation annuelle du plan . ● Formaliser un plan de communication de crise ● Organiser la mise en œuvre opérationnelle de la gestion de crise. ● Planifier des RETEX autour de soirées favorisant la communication, échanges et convivialité avec les acteurs du territoire. ● Organisation d'une formation pour la gestion de crise pour former et entraîner les professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (en fonction de ces scénarios, une formation adaptée aux risques, avec ateliers pratiques et réalisation d'entraînements, doit

	être organisée pour les personnels susceptibles d'être en situation de premier abord.
Moyens nécessaires	Ressources Matériel, ressources humaines et systèmes d'informations
Acteurs impliqués et partenaires	Professionnels de santé du territoire de la CPTS, collectivités – Hôpital Européen– ARS – CPAM – URPS – préfet, Police- SAMU -BMPM- Croix Rouge
Coordonnateur de l'action	Responsable identifié de la cellule de crise : Dr Michel PINI
Calendrier indicatif	Démarrage à la signature du contrat ACI
Indicateurs	<p><u>Indicateurs de moyens :</u> Formalisation de la procédure organisationnelle de gestion de crise (déclenchement de l'alerte, constitution de la cellule de crise procédures opérationnelles annexes...) Outils de gestion de communication de crise.</p> <p><u>Indicateurs de résultats :</u> Nombre de professionnels impliqués dans la gestion de crise.</p>



6.ANNEXES

- Annexe 1 : Statut de la CPTS signés
- Annexe 2 : Charte d'adhésion à la CPTS
- Annexe 3 : Listing des adhésions à la CPTS
- Annexe 4 : Fiches de poste membres du bureau
- Annexe 5 : Liste des membres du bureau et du conseil d'administration
- Annexe 6 : Documents de réunion : comptes rendus des assemblées générales et réunion bureau CA de 2021 à 2022
- Annexe 7 : Documents créés pour la soirée d'information du 28 juin 2022
- Annexe 8 : Posters créés pour la soirée d'information du 28 juin 2022
- Annexe 9 : Convention avec la mairie du 2-3eme arrondissement de Marseille
- Annexe 10 : Diaporama de Présentation aux Professionnels de santé
- Annexe 11 : Diagnostic territorial
- Annexe 12 : Feuille de route méthodologie groupes de travail