

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2022

THESE 2022/TOU3/2066

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lucie POUTRAIN

**CADRE JURIDIQUE DES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES
DE SANTE (CPTS) ET PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE :
ILLUSTRATIONS EN HAUTE-GARONNE**

Le 3 octobre 2022

Directeur de thèse : Professeur Florence TABOULET

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe CESTAC
1er assesseur : Madame le Professeur Florence TABOULET
2ème assesseur : Madame le Docteur Corinne POUJOL
3ème assesseur : Monsieur le Docteur Hugues DEBILLY

PERSONNEL ENSEIGNANT

du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé

au 4 avril 2022

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERAËVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme LARGEAUD L	Immunologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie clinique
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme AMRANE Dyhia	Chimie Thérapeutique
------------------	----------------------

Remerciements

A mes juges,

Monsieur le Professeur Philippe Cestac

Pharmacien des Hôpitaux

Professeur des Universités de Pharmacie Clinique

Merci de me faire l'honneur d'être le président du jury de cette thèse et de juger mon travail. Merci de m'avoir permis d'acquérir une telle ouverture d'esprit au sujet de la pharmacie d'officine durant ce cursus à la Faculté de Pharmacie de Toulouse.

Madame le Professeur Florence Taboulet

Professeur de droit pharmaceutique et économie de la santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

CERPOP (Center for Epidemiology and Research in POPulation health), UMR 1295 Inserm,
Trajectoires d'innovation en santé : enjeux bioéthiques et impact en santé publique

Merci de me faire l'honneur d'avoir été ma directrice de thèse, d'avoir encadré ce travail malgré les contraintes de temps. Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement tout au long de ces études. Les bases juridiques solides que vous avez su me transmettre sont indispensables à l'exercice qualitatif de la pharmacie d'officine et elles me seront utiles tout au long de l'exercice de ma profession.

Madame le Docteur Corinne Poujol

Docteur en Pharmacie à Saint-Gaudens

Maitre de stage universitaire

Membre de l'équipe projet de la CPTS Pays du Comminges.

Merci pour la qualité de votre encadrement lors des stages que nous avons pu réaliser ensemble. Sans vous lors de mon stage de fin de PACES, je ne serais probablement pas pharmacienne à ce jour. Vous avez su me transmettre votre amour du métier et du travail bien fait. Je vous en remercie.

Monsieur le Docteur Hugues Debilly

Docteur en médecine générale à Villeneuve d'Aveyron

Maitre de stage universitaire

Porteur du projet de la CPTS Posavi

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse. J'espère qu'il sera utile par la suite, dans le projet de CPTS à Villefranche-de-Rouergue.

Aux personnes ayant contribué à l'élaboration de cette thèse. Merci de l'avoir lue, relue, modifiée et corrigée afin qu'elle aboutisse à cette forme définitive.

Aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie avec qui j'ai eu l'opportunité de travailler. J'ai une pensée pour :

- l'ensemble du personnel de la pharmacie de la Place à Saint-Gaudens, pour m'avoir permis de réaliser ma première expérience professionnelle au sein de leur établissement
- le personnel de la pharmacie de l'Arc en Ciel à Saint-Gaudens pour la qualité de leur travail, leur gentillesse et leur professionnalisme qui ont su me guider tout au long de ces études.
- Le personnel de la pharmacie du Marché à Villefranche-de-Rouergue. Aurélie, Thibaut, pour vos conseils toujours pertinents et pour les échanges constructifs que nous avons pu avoir. A très bientôt !
- Le personnel de la Grande Pharmacie des Arcades de Montréjeau pour ces six mois passés à vos côtés. Merci d'avoir mis un joli point final à ces sept années d'étude.

A Madame Isabelle Algans. Je ne pourrai jamais vous remercier suffisamment pour votre gentillesse et votre indéfectible soutien tout au long de ces études ; depuis le jour des résultats du concours, jusqu'au dernier jour de sixième année, et au-delà je l'espère. Merci Isabelle.

A l'ensemble des enseignants et personnels administratifs de la Faculté de Pharmacie de Toulouse. Merci pour les échanges que nous avons pu avoir.

Aux professionnels ayant encadrés mon externat : membres du REIPO, membres du SDIS 31, personnels des services de l'UHCD et du PUG de Purpan. Vous avez contribué à former la professionnelle que je suis aujourd'hui et je vous en remercie.

A Jordan et Elena. Merci votre confiance lors de la création de notre association, l'ATASEP, qui, je l'espère, continuera de grandir et de mener à bien ses missions auprès des étudiants. Merci pour ces moments partagés. Je vous souhaite beaucoup de belles choses pour la suite.

Aux délégués de promotion et élus UFR. Merci pour le travail que nous avons réalisé ensemble. Une pensée particulière à la team présente pendant la crise COVID, on aura bien rigolé !

A ma promotion, les « Pharmacaques ». Merci de la confiance que vous m'avez accordée depuis la P2 en tant que responsable de promotion. J'ai grandi grâce à vous et vous représenter a été une fierté.

A ma famille,

Papa, merci pour tout. Je te remercie pour la haute estime du métier de pharmacien que tu as depuis toujours et pour la vision de la vie que tu as su me transmettre. J'espère pouvoir travailler avec toi pendant encore longtemps. Merci pour ton indéfectible soutien.

Thomas, mon frère, merci pour ta présence, pour ton soutien, pour tous les moments passés ensemble depuis toujours. Je te souhaite beaucoup de réussite dans la suite de tes études et dans ta vie personnelle. Hâte de former un nouveau duo de choc dès la fin de tes études !

Papi et Mamie, merci pour votre présence, votre soutien et votre gentillesse depuis toujours.

Maman, merci de m'avoir permis de réaliser ces études.

Thibaut, Mary, Adrien, Floran, merci pour votre soutien et pour votre présence.

Juliette, Pierre, merci de m'avoir accueillie en Polynésie et de m'avoir fait découvrir le bonheur de voyager. Le premier jour du reste de ma vie a commencé avec vous. Mauruuru les cousins !

A mes amies,

Camille, Celia, Claire C. Je ne vous remercierai jamais assez pour tous les moments passés ensemble : les repas, les révisions, les week-ends, les soirées, les Happy Meal du goûter, les UberEats du soir, les crises de rire et de désespoir et surtout, pour votre présence et votre soutien depuis le début de mon aventure en pharmacie. Sans vous, ces études auraient été bien fades. Je vous souhaite beaucoup de bonheur dans vos vies et qu'elles continuent de partager la mienne pendant encore longtemps. Une mention spéciale pour Claire qui m'aura supportée dans la fin de rédaction de cette thèse (et ce n'était pas facile tous les jours !).

Déborah, Claire L. Merci pour tous les moments passés ensemble, nos discussions, nos sorties, nos partages, nos week-ends. Plein de jolies choses se préparent dans vos vies et je vous souhaite que ça continue. Merci d'exister dans ma vie. Une pensée particulière pour Déborah, merci de m'avoir accompagnée dans les dernières relectures de ce manuscrit, même jusque tard dans la nuit (le Tariquet nous aura bien aidé) !

Elise. Merci pour ta gentillesse à mon égard tout au long de ces études.

Mélanie. Merci pour ton soutien, ta gentillesse, nos longues discussions et tous les moments que nous avons pu passer ensemble. A très bientôt dans l'Aveyron !

Elodie. Merci de m'avoir apporté ta bonne humeur, ton soutien et de m'avoir aidé à gérer le stress (surtout à la fin). J'ai une pensée émue à l'égard de nos discussions du jeudi soir.

Table des matières

Remerciements	4
Liste des abréviations.....	10
Liste des figures.....	11
Liste des tableaux.....	12
Introduction.....	13
Première partie : Encadrement juridique des CPTS.....	14
Chapitre I : La politique nationale de santé	14
Section I : Le droit à la protection de la santé	14
Section II : La politique nationale de santé.....	15
Section III : Ma Santé 2022	16
Chapitre II : La politique régionale de santé.....	19
Section I : Les agences régionales de santé	19
Section II : Le projet régional de santé	27
Chapitre III : Le cadre juridique des CPTS en France en 2022	31
Section I : Définition.....	31
Section II : Le projet de santé	32
Section III : Le contrat territorial de santé.....	34
Section IV : Les missions confiées aux CPTS	35
Section V : Le financement des CPTS.....	42
Section VI : Le statut juridique des CPTS	49
Chapitre IV : CPTS et rôle du pharmacien d'officine	50
Section I : Dispensation sous protocole de coopération	50
Section II : Le rôle de pharmacien correspondant.....	55

Deuxième partie : Illustration du déploiement des CPTS en Haute-Garonne à travers l'analyse de la lettre d'intention d'une CPTS urbaine et d'une CPTS rurale.....	57
Chapitre I : Le guichet CPTS, particularité du déploiement des CPTS en région Occitanie.	57
Chapitre II : Analyse des lettres d'intention de la CPTS Toulouse Nougaro et de la CPTS Pays du Comminges.....	59
Section I : Présentation de la CPTS Toulouse Nougaro (ou Toulouse nord-est)	60
Section II : Présentation de la CPTS Pays du Comminges.....	66
Section III : Ebauche des projets de santé et place du pharmacien d'officine dans ces deux CPTS.....	71
Conclusion	92
Références bibliographiques.....	93
Annexe : Serment de Galien.....	95

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Actions de Santé Libérale En Equipe

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESP : Equipe de Soins Primaires

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de santé

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAÏA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Liste des figures

Figure 1 : Missions socles confiées aux CPTS (Source : article 5 de l'arrêté du 21 août 2019 et Avenant 2 de l'ACI, Code de la santé publique).....	36
Figure 2 : Missions complémentaires et optionnelles confiées aux CPTS (Source : article 5 de l'arrêté du 21 août 2019, Code de la Santé Publique).....	36
Figure 3 : Cartographie des CPTS et projets de CPTS sur le département de la Haute-Garonne (Source : guichet CPTS, juin 2022) (7).....	59
Figure 4 : Cartographie du territoire couvert par la CPTS Toulouse Nougaro (Source : lettre d'intention, décembre 2019) (8).....	61
Figure 5 : Cartographie du territoire couvert par la CPTS Pays du Comminges (Source : lettre d'intention, janvier 2022) (12).....	66
Figure 6 : Le programme ICOPE en 5 étapes (Source : Organisation Mondiale de la Santé, juin 2019) (15).....	83
Figure 7 : Cartographie des territoires situés à moins de 15 minutes en voiture d'une pharmacie d'officine (en vert) (Source : Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, 2017) (16).....	86

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taille des CPTS selon le nombre d'habitants couverts par le territoire (Source : article 7.1 de l'arrêté du 21 août 2019, Code de la santé publique)	32
Tableau 2 : Montants des financements alloués aux CPTS pour leur fonctionnement en fonction de leur taille (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique).....	43
Tableau 3 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°1 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)	44
Tableau 4 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°2 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique).....	45
Tableau 5 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°3 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique).....	45
Tableau 6 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°4 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)	45
Tableau 7 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°5 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)	46
Tableau 8 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°6 (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)	46
Tableau 9 : Financement total possible pour la réalisation des missions attribuées aux CPTS (Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)	46

Introduction

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des structures créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé et sous tutelle des agences régionales de santé (ARS) ¹. Elles tendent à rendre effectifs plusieurs droits fondamentaux affirmés dans notre pays. Devant les difficultés posées par les déserts médicaux, les CPTS visent à rendre les soins de santé accessibles pour tous et surtout, en tout point du territoire.

Les CPTS s'inscrivent sur le plan territorial dans la politique régionale de santé, celle-ci déclinant la politique nationale de santé. Les populations étant différentes selon les régions, les CPTS permettent de s'adapter au mieux aux problématiques locales rencontrées par les patients mais aussi par les professionnels de santé. En répondant aux besoins de soins primaires, ces structures sont appelées à se multiplier et à reconfigurer le système de santé.

Après avoir exposé le cadre juridique relatif à la création et au fonctionnement des CPTS, nous nous sommes questionnées sur la place que pouvait prendre le pharmacien d'officine au sein de ces structures. Deux illustrations serviront d'exemple, avec l'analyse des lettres d'intention : la CPTS Toulouse Nougaro, pour son profil urbain et la CPTS Pays du Comminges pour son profil plutôt rural. Cette comparaison permettra de mettre en évidence les missions du pharmacien d'officine au sein de ces organisations.

¹ Article L 1434-12 du Code de la santé publique.

Première partie : Encadrement juridique des CPTS

Chapitre I : La politique nationale de santé

Section I : Le droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental de la personne humaine, affirmé depuis de nombreuses années, y compris à l'échelle internationale.

Dès 1946, la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »².

Ce droit est réaffirmé au niveau européen, dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne qui énonce que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux »³.

Au niveau national, en France, ce droit est de nouveau assuré dans le Préambule de la Constitution de 1946. En effet, il est écrit que la Nation « garantit à tous [...] la protection de la santé »⁴.

Le Code de la santé publique stipule également plusieurs règles et principes fondamentaux tels que « le droit fondamental à la protection de la santé [...] par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». Différents acteurs concourent au fondement de la protection de la santé. En France, il s'agit des professionnels et établissements de santé, des organismes d'assurance maladie, des autorités sanitaires, des collectivités territoriales, des usagers et de tous les autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins⁵.

² OMS, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

³ Journal officiel des communautés européennes, Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 18 décembre 2000.

⁴ Préambule de la Constitution, article 11, 27 octobre 1946.

⁵ Article L 1110-1 du Code de la santé publique.

La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme et précise ce droit. Elle prône le respect de la dignité de la personne malade, notamment dans le cadre de la fin de vie ⁶.

La loi du 26 janvier 2016 dite « loi de modernisation de notre système de santé » vient renforcer certains principes précédemment cités. Elle précise également la notion d'accessibilité aux soins, pour tous et en tout point du territoire ⁷.

Section II : La politique nationale de santé

Le décret du 29 décembre 2017 portant sur la définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 réaffirme plusieurs principes de base de la santé publique tel que le droit à la protection de la santé et vise à répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé et notamment « l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux » ⁸.

En effet, l'accès aux soins pour tous et sur l'ensemble du territoire est un des enjeux majeurs du ministère chargé de la santé. En ce sens, un pacte territoire santé a été développé, afin de lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. Un premier volet a vu le jour entre 2012 et 2015, un deuxième volet entre 2015 et 2017. De nos jours, c'est le troisième volet de ce pacte territoire santé qui est en cours.

Depuis 2012, plusieurs engagements ont été entrepris afin de développer le travail en équipe, via les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé polyvalents. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de juillet 2013 montre effectivement l'utilité de la présence des centres de santé dans l'offre de soins ⁹. Ce type de travail pluriprofessionnel permet de mieux prendre en charge les patients, de rendre le territoire plus attractif et *in fine*, de tendre à davantage d'installations de médecins. La notion de « rémunération d'équipe » voit également progressivement le jour

⁶ Article L 1110-3 ; L 1110-9 ; L 1110-10 du Code de la santé publique.

⁷ Article L 1110-5 du Code de la santé publique.

⁸ Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017, stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

⁹ Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), juillet 2013.

pour tendre graduellement vers les notions d'exercice coordonné pluriprofessionnel que l'on connaît aujourd'hui.

La politique nationale de santé comprend onze domaines d'actions prioritaires développés selon 43 objectifs nationaux visant à l'amélioration de la santé et de la protection sociale. Parmi les nouvelles notions développées dans le cadre de cette loi, figure la « promotion de la santé dans tous les milieux de vie », « l'organisation de parcours de santé », « la préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires » ainsi que la « participation de la population aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires »⁷.

Dans le dossier de presse édité le 28 janvier 2016 à propos de la loi de modernisation de notre système de santé par le ministère chargé de la santé, trois axes principaux sont annoncés et notamment : « innover pour mieux soigner en proximité », partie qui nous concerne ici. La huitième mesure de ce document tend à développer une médecine de proximité, centrée autour du médecin traitant. C'est dans cette optique que le gouvernement prévoit la mise en place d'équipes de soins primaires (ESP) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), permettant aux professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes, mais aussi auxiliaires médicaux et acteurs des domaines médico-sociaux et sociaux d'interagir entre eux de façon plus aisée¹⁰. Un renforcement de la coordination de ces différents acteurs permettrait d'améliorer le parcours de santé des patients, notamment atteints de maladies chroniques, en situation de précarité sociale, de handicap ou encore en perte d'autonomie.

Section III : Ma Santé 2022

La loi du 24 juillet 2019 dite « loi de transformation du système de santé » ou encore « Ma Santé 2022 » réaffirme le fait que la politique nationale de santé relève de la responsabilité de l'Etat et est définie par la Nation. Plusieurs axes de travail sont énoncés tels que « la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre

¹⁰ Ministère de la santé, dossier de presse de la loi de modernisation de notre système de santé, 28 janvier 2016.

les femmes et les hommes ». L'objectif est de garantir « la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins »¹¹.

Dans le cadre du travail de cette thèse, c'est la notion de « réduction des inégalités sociales et territoriales en santé » qui va nous intéresser. En effet, le système de santé français est confronté à de nombreux défis, tels que l'avancée du numérique et de son utilisation dans le cadre de la santé, la protection des données numériques de santé, l'arrivée de la téléconsultation et plus globalement de la télémédecine. Par ailleurs, les problèmes d'accès aux soins sont également évoqués avec les pénuries de médecins généralistes, de gynécologues, psychiatres et des professions paramédicales telles que les masseurs-kinésithérapeutes ou les infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL). (1), (2) Des enjeux d'aménagement du territoire et d'attractivité sont également à considérer. Ce sont donc le deuxième et le troisième axe de cette stratégie nationale qui vont tout particulièrement attirer notre attention : « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » et « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ».

Un des autres aspects de cette réforme est la lutte contre le cloisonnement du système de santé français. En effet, chaque professionnel réalise sa mission et c'est souvent le patient qui coordonne lui-même l'intervention des différents professionnels de santé sur son propre dossier médical. Cependant, tous les patients n'ont pas la capacité de gérer cela, d'autant plus que le système de santé peut parfois s'avérer compliqué. L'élément central du travail pluriprofessionnel est la coordination entre les différents acteurs de santé dans l'intérêt du patient, afin de le soulager de cette tâche et de mener des interventions plus pertinentes afin d'améliorer la santé globale de la population.

La notion de garantie d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire se développe autour de trois axes de travail : un renfort de la présence médicale en fonction des besoins des territoires, la généralisation de l'usage du numérique et le fait de faire confiance aux acteurs de terrain.

¹¹ Article L 1411-1 du Code de la santé publique.

La garantie de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé se base sur le fait de transformer l'offre de santé des territoires. En effet, une des solutions employée est la structuration des soins primaires au travers notamment d'un exercice pluriprofessionnel coordonné via des équipes de soins primaires ou encore des communautés professionnelles territoriales de santé.

Chapitre II : La politique régionale de santé

Section I : Les agences régionales de santé

A- Définition

Les agences régionales de santé (ARS) sont des établissements publics à caractère administratif. Elles ont été créées en 2010 à l'occasion de la promulgation de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Ce sont des établissements placés sous la tutelle du ministère chargé de la santé ^{12, 13}.

Leur principale ambition est de mettre en application les objectifs de la politique nationale de santé en tenant compte de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) et en respectant les particularités du territoire qui leur est associé. Les ARS sont au plus près du terrain et sont donc les interlocutrices les plus à même de répondre aux besoins des professionnels de santé et de la population, dans une logique de territorialisation de la santé ¹⁴.

L'ARS est un interlocuteur unique pour les professionnels de santé du terrain. Elle agit dans plusieurs domaines d'intervention : la prévention et la santé publique d'une part, les soins et la régulation de l'offre de soins d'autre part et l'accompagnement médico-social en dernier lieu. Les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé sont une des priorités des agences régionales de santé depuis leur création.

B- Rôle

Les ARS ont plusieurs missions qu'elles développent au travers de différents objectifs stratégiques.

Le pilotage de la santé publique en région est un objectif comprenant plusieurs axes : veille sanitaire, observation de la santé, prévention et promotion de la santé ainsi que la gestion des crises sanitaires. La deuxième mission qui leur est confiée est la régulation de

¹² Article 116, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du Code de la santé publique.

¹³ Article 1, décret n°210-336 du 31 mars 2010, portant création des Agences Régionales de Santé.

¹⁴ Article L 1431-1 du Code de la santé publique.

l'offre de soins au niveau régional, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Les agences régionales sont chargées d'organiser l'offre de soins sur leur territoire, de promouvoir la qualité de la formation des professionnels de santé, d'autoriser la création des établissements et services de soins ¹⁵.

Au travers de ces missions, plusieurs intentions stratégiques sont visées. Les agences doivent contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé, assurer un meilleur accès aux soins et organiser les parcours de soins autour des patients. Les ARS fonctionnent autour de deux volets : la qualité et la pertinence des soins d'une part, l'efficacité et la pertinence des dépenses de santé d'autre part, en lien avec l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

Au titre de la régulation de l'offre de santé et au travers des objectifs stratégiques que nous venons de citer, les ARS sont les interlocutrices privilégiées des communautés professionnelles territoriales de santé. Les agences sont au plus près des équipes de terrain à l'initiative de la création des CPTS. Ce sont elles qui connaissent le mieux le territoire et les besoins de la population et qui sont donc les plus à même d'y répondre.

C- Fonctionnement des ARS

Les ARS sont dirigées par un directeur général et sont dotées d'un conseil d'administration. Plusieurs instances sont constituées au sein de chaque ARS. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie a pour rôle de définir les objectifs et les actions de l'agence. Des commissions de coordination des politiques publiques sont créées et coordonnent les actions déterminées et conduites par les membres de ces commissions (services de l'Etat, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale). Il existe en trois, présentant chacune un champ d'action défini : la prévention et la promotion de la santé d'une part, la prise en charge et l'accompagnement médico-social d'autre part et enfin, l'organisation territoriale des soins ¹⁶.

¹⁵ Article L 1431-2 du Code de la santé publique.

¹⁶ Article L 1432-1 du Code de la santé publique.

De plus, dans un souci de proximité avec les acteurs de terrain et les besoins de la population, les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales afin de répondre au mieux aux besoins de chaque territoire.

1- Le directeur général

Le directeur général de l'ARS est chargé de faire fonctionner son agence au niveau régional. Accompagné de ses équipes, il définit le budget de fonctionnement, le projet régional de santé (PRS), le plan pluriannuel de gestion du risque ou encore les contrats types régionaux. Il est également chargé de subventionner certains acteurs, telles que les collectivités territoriales dans le cadre de la réalisation de certaines actions ¹⁷.

Le directeur général de l'ARS doit rendre compte auprès de différentes instances quant au fonctionnement de son agence. Le conseil d'administration doit être informé de la mise en œuvre de la politique régionale de santé de façon semestrielle tandis que la conférence régionale de santé et les délégations départementales doivent être mises au courant de façon annuelle. Le directeur doit également expliquer l'état financier de l'Agence, justifier les charges des différents financeurs et la façon dont le budget est utilisé.

2- Le conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'ARS est présidé par le préfet de la région. Il se compose de personnes issues de différentes instances : des représentants de l'Etat, des membres du conseil d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des usagers du système de santé et notamment les populations les plus fragiles : les patients atteints de maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ¹⁸.

Le rôle du conseil d'administration est d'approuver le budget proposé par le directeur général. Il émet également un avis consultatif sur le projet régional de santé et sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) que contractualise l'ARS avec l'Etat, sur proposition du directeur général. Une des missions du conseil d'administration est également d'analyser le résultat des actions menées en région par l'Agence.

¹⁷ Article L 1432-2 du Code de la santé publique.

¹⁸ Article L 1432-3 du Code de la santé publique.

Un état des lieux de la désertification médicale sur le territoire ainsi que des propositions pour lutter contre ce phénomène doivent également être formulés.

Les grandes orientations de la politique menée par les ARS auprès des collectivités territoriales, dans le but de concourir à la mise en œuvre du projet régional de santé, sont fixées par le conseil d'administration, notamment au travers de conventions signées entre l'ARS et les collectivités territoriales.

3- La conférence régionale de santé et de l'autonomie

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif, chargé de s'assurer que la politique régionale de santé est correctement appliquée sur le territoire, en accord avec la stratégie nationale de santé. Elle est composée de plusieurs personnes provenant des collectivités territoriales, des usagers du système de santé, des associations de patients, des conseils territoriaux de santé, des professionnels du système de santé, des organismes gestionnaires des établissements de santé et des organismes de protection sociale ¹⁹.

Le directeur de l'ARS doit consulter la conférence régionale de la santé afin d'avoir son avis dans l'élaboration de la politique de santé au niveau régional, mais aussi au niveau territorial. La conférence peut proposer des actions afin de mettre en application cette politique ainsi que des outils pour évaluer l'impact de ses actions.

Le projet régional de santé est soumis obligatoirement à l'avis de la conférence régionale de santé qui est chargée d'évaluer si les conditions d'application de ce projet respectent le droit des personnes malades et des usagers du système de santé. Une des missions de cette conférence est également l'évaluation de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients.

¹⁹ Article L 1432-4 du Code de la santé publique.

D- Financement

L'ARS dispose de deux budgets : un budget principal permettant son fonctionnement et un budget dit « annexe », dédié à la gestion des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) ²⁰.

Les ressources financières de l'ARS sont multiples. Tout d'abord, une subvention de l'Etat leur est attribuée. De plus, des contributions des régimes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont définies chaque années par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et servent à financer les établissements et services médico-sociaux et la prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap. Enfin, les agences disposent également de ressources propres à leur territoire, provenant de dons ou de legs, des versements des collectivités territoriales ou d'autres établissements publics. Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional viennent compléter les financements des agences régionales de santé ²¹.

Le fonds d'intervention régional permet de financer des actions, expérimentations ou structures rendant possible une partie des missions allouées aux agences régionales de santé. Sur décision du directeur général, des crédits peuvent être attribués pour financer des actions de promotion de la santé, de prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. Des fonds permettent d'organiser et de promouvoir les parcours de santé coordonnés et de contribuer à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale, afin de concourir à la permanence des soins et à la répartition des professionnels de santé et des structures de soins sur l'ensemble du territoire. L'ensemble de ces actions tend à développer la démocratie sanitaire. Le FIR permet notamment de financer les CPTS, dont le rôle est de concourir à la mise en place de l'ensemble des missions que nous venons de citer sur un territoire donné ²².

²⁰ Article L 1432-5 du Code de la santé publique.

²¹ Article L 1432-6 du Code de la santé publique.

²² Article L 1453-8 du Code de la santé publique.

E- Coordination des différentes agences sur le territoire national

Afin de coordonner les différentes agences régionales de santé présentes sur le territoire, l'Etat a créé un conseil national de pilotage des ARS. Il réunit des représentants de l'Etat, des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ainsi que des représentants des ministères associés aux ARS : ministère chargé de la santé, du budget et de la sécurité sociale ainsi que le ministère de la défense pour ce qui concerne la santé des armées ²³.

Le conseil national de pilotage des ARS donne les grandes orientations pour la mise en application de la politique nationale de santé sur le territoire. Il prend également en compte la cohérence des politiques entre les différents territoires ainsi que l'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale au niveau régional.

Le rôle du conseil national de pilotage des ARS est d'animer le réseau entre les ARS réparties sur l'ensemble du territoire national et de veiller à répartir de façon équitable les financements entre les agences, en tenant compte de l'objectif de réduction des inégalités d'accès à la santé sur le territoire. Par ailleurs, son but est de concourir à définir un contrat régissant les modalités de mise en œuvre des plans régionaux de gestion du risque et d'efficience du système de soins. Enfin, le conseil national de pilotage a également vocation à évaluer les résultats des actions des différentes agences régionales sur l'ensemble du territoire national.

F- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est un accord signé entre différents partenaires, permettant de définir les objectifs et priorités de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, en se basant sur les spécificités du terrain au niveau régional (3).

²³ Article L 1433-1 du Code de la santé publique.

1- CPOM entre chaque ARS et le ministère chargé de la santé

Le CPOM signé entre l'ARS et le ministère chargé de la santé définit les objectifs et priorités de mise en œuvre de la politique nationale de santé ainsi que les plans et programmes nationaux, à l'échelle de la région. Le CPOM est conclu pour cinq ans entre ces deux partenaires et un de ses volets est consacré à la maîtrise des dépenses de santé conformément à l'ONDAM. Le CPOM fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle afin de mesurer l'atteinte des objectifs, dans le cadre d'une réunion du conseil national de pilotage et des équipes de direction des ARS. Ce suivi est au cœur d'un dialogue stratégique entre le ministère chargé de la santé et chaque ARS ²⁴.

Les CPOM de première génération ont été mis en place en 2010, en même temps que les ARS. Ils visent trois priorités nationales : l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient. Ces priorités nationales se déclinent à leur tour en plusieurs objectifs principaux, mesurés par des indicateurs communs à toutes les ARS. Ces indicateurs sont associés à des cibles pluriannuelles chiffrées, définies dans le CPOM et permettant de mesurer l'impact des mesures mises en place par chaque ARS sur son territoire. Une comparaison entre les différentes agences régionales est alors possible. Ceci permet par exemple d'étendre au niveau national une action menée à l'échelle d'une région et qui a eu un grand impact sur les indicateurs précédemment cités ²⁵.

2- CPOM entre ARS et établissements de santé

Le contrat signé entre l'ARS et les différents établissements de santé et établissements médico-sociaux de son territoire constitue l'outil principal de régulation de cette offre territoriale de soins. C'est donc un élément majeur de régulation des dépenses. Les CPOM liant ces deux partenaires s'appuient sur plusieurs principes : une vision pluriannuelle, une procédure de négociation entre l'ARS qui cherche à maîtriser ses dépenses et les établissements qui ont besoin d'un financement conséquent pour

²⁴ Article 117, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire », Code de la santé publique.

²⁵ Article L 1433-2 du Code de la santé publique.

fonctionner, un suivi périodique prenant appui sur les outils de dialogue de gestion et une évaluation finale du contrat.

Les CPOM listent les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public autorisées ainsi que les financements octroyés à la suite d'une procédure de négociation.

En outre, ces contrats pluriannuels répertorient la définition synthétique et administrative du périmètre de l'établissement dans le champ sanitaire. Il liste ses implantations géographiques, ses autorisations et reconnaissances d'activités, les missions de service public et les financements délégués par l'ARS. Ce contrat permet également aux établissements de « justifier » et de sécuriser leurs activités auprès de leurs partenaires et notamment de leurs autres financeurs.

Les enjeux de ces contrats sont multiples et permettent la mise en œuvre opérationnelle des orientations stratégiques données par le projet régional de santé, la validation des projets des établissements ou encore l'amélioration de la performance et de la gestion interne de ces structures. Ceci se fait dans un souci d'amélioration continue du service médical rendu aux usagers du système de santé, de la performance et de l'efficacité de la défense publique. Ces contrats contribuent à la reconnaissance des missions de service public et des activités spécifiques hors autorisation et sont le support des financements octroyés. Ce document est un outil permettant un dialogue efficace entre les ARS et les établissements de santé.

Ces contrats sont un appui au pilotage stratégique des établissements et sont des outils rendant lisibles les ressources humaines et financières allouées aux établissements. Les engagements contractualisés permettent d'identifier les enjeux de positionnement de l'offre et sont un support de pilotage pour les transformations majeures attendues de notre système de santé.

Ces documents sont également des contrats de confiance entre les pouvoirs publics d'une part et les gestionnaires des établissements d'autre part, basés sur une volonté commune de concilier une gestion moderne des établissements de santé et une efficacité sociale, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale.

3- CPOM entre ARS et établissements du secteur des personnes handicapées

Depuis 2017, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'une majeure partie de établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées peuvent signer un CPOM dans l'objectif d'établir une relation plus étroite entre l'allocation des ressources et l'accompagnement des parcours des personnes concernées. Un nouveau document budgétaire, nommé « état des prévisions de recettes et de dépenses » doit également être complété afin de savoir précisément comment sont utilisées les ressources attribuées par l'ARS. Ce document permet également de comprendre les besoins de ces établissements et de ces populations afin d'allouer des ressources humaines et financières en adéquation avec leurs besoins ²⁶.

Section II : Le projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels de l'ARS ainsi que les mesures tendant à l'atteindre, en cohérence avec la stratégie nationale de santé d'une part et dans le respect des LFSS d'autre part. Le PRS est défini selon trois volets. Un cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ²⁷.

Un schéma régional de santé détermine les prévisions d'évolution et les objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé comprenant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accompagnement médico-social. Il est établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation territoriale des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans le schéma régional de santé, plusieurs objectifs sont visés : diminution des inégalités sociales et territoriales en santé, amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies, renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales, optimisation de l'organisation des parcours de santé

²⁶ Article L 313-11 du Code de l'action sociale et des familles.

²⁷ Article L 1434-1 du Code de la santé publique.

et préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles ²⁸. Ces objectifs sont adoptés dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des usagers du système de santé et de veiller au respect des lois de financement de la sécurité sociale. Le dernier volet du projet régional de santé concerne le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ²⁹.

A- Le schéma régional de santé

Le schéma régional de santé présente les besoins de soins de premier et de second recours. Il a pour but de fixer des objectifs qualitatifs et quantitatifs concernant l'offre des établissements et services médico-sociaux. Il est établi en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Il est utile afin de fixer les objectifs de l'offre de soins, notamment en ce qui concerne la répartition du matériel lourd (imagerie par résonance magnétique, scanner), les créations et suppressions d'activités de soins et les transformations, regroupement et coopération entre les établissements de santé ainsi que l'offre d'examen de biologie médicale selon les besoins de la population ³⁰.

Après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés, le directeur général de l'ARS détermine les zones sous-dotées en offre de soins et prévoit des dispositions d'aide à l'installation. De même pour les zones sur-dotées en professionnels de santé, le directeur de l'ARS prend alors des mesures de limitation d'accès au conventionnement. L'ensemble de ces données figure dans le schéma régional de santé ³¹.

Le directeur de l'ARS constitue un conseil territorial de santé, composé de députés et sénateurs, de représentants des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile. Le conseil territorial de santé s'assure de la réalisation du diagnostic territorial partagé de santé et des contrats locaux de santé. Ce conseil contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, notamment en ce qui concerne l'organisation du parcours de santé.

²⁸ ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.

²⁹ Article L 1434-2 du Code de la santé publique.

³⁰ Article L 1434-3 du Code de la santé publique.

³¹ Article L 1434-4 du Code de la santé publique.

Le conseil territorial de santé est informé de la création des dispositifs d'appui à la coordination et de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé ³².

L'ARS est chargée d'informer les ESP et les CPTS de l'ensemble de ces travaux. Elle doit également fournir aux équipes en cours de création de CPTS l'ensemble des éléments du projet régional de santé, du schéma régional de santé ainsi que du diagnostic territorial partagé de santé afin de les aider dans l'élaboration de leur projet ³³.

B- Le diagnostic territorial partagé de santé

Le diagnostic territorial de santé a pour objectif d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée sur un territoire, en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. La notion de saisonnalité est nouvelle dans ce document. Elle permet de mieux tenir compte des spécificités du territoire (façade maritime en été, territoire montagneux en hiver). Le diagnostic territorial permet d'identifier les insuffisances d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ces besoins et insuffisances concernent notamment les soins palliatifs et les personnes les plus démunies de notre système de santé : patients atteints de maladies chroniques, personnes âgées et personnes en situation de handicap ³⁴.

Le diagnostic territorial partagé de santé donne lieu à la mise en place des projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par les communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que par des établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux afin de coordonner l'action de l'ensemble de ces acteurs. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une CPTS dont le projet de santé a été validé par l'ARS ³⁵.

Le projet territorial de santé doit tenir compte de tous les plans menés aux différentes échelles qui composent le territoire : projets de santé élaborés par les CPTS, projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, projet territorial de santé mentale, projets

³² Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

³³ Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

³⁴ Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

³⁵ Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

médicaux des établissements de santé privés, projets des établissements et services médico-sociaux et contrats locaux de santé. Le projet territorial partagé de santé est transmis au directeur général de l'ARS et est évalué par le conseil territorial de santé ³⁶.

Les associations agréées de patients et les collectivités territoriales participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé partagé. Il définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé, décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, en particulier en ce qui concerne l'organisation de la prévention, du dépistage, des soins de proximité, des soins non programmés et des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire. De plus, le projet territorial de santé peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins ³⁷.

La mise en œuvre du projet régional de santé partagé peut faire l'objet de contrats locaux de santé, conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales. Ces contrats peuvent concerner un grand nombre de domaines : promotion de la santé, prévention, politique de soins, accompagnement médico-social et social. Les contrats locaux de santé doivent tenir compte des projets menés concernant la santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones du territoire caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Lorsque les contrats locaux de santé existent, les projets de santé des CPTS doivent correspondre aux axes mentionnés ³⁸.

³⁶ Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

³⁷ Article L 1434-10 du Code de la santé publique.

³⁸ Article L 1434-10 du Code de la Santé Publique.

Chapitre III : Le cadre juridique des CPTS en France en 2022

Section I : Définition

Les communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées à l'occasion de la loi de modernisation du système de santé, promulguée le 26 janvier 2016. Elles regroupent des professionnels de santé de premier ou second recours, des acteurs médico-sociaux et acteurs sociaux afin de coordonner leurs actions pour mener à bien les objectifs du projet régional de santé. Elles sont créées à l'initiative des acteurs de terrain. Ces communautés sont des outils structurant l'évolution des pratiques professionnelles, en visant l'amélioration du parcours de santé coordonné du patient au travers de réponses ambulatoires coordonnées. La réduction des hospitalisations évitables ainsi que l'amélioration de la prise en charge des urgences font également partie de leurs ambitions. Le directeur de l'ARS peut désigner les établissements de santé assurant le service public comme partie prenante de ces CPTS ³⁹.

En France, deux formes d'exercice coordonné cohabitent et sont complémentaires : d'une part, une coordination à l'échelle d'une patientèle. C'est le cas pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les équipes de soins primaires et les équipes de soins spécialisées ; d'autre part, une coordination à l'échelle d'un territoire et d'une population, avec les communautés professionnelles territoriales de santé. Elles nécessitent alors une organisation et des financements particuliers pour rémunérer le temps dédié à la coordination des différents acteurs sur le territoire ^{40, 41}.

Le législateur donne volontairement une définition très vaste concernant la participation des professionnels de santé aux structures coordonnées. La participation de l'entièreté des professionnels d'un territoire n'est pas attendue. Cependant, les projets menés de façon synergique par plusieurs catégories de professionnels de terrain sont d'autant plus cohérents, crédibles et susceptibles d'être menés à bien qu'un nombre important d'acteurs y prend part.

Ce sont les acteurs de terrain qui sont à l'initiative de la création de la CPTS avec la volonté de travailler ensemble pour une meilleure prise en charge globale des patients.

³⁹ Article L 1434-12 du Code de la santé publique.

⁴⁰ Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS.

⁴¹ Article 2 de l'arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS, signé le 20 juin 2019.

Si ces derniers ne prennent pas la décision de création, l'ARS, les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les représentants des centres de santé peuvent décider de la mise en place de ces projets ⁴².

Les ARS sont facilitatrices dans l'accompagnement des équipes de terrain et dans l'élaboration des projets de santé. Les outils qu'elles mettent à disposition sont de différents ordres : des éléments aidant à la réalisation du diagnostic territorial, des appuis à la formalisation des projets ou encore une aide à la mise en relation des acteurs entre eux. Un soutien financier est également apporté par les agences afin de financer ces structures ^{43, 44}.

Les CPTS sont réparties selon quatre tailles, définies selon le nombre d'habitants couverts par le territoire. Ces tailles conditionnent plusieurs éléments, notamment les financements qui leur sont alloués ⁴⁵ :

Taille de la CPTS	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Nombre d'habitants couverts par le territoire de la CPTS	< 40 000 habitants	40 000 à 80 000 habitants	80 000 à 175 000 habitants	> 175 000 habitants

Tableau 1 : Taille des CPTS selon le nombre d'habitants couverts par le territoire
(Source : article 7.1 de l'arrêté du 21 août 2019, Code de la santé publique)

Section II : Le projet de santé

Un projet de santé précisant le territoire couvert et les actions envisagées doit être rédigé par les professionnels de terrain et transmis à l'ARS, afin de signer un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) permettant d'engager les financements des actions envisagées. Le territoire de santé couvert par le projet de la CPTS ne se définit pas à des limites géographiques fixes et immuables mais concerne une population dites « vécue »⁴⁶.

⁴² Article L 1434-12 du Code de la santé publique.

⁴³ Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS, page 4.

⁴⁴ Article 10 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁴⁵ Article 7 de l'arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'ACI en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019.

⁴⁶ Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS, page 3.

Le projet de santé doit préciser les besoins identifiés, les actions proposées pour y répondre, les limites du territoire d'action de la CPTS, les professionnels de terrain engagés et les modalités du travail coordonné pluriprofessionnel. En effet, ce dernier peut se présenter selon différentes modalités : mise en place de protocoles pluriprofessionnels, organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), motivation pour le choix du système d'information partagé pour un échange de données de santé sécurisé. Le projet de santé doit également préciser les modalités d'évaluation des actions menées par la CPTS ⁴⁷.

Ce sont les acteurs de santé de terrain participant à la CPTS qui définissent la priorité des projets identifiés sur le territoire. Ces projets constituent alors les projets de la plateforme territoriale d'appui (PTA) qui leur est associée. De ce fait, les équipes en place peuvent disposer des services proposés par la PTA : service d'information, d'orientation et d'appui à l'organisation des parcours, de suivi et de pilotage des projets d'accès aux soins. Lorsque ce sont les instances régionales qui initient le projet de construction de la CPTS, les projets de la PTA associée devront alors converger vers la problématique du retour et du maintien à domicile des patients ⁴⁸.

Les équipes de soins primaires, CPTS et plateformes territoriales d'appui mènent chacune des actions similaires et complémentaires sur les territoires mais restent des structures distinctes les unes des autres, avec des missions et objectifs différents, bien que convergents. Les différents projets territorialisés coexistants doivent effectivement être conçus de façon souple et continue, en partenariat entre les différents acteurs, car cheminant tous selon une même dynamique. Par exemple, les éléments du projet de santé d'une ESP peuvent être utilisés pour la construction d'un projet d'une CPTS et inversement. C'est la synergie de la dynamique des professionnels de terrain qui font la force de ces projets et de ces structures. De la même manière, les projets hospitaliers doivent tenir compte des projets des professionnels de ville, et inversement ⁴⁹.

L'ARS est chargée de veiller à ce qu'une cohérence territoriale soit assurée, au travers de la rencontre des différents porteurs de projets. Elle est chargée de centraliser l'ensemble

⁴⁷ Article L 1434-12 du Code de la santé publique.

⁴⁸ Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS, page 3-4.

⁴⁹ Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS, page 4.

des projets, de veiller à leur non-concurrence et au fait de n'oublier aucun des acteurs du territoire. L'ARS est donc l'instance qui garantit à l'ensemble de ces projets leur coexistence harmonieuse au sein d'un même territoire.

Section III : Le contrat territorial de santé

Afin de répondre aux besoins mentionnés dans le projet de santé et mis en exergue par le diagnostic territorial, un contrat territorial de santé peut être signé entre l'ARS, les équipes de soins de premiers recours et les acteurs des CPTS. Le contrat territorial de santé est un projet commun aux ARS et aux collectivités territoriales, déployé afin de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de santé. Ces contrats se basent sur les projets déjà mis en place par les professionnels de terrain. Le contrat définit l'objet, les missions et moyens mis en place, les modalités de mise en œuvre ainsi que les engagements assurés par les partenaires signataires. Ces contrats peuvent également se décliner sous forme de contrats locaux de santé, à une plus petite échelle ⁵⁰.

Le pacte territoire santé lancé en 2012 par le ministère chargé de la santé, développé selon trois volets, a pour objectif de répondre aux difficultés d'accès aux soins de proximité en tout point du territoire et de façon pragmatique. Ce dispositif prend désormais en compte l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment ceux travaillant en ESP et en CPTS. Ce pacte est mis en place conjointement par les ARS et les conseils territoriaux de santé. En effet, le fait de travailler dans des structures d'exercice coordonné, telles que des ESP ou des CPTS est identifié comme un des critères permettant de favoriser le maintien des professionnels de santé, et particulièrement les médecins, dans les zones en tension démographique. Le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel est un des leviers permettant de répondre aux tensions qui s'exercent actuellement sur notre système de santé : vieillissement démographique, chronicisation des maladies ou encore tensions démographiques de certaines catégories professionnelles. Le pacte territoire santé et les contrats territoriaux de santé tentent de répondre à ces problèmes sur le terrain (4).

⁵⁰ Article L 1434-13 du Code de la santé publique.

Un conseil territorial de santé doit être constitué par le directeur général de l'ARS afin de contribuer à l'élaboration du diagnostic territorial de santé. De multiples acteurs sont engagés dans ce conseil : représentants des élus des collectivités territoriales, services de protection maternelle et infantile, plusieurs catégories d'acteurs du système de soins sur le territoire donné, une commission des usagers ainsi qu'une commission experte en santé mentale. Un comité national, regroupant ces conseils territoriaux établit un bilan des actions engagées de façon annuelle ⁵¹.

Au niveau régional, des indicateurs doivent régulièrement être suivis et mis à jour : diversité et nombre des professionnels impliqués dans ces projets coordonnés, thèmes prioritaires du projet de santé et taille du territoire concerné *a minima*. De la même manière, au niveau national, des indicateurs globaux et quantitatifs sont définis et contrôlés de façon périodique : nombre de projets d'ESP ou de CPTS en cours de création, nombre de contrats territoriaux de santé. Des retours d'expérience des acteurs de terrain sont également répertoriés et quantifiés afin d'aider les professionnels ne s'étant pas encore lancés dans la réalisation de tels projets à identifier les avantages que constituent cet exercice coordonné.

Section IV : Les missions confiées aux CPTS

L'accord conventionnel interprofessionnel signé entre l'UNCAM et les organisations représentatives des professionnels de santé a pour but de définir un cadre d'accompagnement et de financement des CPTS. Il définit notamment trois missions socles et deux missions complémentaires devant être menées par les CPTS. ⁵² Un avenant à cet accord signé en décembre 2021 ajoute une quatrième mission socle faisant suite à la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID ⁵³.

⁵¹ Article L 1434-13 du Code de la santé publique.

⁵² Article 1 de l'arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'ACI en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019.

⁵³ Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux CPTS et MSP.

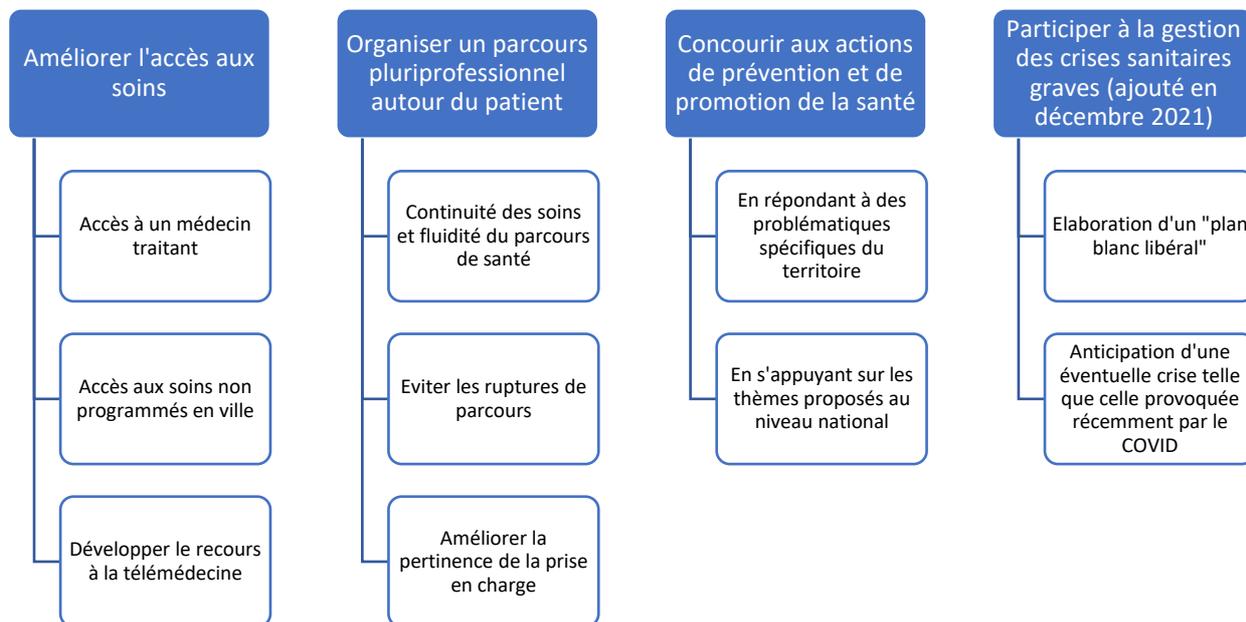


Figure 1 : Missions socles confiées aux CPTS

(Source : article 5 de l'arrêté du 21 août 2019 et Avenant 2 de l'ACI, Code de la santé publique)

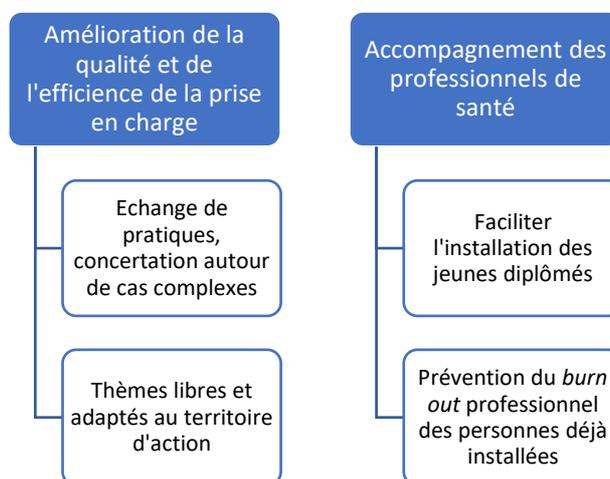


Figure 2 : Missions complémentaires et optionnelles confiées aux CPTS

(Source : article 5 de l'arrêté du 21 août 2019, Code de la Santé Publique)

Cet avenant vient également poser le cadre d'un dispositif dit « accélérateur de projet », proposé par l'assurance maladie, et pouvant être contracté à tout moment de la constitution de la CPTS par les acteurs de terrain. Ce dispositif peut intervenir dès le dépôt de

la lettre d'intention pour la mise en œuvre et la réalisation des missions socles. Il peut également opérer au moment de la rédaction du projet de santé ou de la signature de l'ACI. Il a pour but d'aider les professionnels à la formalisation de fiches action, à la mise en place d'une gouvernance, à la construction des indicateurs ou encore afin d'évaluer les leviers permettant de gagner du temps médical. Cet accélérateur vise à aider les professionnels de terrain à clarifier la situation lors des étapes administratives notamment, qui sont un des freins à la constitution des CPTS ⁵⁴.

A- Mission n°1 (socle) : Amélioration de l'accès aux soins

La première mission à laquelle doit répondre la CPTS est l'amélioration de l'accès aux soins. Plusieurs éléments concourent à la réussite de cette mission et notamment l'accès à un médecin traitant. En effet, la CPTS doit permettre d'établir un recensement des médecins exerçant sur le territoire afin d'établir l'équivalent du « maillage territorial » déjà existant pour les pharmacies d'officine. Par ailleurs, elle doit permettre de recenser les patients à la recherche d'un médecin traitant et ainsi, pouvoir mettre en relation médecins et patients par le moyen de procédures établies au sein de la CPTS. Les patients seraient ainsi analysés et « catégorisés » afin d'établir un niveau de priorité pour l'accès aux médecins traitants, en se basant sur leur fragilité et leur précarité : patients âgés de 70 ans et plus, patients disposant d'une affection de longue durée (ALD) ou encore patients couverts par les dispositifs de complémentaire santé solidaire (C2S) ou d'aide médicale d'Etat (AME) ⁵⁵.

L'amélioration de l'accès aux soins concerne également les soins non programmés en ville. Ce sont des soins aigus, relativement « urgents » mais qui ne répondent pas aux critères d'urgence vitale au sens médical du terme car ils ne nécessitent pas l'intervention du service des urgences hospitalières. La mise en place de protocoles intra-CPTS doit pouvoir permettre l'organisation de la prise en charge de ces patients dans un délai de 24 heures. Cet aspect concerne les demandes médicales mais aussi l'accès aux autres professionnels de santé. Un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés

⁵⁴ Article 5 de l'avenant n°2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

⁵⁵ Article 5.1.1 de l'arrêté du 21 août 2019.

peut être mis en place. Prenons l'exemple de l'orientation téléphonique par un personnel compétent et formé qui analyse la demande, la priorise et réoriente le patient vers un médecin ou un autre professionnel de santé selon le problème de santé, dans un délai adapté à la demande.

Le recours à la télésanté représente également une piste permettant de concourir à un meilleur accès aux soins, particulièrement pour les personnes en situation de mobilité réduite. La télésanté regroupe deux domaines d'activité, la télémédecine et le télésoin et comprend cinq types d'actes : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et régulation médicale. Les CPTS sont un appui porteur pour le développement de ce type d'activité notamment en recensant l'offre déjà existante sur le territoire afin d'orienter les patients nécessitant ce type de service. La CPTS peut également orienter les installations à venir de l'offre sur le territoire. Par exemple, pour l'installation des bornes de téléconsultation, déjà existantes au sein des pharmacies d'officine et des EHPAD, les membres de la CPTS peuvent décider de prioriser certains territoires particulièrement en difficulté pour l'accès à un médecin. En effet, l'équipe aurait un point de vue global sur l'ensemble de l'offre déjà présente sur le territoire ce qui permettrait de répartir une nouvelle offre de façon pertinente dans une des zones en particulière difficulté.

B- Mission n°2 (socle) : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

La deuxième mission obligatoire confiée aux communautés professionnelles concerne l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient. Cette tâche vise à éviter les ruptures dans les parcours de soins et à favoriser le maintien à domicile des patients, dans un but d'amélioration de la pertinence des prises en charge et de prévention des actes redondants. La prise en charge efficiente des patients permet également de diminuer les coûts, dans le respect de la LFSS. Le partage d'information entre les différents professionnels de santé, de façon sécurisée, est également un élément central de ces organisations afin de contribuer à la continuité des soins et à la fluidité du parcours de santé en coordonnant les différents professionnels intervenant sur un même dossier médical. Par ailleurs, le partage des données de santé entre professionnels de santé participe

à la prévention de l'isolement et du *burn out* de ces derniers, souvent confrontés à des situations complexes. Des aspects propres au territoire peuvent également être abordés par les professionnels dans cette mission : la prévention des addictions, le renoncement aux soins ou l'organisation des sorties d'hospitalisation. En comprenant le parcours des patients et les difficultés auxquelles sont confrontés les différents acteurs de terrain, des procédures pourront être mises en place pour concourir à une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité ⁵⁶.

A l'occasion d'une réunion de construction de la CPTS Pays du Comminges, à Saint-Gaudens le 18 mai 2022, réunissant une cinquantaine de professionnels de santé, et à laquelle j'ai eu l'opportunité de participer, un problème est ressorti dans le cadre de cette mission : la gestion de la sortie d'hôpital des patients. Celle-ci, souvent précipitée et non anticipée, met en difficulté les professionnels de santé libéraux qui doivent souvent gérer la situation de façon isolée, le soir, le week-end ou lors de jours fériés. En réponse, les professionnels à l'initiative de la CPTS envisagent de créer un protocole de sortie d'hôpital, en collaboration avec les centres hospitaliers du secteur pour anticiper la sortie de l'établissement hospitalier : appel à la pharmacie et envoi de l'ordonnance de sortie de façon anticipée afin de commander et préparer les traitements, envoi du courrier de sortie au médecin généraliste avec prise de rendez-vous dans les jours suivants pour réévaluer l'état du patient, communication auprès des infirmiers libéraux pour mettre en place les soins adaptés à l'état de santé du patient. L'organisation d'un tel parcours pluriprofessionnel coordonné permettrait, *in fine*, une meilleure prise en charge du patient lors de son retour à domicile. Cela limiterait également les risques d'erreur provoqués par la précipitation et permettrait aux professionnels de travailler main dans la main, toujours dans l'intérêt du patient.

Cette problématique peut également s'ancrer dans le cadre de la cinquième mission attribuée aux CPTS : amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge.

⁵⁶ Article 5.1.2 de l'arrêté du 21 août 2019.

C- Mission n°3 (socle) : Développement des actions territoriales de prévention et de promotion de la santé

La troisième mission obligatoire concerne le développement des actions territoriales de prévention et de promotion de la santé. En effet, en alliant les forces des professionnels de santé répartis sur le territoire et en choisissant des thèmes de santé spécifique, la promotion de la santé est réalisée de façon pluriprofessionnelle, donnant alors une dimension plus intéressante auprès des patients que lorsque celle-ci est exercée de façon isolée. Les thèmes appliqués par la CPTS sont libres et dépendent de la population cible. Afin de simplifier la mise en place de cette mission, il est conseillé de s'inspirer des actions déjà menées sur le plan national : vaccination, prévention des addictions, risque iatrogène, perte d'autonomie, désinsertion professionnelle, obésité, violences intra-familiales, participation au réseau sentinelle ; autant de thèmes qui peuvent être développés selon le bon vouloir des professionnels de santé de terrain qui doivent s'adapter à la population couverte par le territoire d'action de la CPTS ⁵⁷.

D- Mission n°4 (socle) : Gestion des crises sanitaires graves

La quatrième mission, rendue obligatoire par la signature d'un avenant à l'ACI en décembre 2021, concerne la gestion des crises sanitaires graves. A l'image du « plan blanc » organisé à l'hôpital depuis 2004 en cas de crise, de catastrophe, d'épidémie ou d'évènement climatique meurtrier provoquant l'afflux massif de patients au sein de l'hôpital, les professionnels de santé libéraux devront s'organiser pour apprendre à faire face aux éventuelles crises sanitaires graves à venir ⁵⁸. La signature de cet avenant intervient à la suite de la crise sanitaire liée au COVID où les professionnels de terrain ont déjà dû s'organiser pour faire face à cette épidémie. Le fait de rendre cette mission obligatoire permettra, le cas échéant, d'anticiper la situation afin de mieux la prendre en charge,

⁵⁷ Article 5.1.3 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁵⁸ Articles L. 3110-7 à 3110-10 du Code de la santé publique.

de protéger les professionnels de santé, dans l'intérêt du patient et dans le respect des contraintes de maîtrise des dépenses de santé. Enfin, le fait d'exercer cette mission de façon pluriprofessionnelle permettra de rémunérer les acteurs pour le temps investi dans cette mission de coordination ⁵⁹.

E- Mission n°5 (optionnelle) : Amélioration de la qualité, de l'efficience et de la pertinence des prises en charge

La première des missions complémentaires est l'amélioration de la qualité, de l'efficience et de la pertinence des prises en charge. La réalisation de cette mission passe par différents dispositifs qui peuvent être mis en place au sein de la CPTS. Le législateur donne quelques exemples des actions qui peuvent être menées : groupe d'analyse de pratiques, échange sur les pratiques, concertation autour de cas complexes, formalisation de pistes d'amélioration et d'harmonisation ⁶⁰.

Le but de cette mission est, à partir d'une situation mettant en difficulté les professionnels de santé de façon récurrente, de réfléchir à une façon d'améliorer la prise en charge du patient. La mise en place d'un protocole issu d'une réflexion commune peut représenter une piste pour simplifier la prise en charge de tels patients. Les thèmes choisis par les acteurs de terrain sont libres et peuvent être axés autour de pathologies particulières ou d'une sous-population, par exemple : réflexion autour de la prise en charge des plaies chroniques complexes, des personnes âgées, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance cardiaque, des affections respiratoires, de l'observance médicamenteuse, de la iatrogénie ou de la sortie d'hospitalisation.

F- Mission n°6 (optionnelle) : Accompagnement des professionnels de santé

La deuxième mission optionnelle concerne l'accompagnement des professionnels de santé, qu'ils soient jeunes diplômés ou déjà installés sur le territoire, afin de prévenir notamment

⁵⁹ Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021.

⁶⁰ Article 5.2 de l'arrêté du 21 août 2019.

le *burn out* professionnel. Concernant l'arrivée de jeunes professionnels sur un territoire, l'idée est de mettre en avant l'attractivité du territoire au travers de plusieurs éléments : en présentant l'offre de santé sur le territoire, en réalisant des actions de compagnonnage et de promotion du travail coordonné, à l'image du pacte santé territoire mis en place depuis 2012. L'idée de cette mission est également de faciliter l'accueil de stagiaires pour leur permettre de découvrir le territoire ; cette opportunité pouvant déboucher sur une installation. Dans une autre dimension tout aussi importante, la prévention de l'épuisement professionnel des personnes exerçant déjà sur le territoire est au cœur de cette mission. Par exemple, la mise en place de groupes de paroles ou d'une ligne d'écoute pour les professionnels en difficulté entre dans le cadre de cette mission optionnelle ⁶¹.

De même que pour les autres missions proposées aux CPTS, la mise en place de cette mission optionnelle permet de rémunérer les professionnels de santé pour des actions qu'ils réalisent déjà souvent bénévolement.

Section V : Le financement des CPTS

Au sujet du financement des communautés professionnelles territoriales de santé, plusieurs éléments doivent être pris en compte. Par ailleurs, les professionnels de santé conservent leurs modalités de financement et rémunérations habituelles, propres à chaque profession. Ensuite, les ARS apportent des aides financières afin de rémunérer les professionnels pour le temps consacré à la formalisation du projet de santé. Ces aides sont issues des crédits du fonds d'intervention régional ainsi que d'enveloppes spécifiques associées au pacte territoire santé numéro deux.

Les CPTS sont éligibles aux rémunérations fixées par l'ACI dès que le projet de santé, rédigé par les équipes de terrain, a été validé par l'ARS. Dans cet objectif, il faut constituer un dossier de demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et faire la demande de financement, en adressant de façon conjointe le projet de santé, les statuts de l'association, le périmètre du territoire d'intervention, la liste des acteurs de la CPTS et leur statut. Le contrat est alors signé pour cinq ans, reconductible de façon tacite.

⁶¹ Article 5.2 de l'arrêté du 21 août 2019.

En raison de leur mission de service public, les CPTS sont exonérées d'impôts sur les sociétés et de cotisation foncière des entreprises.

Il faut distinguer plusieurs types de financements alloués aux CPTS : le financement du fonctionnement de la structure, le financement pour la mise en place des missions ainsi que celui pour l'impact qu'a eu la réalisation de ces missions.

A- Financement du fonctionnement de la structure

Le financement du fonctionnement de la structure commence dès la signature du contrat avec l'ARS, avant même la mise en place des missions. Il est dépendant de la taille de la CPTS ⁶².

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Financement du fonctionnement de la CPTS	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

Tableau 2 : Montants des financements alloués aux CPTS pour leur fonctionnement en fonction de leur taille
(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

Ces montants permettent d'assurer une fonction essentielle du démarrage de la CPTS : l'animation et le pilotage des différents acteurs ainsi que la gestion du travail de coordination administrative qui peut être fastidieuse à gérer pour les acteurs de terrain. En effet, les personnes impliquées dans ce type de projet mènent de front leur activité de professionnels de santé et la mise en place des structures coordonnées. De ce fait, le temps consacré à la construction des missions socles et optionnelles peut être valorisé pour les professionnels impliqués dans le projet. L'acquisition d'outils informatiques tels qu'un annuaire partagé, une plateforme de communication ou encore des outils facilitant la gestion des parcours de santé font également partie des attributions de ce financement ⁶³.

⁶² Article 7.1 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁶³ Article 7.2 de l'arrêté du 21 août 2019.

La première année (année n), dès la signature du contrat, 100 % de l’enveloppe de fonctionnement est versée. Puis, à chaque nouvelle année, 75 % du solde alloué au fonctionnement de la CPTS est versé. Les 25 % restants sont versés à la date d’anniversaire de la signature du contrat (année n+1) ⁶⁴.

B- Financement des missions réalisées

Concernant les ressources financières allouées pour les missions exercées, plusieurs critères ont été retenus. D’une part, le financement dépend de la taille de la structure. D’autre part, il dépend de l’intensité des moyens déployés par la CPTS pour mettre en œuvre la mission, des résultats observés et de l’impact sur les indicateurs retenus dans le contrat signé avec l’ARS.

Le capital alloué pour la réalisation des missions se répartit en deux parts égales. Un financement fixe permet de couvrir les moyens mis en œuvre pour mettre en place la mission (financement des charges de personnels, temps dédié par les professionnels de santé, actions de communication, acquisition d’outils nécessaires à la mise en place de la mission). Une enveloppe variable, versée ultérieurement, prend en compte l’intensité des moyens déployés pour la réalisation des missions et l’impact de cette dernière sur les indicateurs retenus par la CPTS, l’ARS et l’organisme local d’assurance maladie. En somme, l’enveloppe variable récompense les professionnels pour la réussite de la mission et l’impact qu’elle a eu sur les indicateurs retenus en amont de sa mise en place ⁶⁵.

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
Volet variable / Actions & Résultats	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
TOTAL	80 000 €	100 000 €	125 000 €	155 000 €

Tableau 3 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°1

(Source : article 4 de l’avenant 2 à l’ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

⁶⁴ Article 9.1 de l’arrêté du 21 août 2019.

⁶⁵ Article 7.3 de l’arrêté du 21 août 2019.

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Volet variable / Actions & Résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
TOTAL	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €

Tableau 4 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°2

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
Volet variable / Actions & Résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
TOTAL	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €

Tableau 5 : Montants alloués pour la réalisation de la mission n°3

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens 1^{ère} rédaction du plan	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Volet variable / Moyens Mise à jour du plan	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
Volet variable / survenue d'une crise sanitaire grave	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
TOTAL (correspondant au volet fixe + enveloppe variable si survenue d'une crise)	62 500 €	87 500 €	112 500 €	125 000 €

Tableau 6 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°4

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
Volet variable / Actions & Résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
TOTAL	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €

Tableau 7 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°5

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

Montant annuel	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
Volet variable / Actions & Résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
TOTAL	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €

Tableau 8 : Montants alloués à la réalisation de la mission n°6

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

L'ensemble de ces montants permet aux professionnels de santé impliqués dans le fonctionnement de la CPTS et dans la réalisation des missions choisies, d'obtenir une rémunération complémentaire à leur activité de professionnels de santé. Cela permet de rémunérer le temps passé à la coordination de ces actions ainsi qu'à leur mise en place. Les montants alloués à chaque professionnel, pour des personnes qui s'impliquent un minimum, sont loin d'être dérisoires et constituent un véritable complément de salaire ⁶⁶.

Financement total possible	CPTS	CPTS	CPTS	CPTS
	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixes + variables	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €

Tableau 9 : Financement total possible pour la réalisation des missions attribuées aux CPTS

(Source : article 4 de l'avenant 2 à l'ACI signé le 20 décembre 2021, Code de la santé publique)

⁶⁶ Article 8 de l'arrêté du 21 août 2019.

À la date de démarrage de chaque nouvelle mission, 75 % de l'enveloppe du volet fixe est versé à la CPTS. Les 25 % restants sont versés à date d'anniversaire de la signature du contrat (n+1). Le volet variable est versé à date anniversaire de la signature du contrat (n+1) en fonction du degré d'atteinte des objectifs fixés et de l'intensité des moyens déployés ⁶⁷.

Des échanges réguliers entre l'ARS, la CPTS et l'organisme local d'assurance maladie doivent être programmés, au minimum une fois par an, afin de rendre des comptes sur le calendrier de déploiement des missions, sur l'intensité des moyens mis en œuvre et analyser les indicateurs de suivi et les objectifs fixés. Les montants alloués peuvent être réajustés à cette occasion ⁶⁸.

Plusieurs indicateurs peuvent être retenus pour analyser le niveau d'accomplissement des différentes missions. Par exemple, les indicateurs peuvent être la réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant, le taux de passages aux urgences non suivi d'hospitalisation, le nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, le nombre de patients bénéficiant de ces actions, le nombre de professionnels participant aux groupes d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles.

C- Résiliation du contrat

Comme tout contrat, l'ACI peut être résilié si l'une ou l'autre des parties ne remplit ses engagements. Lorsque la résiliation est à l'initiative des membres de la CPTS, la fin du contrat prend acte deux mois après réception de la lettre envoyée en recommandé avec accusé de réception auprès de l'ARS. A l'inverse, l'ARS et l'assurance maladie peuvent mettre un terme au contrat lorsque la CPTS ne respecte pas les termes du contrat ou si elle ne remplit pas les conditions d'éligibilité. Le cas échéant, la rémunération est calculée au prorata du temps de l'année écoulée ^{69, 70}.

C'est notamment le cas de la CPTS du Pays de Bray, dans la région des Hauts de France ⁷¹. C'est la première CPTS dissoute en France à l'initiative de l'ARS, car la CPTS ne peut remplir

⁶⁷ Article 9.2 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁶⁸ Article 6 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁶⁹ Article 11 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁷⁰ Article 14.4 de l'arrêté du 21 août 2019.

⁷¹ Le Quotidien du Médecin, « L'ARS veut nous mettre dans des cases », 20 mai 2022.

la mission sociale « accès à un médecin traitant », en raison d'un manque de médecins. En effet, l'impossibilité de la CPTS à effectuer cette mission l'empêche alors de remplir les termes de l'accord conventionnel interprofessionnel, ce qui est un facteur rédhibitoire pour les financements accordés par l'ARS.

D- Autres financements

Des financements en provenance d'autres acteurs, et notamment des collectivités territoriales, peuvent également être apportés avec des budgets débloqués en fonction des besoins locaux.

D'autres incitations financières peuvent être proposées aux professionnels afin de les aider dans cette transition de leur mode d'exercice. C'est notamment le cas pour les pharmaciens pour lesquels il existe un indicateur de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) basé sur le fait d'exercer de façon pluriprofessionnelle ⁷². En effet, dans le volet concernant la « qualité de la pratique », un des indicateurs retenus est la « prise en charge coordonnée des patients », rémunérée à hauteur de 620 € à la suite d'une déclaration sur l'honneur attestant que le pharmacien réalise bien cette activité (5).

Concernant les médecins, un avenant à la convention nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a été signé et tend à inciter les médecins libéraux à s'organiser en structure coordonnée. En effet, dès l'année 2022, pour que les médecins puissent être éligibles au « forfait structure » de la ROSP, il faut qu'ils exercent en structure coordonnée, quelle que soit sa forme : MSP, CPTS, ESP. Cet avenant au forfait structure de la ROSP médecins est une incitation financière importante et permettrait aux professionnels exerçant de façon coordonnée de toucher une somme supplémentaire de 2 800 € maximum dès l'année 2022 ⁷³.

⁷² Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

⁷³ Article 2 de l'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Section VI : Le statut juridique des CPTS

D'un point de vue juridique, une ordonnance publiée en mai 2021 vient clarifier le statut de ces communautés. La CPTS doit se constituer dans le cadre d'une association régie par la loi 1901, exception faite pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Ce statut répond en effet aux différents critères nécessaires à la constitution de telles structures : garantie d'une pluriprofessionnalité, possibilité d'adhésion des différentes catégories de professionnels de santé, possibilité de recevoir des financements de l'assurance maladie et de les redistribuer, adaptation aux missions choisies et possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la CPTS, notamment un coordinateur de santé. La majorité des CPTS déjà constituées avaient déjà adopté ce mode d'association et l'ordonnance de mai 2021 vient le réaffirmer ⁷⁴.

⁷⁴ Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

Chapitre IV : CPTS et rôle du pharmacien d'officine

En plus de l'amélioration de la prise en charge des patients, la constitution des CPTS présente de nombreux avantages pour certains professionnels de santé et notamment les pharmaciens d'officine. En effet, l'exercice en structure coordonnée permet de travailler conjointement avec d'autres professionnels de santé, notamment sur les maladies chroniques. Ce nouveau mode d'exercice change le modèle de la pharmacie d'officine tel qu'on le connaissait jusqu'à présent. Le travail en groupe permet de décroiser la vision du pharmacien derrière son comptoir et de reconnaître les compétences et qualités de chacun, de mieux se connaître entre professionnels de santé et d'être plus pertinent *in fine*, dans la prise en charge des patients.

De plus, conformément aux nouvelles dispositions réglementaires, l'exercice en structure coordonnée est l'occasion pour le pharmacien d'officine de mettre en place de nouvelles missions dans le cadre de son exercice professionnel (6), telles que la dispensation sous protocole de coopération⁷⁵ ou encore le rôle de pharmacien correspondant⁷⁶.

Section I : Dispensation sous protocole de coopération

A- Généralités

Les protocoles de coopération sont une délégation d'activité, d'actes de soins ou de prévention entre un personnel délégant et un personnel délégué. La mise en place de ces dispositifs au sein d'un territoire concourt à une réorganisation de l'intervention des différents professionnels de santé auprès des patients. Les protocoles peuvent être rédigés au niveau national et concerner l'ensemble du pays ou peuvent être rédigés à plus petite échelle, au sein d'un établissement hospitalier ou d'une équipe de soins primaires. En libéral, la dispensation sous protocole de coopération n'est possible que pour les professionnels de santé exerçant en équipe coordonnée (MSP, centre de santé, CPTS). La mise en application de ces protocoles nationaux à l'échelle d'un territoire doit être déclarée

⁷⁵ Article L 4011-1 du Code de la santé publique.

⁷⁶ Article R 5125-33-5 du Code de la santé publique.

à l'ARS compétente. Ces protocoles n'ont pas une valeur obligatoire pour les professionnels de terrain et sont mis en place uniquement à leur initiative. Ils sont précisément définis par un arrêté et posent un cadre strict de prise en charge des patients ⁷⁷.

Les protocoles de coopération édités au niveau national sont analysés par un comité national des coopérations interprofessionnelles qui est chargé de l'animation, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles sur l'ensemble du territoire. Le comité est composé de représentants de l'UNCAM, de la Haute Autorité de santé (HAS), des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du handicap ainsi que des différentes ARS présentes sur le territoire. De plus, les conseils nationaux professionnels, les ordres professionnels ainsi que les unions nationales des professionnels de santé sont conviés à travailler de pair avec ce comité. Ce dernier propose une liste de protocoles déployés à l'échelle nationale et est donc un appui pour les professionnels de santé voulant mettre en place les protocoles dans leur pratique quotidienne. Le comité assure un suivi annuel et une évaluation des protocoles au travers de l'analyse des indicateurs qui doivent être dument complétés par les équipes de terrain. Il donne également un avis sur le financement de ces protocoles par l'assurance maladie, ces dépenses étant prises en compte dans l'ONDAM ⁷⁸.

B- Les protocoles de coopération nationaux

A ce jour, six protocoles de coopération nationaux sont autorisés en structure pluriprofessionnelle dans le cadre des soins non programmés en libéral. Dans ce cadre, le professionnel délégant est toujours un médecin. En revanche, selon le protocole, le personnel délégué peut être un pharmacien d'officine, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute.

⁷⁷ Article L 4011-1 du Code de la santé publique.

⁷⁸ Article L 4011-3 du Code de la santé publique.

Les protocoles nationalement identifiés sont les suivants :

- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l’infirmier diplômé d’Etat et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁷⁹,
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l’infirmier diplômé d’Etat et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁸⁰,
- Prise en charge de l’odynophagie par l’infirmier diplômé d’Etat ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁸¹,
- Prise en charge de l’enfant de 12 mois à 12 ans de l’éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l’infirmier diplômé d’Etat ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁸²,
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁸³,
- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ⁸⁴.

Les arrêtés relatifs à chacun de ces protocoles sont formulés de la même manière et tendent à construire un cadre de prise en charge efficient et de qualité. Dans un premier temps, ce sont les objectifs du protocole qui sont décrits. Ils sont les mêmes dans les différents arrêtés : réduire le délai de prise en charge des patients dans un contexte de démographie

⁷⁹ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par un IDE et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

⁸⁰ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l’IDE et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

⁸¹ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l’odynophagie par l’IDE ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

⁸² Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l’enfant de 12 mois à 12 ans de l’éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l’IDE ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

⁸³ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur kinésithérapeute dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

⁸⁴ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur kinésithérapeute dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

médicale déficitaire et diminuer le recours à la permanence des soins ambulatoires ou en services d'urgences hospitalières. Ces protocoles permettent également de répondre de façon efficace et complète à des demandes fréquentes en officine et d'améliorer la sécurité de la prise en charge des patients par la mise en place de procédures rédigées sur le plan national. L'utilisation du système d'information partagé, d'algorithmes décisionnels validés et référencés ainsi que la traçabilité des actions réalisées permettent une prise en charge efficiente du patient.

Une partie du protocole définit la formation des professionnels délégués par les professionnels délégants. Selon le protocole, le temps de formation varie de quatre à dix heures. La formation se fait en deux parties : une partie clinique avec notamment l'identification des critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le protocole, puis une partie sur la thérapeutique qui tend à définir quel médicament prescrire au patient et à quelle posologie et dont les pharmaciens sont dispensés au vue de leur formation initiale.

L'importance de la traçabilité est également abordée dans les arrêtés définissant les différents protocoles de coopération nationaux. Au travers du système d'information partagé, le personnel délégant doit permettre au personnel délégué de pouvoir mener son intervention à bien, en renseignant correctement les antécédents, allergies et traitements en cours dans le dossier médical du patient. De la même manière, le professionnel délégué doit tracer son intervention en complétant un formulaire reprenant le motif de consultation, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion du patient, les données cliniques observées, la démarche thérapeutique adoptée ainsi que la prescription réalisée.

Une évaluation du protocole doit être faite trois mois, puis six mois après la mise en place de ce dernier au travers d'un groupe d'analyse de pratiques. Les indicateurs d'activité et de qualité renseignés tout au long de la procédure de mise en place du protocole doivent être collectés tous les trois mois par la personne chargée de réaliser les requêtes informatiques de la structure coordonnée. Il s'agit du coordinateur de santé lorsque la structure en emploie un. Ces indicateurs doivent être analysés en groupe d'analyse des pratiques. Cette occasion peut donner lieu à une mise à jour des connaissances théoriques, par exemple lors de la publication d'une nouvelle recommandation de prise en charge. De plus, un questionnaire de satisfaction des patients, des professionnels délégués

et délégués complété au fur et à mesure de l'inclusion des patients dans le protocole doit être analysé. Cela permet d'identifier des facteurs d'amélioration du protocole et de concourir à la mise en place d'actions correctives, le cas échéant.

Lorsque la moitié des patients sont amenés à joindre un médecin généraliste à la suite d'une prise en charge au sein du protocole, ce dernier doit être arrêté. De la même manière, lorsque 30 % des patients sont insatisfaits ou ont un sentiment d'insécurité lié à la prise en charge au sein de ce protocole, il doit également être interrompu.

Des documents sont mis à disposition des professionnels de santé dans les annexes des arrêtés définissant les protocoles de coopération et doivent être complétés le cas échéant. Il s'agit d'un support d'analyse des événements indésirables, d'un support de suivi des actions correctives ainsi que d'un compte rendu du comité de retour d'expériences. Ces documents doivent être joints au comité national de coopération interprofessionnelle de façon annuelle afin d'analyser globalement sur le territoire la mise en place de ces protocoles, les freins et leviers afin de faire un retour d'expériences global. Ces documents doivent être complétés, le cas échéant, au cours d'un groupe d'analyse de pratiques.

La lecture et l'analyse de ces différents arrêtés amènent plusieurs réflexions :

- l'avancée que représentent ces protocoles dans la pratique de la pharmacie d'officine. En effet, à l'occasion d'une dispensation sous protocole, le pharmacien est à la fois prescripteur et dispensateur de certains traitements ;
- l'existence de freins à la mise en place effective de ces protocoles sur le terrain. Bien qu'une formation adéquate semble nécessaire au vu des responsabilités engagées, le temps de formation par les médecins délégués paraît très conséquent, jusqu'à dix heures selon les protocoles, dans un contexte de démographie médicale déficitaire où une économie du temps médical est précisément recherchée. De plus, la convocation trimestrielle d'un groupe d'analyse des pratiques semble complexe à être mise en place dans ce même contexte de manque de temps des médecins et des professionnels de santé de façon générale, bien qu'essentielle à la qualité du travail. Un allègement de cette partie chronophage pourrait être un levier pour favoriser un meilleur déploiement de ces protocoles au niveau national.

Section II : Le rôle de pharmacien correspondant

Depuis un décret du 28 mai 2021, le pharmacien peut être désigné comme pharmacien correspondant par son patient auprès de l'assurance maladie, à condition que le pharmacien exerce dans la même structure d'exercice coordonné que le médecin traitant du patient. Le pharmacien doit alors informer le médecin traitant du choix du patient et agit alors sous une forme de délégation de tâche ⁸⁵.

Le pharmacien correspondant peut être un pharmacien titulaire d'officine ou un pharmacien gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière. Le pharmacien titulaire d'officine peut être suppléé dans cette mission par un autre pharmacien exerçant dans la même officine.

Le pharmacien correspondant peut renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster leurs posologies, à certaines conditions :

- Le médecin doit être informé de ces modifications par le biais le plus adéquat, défini dans le projet de santé fixant les modalités de communication entre le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'utilisation du système d'information sécurisé semble être une des options les plus adéquates ;
- La prescription médicale initiale doit comporter une mention autorisant le renouvellement de tout ou partie du traitement par le pharmacien correspondant, ainsi qu'une mention autorisant l'ajustement de posologie, le cas échéant ;
- L'officine doit disposer d'un local de confidentialité permettant l'accueil individuel des patients, en les isolant visuellement et phoniquement du reste de la pharmacie.

La durée totale de la prescription et du renouvellement par le pharmacien correspondant ne doit pas excéder douze mois. En d'autres termes, le patient doit voir son médecin *a minima* une fois par an.

Lorsque le pharmacien dispense les traitements qu'il a renouvelés ou adaptés dans le cadre de son rôle de pharmacien correspondant, il doit notifier sur l'ordonnance les modifications effectuées. De plus, le dossier médical du patient doit être dûment complété

⁸⁵ Article R 5125-33-5 du Code de la santé publique.

au moyen du système d'information partagé afin de tracer toutes les modifications faites sur le traitement chronique et aboutir à une prise en charge coordonnée de qualité.

Il s'agit d'une mission relativement nouvelle, définie législativement mais encore vague et peu appliquée en pratique. Elle nécessite le concours des médecins qui doivent autoriser le rôle du pharmacien correspondant en le notifiant sur l'ordonnance initiale du patient. Cette nouvelle mission entre dans le cadre d'un meilleur accès aux soins qui est, pour rappel, une des missions socle des CPTS.

Deuxième partie : Illustration du déploiement des CPTS en Haute-Garonne à travers l'analyse de la lettre d'intention d'une CPTS urbaine et d'une CPTS rurale

Chapitre I : Le guichet CPTS, particularité du déploiement des CPTS en région Occitanie

En 2019, en Occitanie, plusieurs partenaires ont contractualisé un accord stratégique afin d'aider les équipes de terrain au déploiement des CPTS dans la région. Les partenaires signataires de cet accord sont l'ARS Occitanie, l'assurance maladie, la mutualité sociale agricole et les URPS représentant plusieurs professions. Il s'agit des URPS des biologistes, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers libéraux, des masseurs-kinésithérapeutes, des médecins, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures-podologues, des pharmaciens et des sage-femmes.

Cet accord a permis la mise en place du « guichet CPTS », projet principalement porté par l'URPS des médecins avec le concours des URPS des professions précédemment citées. C'est un outil, à destination des équipes de terrain, dont l'objectif est double. L'idée est de mettre à disposition des documents pratiques et simples permettant d'accélérer la création d'une CPTS. Ces outils sont disponibles pour tous directement en ligne. On peut trouver une cartographie des projets, un support d'auto-formation, un guide sur la présentation générale d'une CPTS et sur les procédures de création, des éléments concernant le diagnostic territorial ainsi que des aides pour la création d'une association loi 1901. Des modèles de rédaction d'une lettre d'intention et d'un projet de santé sont également disponibles. Au fur et à mesure du déploiement des CPTS sur notre région, les outils se perfectionnent et deviennent de plus en plus performants pour aider les équipes qui démarrent leur projet.

L'autre objectif de cette structure est d'accompagner les équipes sur le plan méthodologique, dès le démarrage d'un projet. Cela passe par plusieurs étapes telles que l'envoi d'un questionnaire pour l'information et la mobilisation des acteurs de terrain,

l'organisation de réunions d'informations départementales, l'aide à l'élaboration du diagnostic territorial, la vérification de la cohérence du projet par rapport à l'ACI ou encore l'apport d'une aide financière pour l'élaboration de la lettre d'intention, permettant par exemple le recrutement d'un coordinateur de santé, chargé de gérer la partie administrative de la création de la CPTS.

Du personnel est également employé par la structure du guichet CPTS afin de répondre aux questions des professionnels de terrain et de coordonner la réponse sur l'ensemble du territoire de notre région.

Cette structure a pour but d'aider les équipes dès la naissance de la CPTS, notamment afin d'alléger la partie administrative. Le fait de réunir sur un seul et même site des explications sur la définition d'une CPTS, les missions et les financements associés, les différents acteurs impliqués et leurs rôles permet de gagner du temps administratif sur la création pour l'investir au mieux dans la mise en place des missions.

Les lourdeurs administratives pour le lancement des CPTS est un des facteurs qui décourage les professionnels de santé à se lancer dans un projet, d'où la pertinence de la création du guichet CPTS. En limitant ces obstacles, les institutions ont l'espoir de développer l'exercice coordonné sur l'ensemble du territoire conformément à la volonté du gouvernement, après deux années de ralentissement lié à la crise COVID.

Chapitre II : Analyse des lettres d'intention de la CPTS Toulouse Nougaro et de la CPTS Pays du Comminges

Afin d'illustrer notre propos, nous avons choisi d'analyser et de comparer la lettre d'intention de deux CPTS du département de la Haute-Garonne. Ces CPTS sont situées dans une zone urbaine d'une part et dans une zone majoritairement rurale d'autre part :

- La CPTS Toulouse Nougaro, aussi appelée CPTS Toulouse nord-est pour son aspect urbain.
- La CPTS Pays du Comminges s'étendant sur tout le sud du département, pour son aspect rural.

Après avoir décrit brièvement le territoire couvert par ces CPTS ainsi que la population et ses principaux besoins de santé, nous nous attacherons à analyser les actions envisagées pour répondre aux missions imposées aux CPTS ainsi que la place que peut avoir le pharmacien d'officine dans ces nouvelles structures.

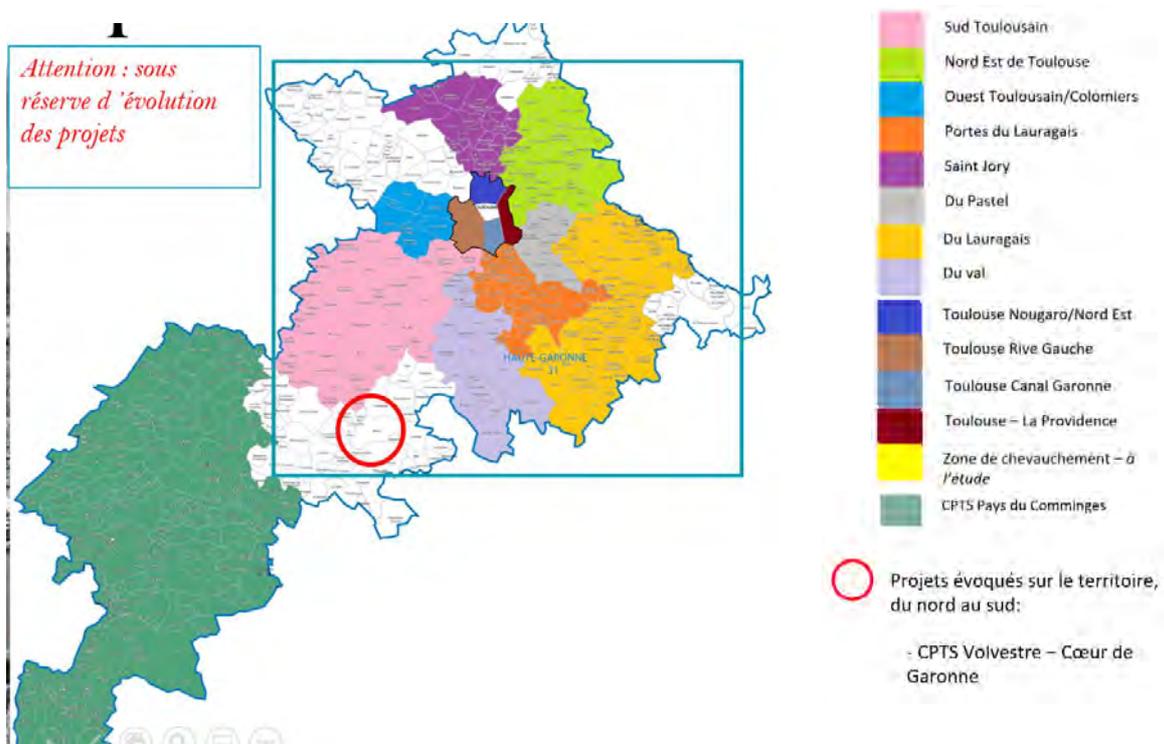


Figure 3 : Cartographie des CPTS et projets de CPTS sur le département de la Haute-Garonne

(Source : guichet CPTS, juin 2022) (7)

Les données décrites ci-après sont issues des lettres d'intention des CPTS Toulouse Nougaro et CPTS Pays du Comminges sauf les données concernant les populations de professionnels de santé. En effet, la référence date de 2019 pour la CPTS Toulouse-Nougaro et de 2016 pour la CPTS Pays du Comminges. Nous avons donc fait le choix d'utiliser les chiffres actualisés de juillet 2022, disponibles sur le site du guichet CPTS.

Section I : Présentation de la CPTS Toulouse Nougaro (ou Toulouse nord-est)

Le projet de la CPTS Toulouse nord-est a débuté en 2019 ; le porteur de projet est un médecin généraliste. La lettre d'intention a été déposée en décembre 2019 puis le projet de santé a été élaboré pendant environ un an, pour être déposé auprès de l'ARS en décembre 2020. L'ACI entre l'ARS, la CPAM et l'équipe projet de la CPTS a été signé en janvier 2021. Cependant, ce projet a été freiné par la crise COVID, entre 2020 et 2022 et vient de reprendre son cours en 2022.

A- Caractéristiques générales de la CPTS

1- Territoire couvert



Figure 4 : Cartographie du territoire couvert par la CPTS Toulouse Nougaro

(Source : lettre d'intention, décembre 2019) (8)

Le territoire couvert par la CPTS Toulouse Nougaro concerne une faible surface géographique (quelques km²) et comporte douze quartiers historiques du quart nord-est toulousain avec 31 sous-quartiers spécifiques. La CPTS touche 120 808 habitants, soit un quart de la population toulousaine, ce qui la classe dans les CPTS de taille 3.

2- Analyse de la population de la CPTS

La population est hétérogène sur l'ensemble du territoire mais certaines moyennes peuvent être mentionnées. Les habitants de moins de quinze ans sont en plus faible proportion (16,9 %) que la moyenne du département (17,7 %) mais légèrement plus nombreux que la moyenne régionale (16,8 % en Occitanie). Toulouse est le principal bassin économique du département, ville étudiante et dynamique. Elle nécessite donc que les professionnels de santé mettent en place des projets en adéquation avec cette population. Cette dernière a tendance à croître sur le territoire, donnant lieu à des projets d'aménagements urbains majeurs. Concernant la population plus âgée, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 12,5 % de la population et les 80 ans et plus sont présents à hauteur de 4,5 %.

Sur le secteur de la CPTS Toulouse nord-est, la population est relativement modeste. Par ailleurs, environ 16 % de la population est couverte par la complémentaire santé solidaire (C2S) contre environ 10 à 11 % au niveau national ⁸⁶. Ces chiffres peuvent s'expliquer de plusieurs manières. En effet, le territoire de la CPTS regroupe quatre quartiers prioritaires de la ville, soit environ 7 000 personnes. Ces quartiers sont définis par le fait que les revenus moyens par habitant sont faibles ⁸⁷. Le taux de chômage est élevé et touche 17,2 % de la population (7,9 % au niveau national en 2021 ⁸⁸) et 17 % de la population âgée de plus de 15 ans est sans diplôme (moyenne nationale à 21,9 % ⁸⁹). Par ailleurs, le secteur regroupe des quartiers populaires anciens avec des HLM (habitation à loyer modéré), leurs habitants ont de faibles revenus et une partie de la population est issue de l'immigration. Le territoire présente une précarité économique à laquelle s'ajoute une barrière de la langue dans certains cas, notamment avec la présence d'un centre d'hébergement pour des familles migrantes originaires de Syrie ou encore d'Albanie. Enfin, il est à noter l'existence d'une communauté des gens du voyage sur le territoire dans le quartier des Ginestous.

⁸⁶ Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, édition 2021, DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques).

⁸⁷ Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, code de l'urbanisme.

⁸⁸ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), enquête Emploi 2021.

⁸⁹ INSEE, RP 2019 exploitation principale, géographie au 01/01/22.

3- Répartition des personnes en ALD sur le secteur

Une partie de la population bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, à hauteur de 14 % de la population couverte par la CPTS, ce qui est bien inférieur aux moyennes régionales (24,5 % en Occitanie) et nationales (23,7 %). Cela peut s'expliquer d'une part par une certaine jeunesse de la population et d'autre part, par le fait que le manque de présence médicale sur le secteur peut entraîner une sous-déclaration des personnes en ALD. En effet, 27 % de la population n'a pas de médecin traitant.

B- Professionnels de santé

1- Répartition des professionnels de santé sur le secteur

Les professionnels de santé sont nombreux sur le territoire de la CPTS. Nous utilisons ici les données actualisées de juillet 2022, disponibles auprès du guichet CPTS afin que données les deux CPTS soient comparables (9). Nous citons les moyennes régionales (MR) des densités des professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants issues des données de l'assurance maladie de 2020 (10) et de l'Ordre des pharmaciens de 2022 (11), en Occitanie. Pour ces calculs, la population utilisée est de 116 359 habitants en 2018. En juillet 2022, on dénombrait sur le secteur :

- 84 médecins généralistes soit 72,2 médecins / 100 000 hab (MR : 89,4 / 100 000 hab)
- 206 infirmiers libéraux soit 177,0 / 100 000 hab (MR : 219,5 / 100 000 hab)
- 7 laboratoires d'analyses médicales soit 6,0 / 100 000 hab (MR : 6,1 / 100 000 hab)
- 33 pharmacies d'officine soit 28,4 / 100 000 hab (MR : 32,7 / 100 000 habitants)
- 136 masseurs-kinésithérapeutes soit 116,9 / 100 000 hab (MR : 146 / 100 000 hab)
- 11 sage-femmes soit 9,4 / 100 000 hab (MR : 11,7 / 100 000 hab)
- 45 orthophonistes soit 38,7 / 100 000 hab (MR : 37,9 / 100 000 hab)
- 65 chirurgiens-dentistes soit 55,9 / 100 000 hab (MR : 67,5 / 100 000 hab)

Parmi les médecins généralistes, 41,1 % ont plus de 60 ans et se rapprochent progressivement de l'âge de départ à la retraite. En revanche, seulement 11 d'entre eux sont maîtres de stage

et participent à l'accueil d'internes en médecine sur le secteur alors que l'accueil des stagiaires est un des facteurs qui permet d'optimiser le renouvellement de la population médicale lors de départ en retraite. Nous verrons par la suite que c'est un des axes de travail adopté par l'équipe projet.

2- Protagonistes du projet

L'équipe de professionnels de terrain à l'initiative du projet de la CPTS Toulouse Nougare est composée de quatorze membres appartenant à différentes professions et différents secteurs de la santé et du social sur le territoire.

Dans l'équipe projet, on compte quatre infirmiers dont deux sont coordonnateurs de santé, trois médecins généralistes et un gériatre, un pharmacien d'officine, un masseur-kinésithérapeute, une personne impliquée dans la MAÏA 31⁹⁰ et trois directeurs d'établissements sociaux ou médico-sociaux.

De plus, de multiples partenaires sont présents sur le secteur et couvrent les différents domaines du social, du médical et du médico-social. À destination de la population âgée, il faut citer le domaine de la Cadène qui est un établissement gériatrique ainsi que la résidence autonomie Domitys. Des acteurs sociaux et médico-sociaux sont également présents avec la MAÏA 31 et la Maison des Solidarités. Un lien est également entretenu avec la clinique des Minimes, quatre MSP du secteur et certains élus territoriaux.

⁹⁰ MAÏA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

C- Problématiques rencontrées

Les difficultés rencontrées sur le secteur sont multiples et touchent autant les professionnels de santé que la population. Etant à l'origine de la création de la CPTS, nous allons les détailler.

L'offre de santé du premiers recours est grandement fragilisée avec une diminution conséquente du nombre de médecins généralistes, une population médicale globalement vieillissante et des départs à la retraite sans successeur. De ce fait, les visites à domicile étant chronophages, elle se font de plus en plus rares, d'autant plus que les médecins rencontrent des difficultés d'accès aux dossiers médicaux depuis le domicile des patients alors que les personnes à mobilité réduite constituent une population fragile. L'accès à un médecin traitant est un problème pour les populations nouvellement arrivantes dans le quartier, qui se retrouvent démunies de tout accès à un médecin.

Un des autres problèmes soulevé par l'équipe projet est l'accès aux consultations non programmées. On note par ailleurs une augmentation du recours aux services des urgences des centres hospitaliers environnants, notamment lors de l'absence totale de médecins, les samedis et lorsque ces derniers partent en congé sans être remplacés. Sur l'ensemble des passages aux urgences, seulement 13 % est suivi d'une hospitalisation, ce qui signifie donc que 87 % des entrées réalisées se font pour des motifs non urgents.

À l'appauvrissement en médecins généralistes, s'ajoute la diminution progressive du nombre de médecins spécialistes de proximité ainsi qu'un accès de plus en plus restreint aux examens complémentaires, en cabinet de radiologie et en laboratoire d'analyses médicales.

Dans un autre registre, la coordination entre la ville, l'hôpital et les cliniques est également complexe, tant à l'entrée des patients à l'hôpital qu'à la sortie, pour le retour à domicile. A l'admission du patient, les professionnels hospitaliers manquent d'informations concernant le patient, son contexte de vie, ses traitements. Au retour à domicile, des difficultés de transmission entre la ville et l'hôpital entraînent des problèmes de relai des traitements et une rupture dans la continuité de la prise en charge. Concernant la rupture de transmission d'information, c'est également le cas lors de la réception des comptes-rendus de médecins spécialistes auprès des médecins généralistes. On note par ailleurs une sous-utilisation du numérique dans la transmission des données de santé.

En dernier lieu, il est important de préciser que les professionnels libéraux ont, par définition, l'habitude de travailler seul. Ils se connaissent mal et rencontrent des difficultés à travailler en équipe bien que la volonté soit présente. La connaissance de chacun et la mise en place d'outils partagés pourra être, comme nous le verrons ci-dessous, des pistes de solutions proposées dans l'ébauche du projet de santé.

Section II : Présentation de la CPTS Pays du Comminges

Le projet de la CPTS Pays du Comminges est plus récent, la lettre d'intention ayant été déposée à la fin du mois de janvier 2022. Par la suite, la construction du projet de santé s'est effectuée entre juillet 2021 et juin 2022 où il a été déposé auprès de l'ARS. Enfin, la contractualisation avec l'ARS et la CPAM a été signée en juillet 2022. Pour cette CPTS, le porteur de projet est également un médecin généraliste.

A- Caractéristiques générales de la CPTS

1- Territoire couvert

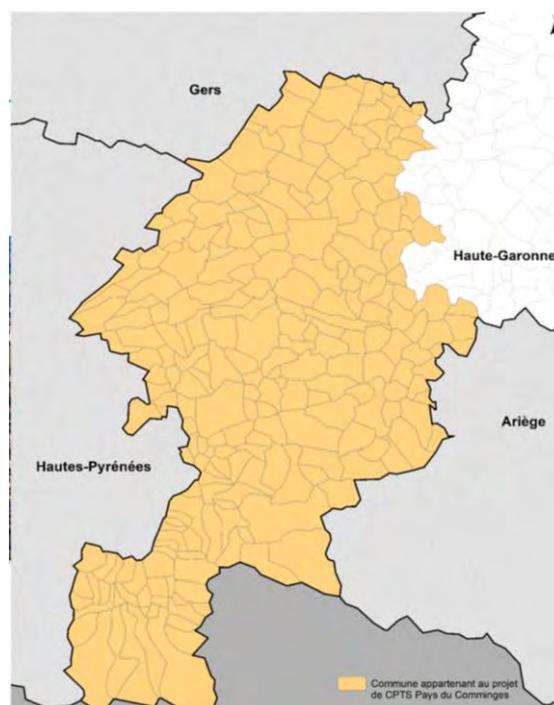


Figure 5 : Cartographie du territoire couvert par la CPTS Pays du Comminges

(Source : lettre d'intention, janvier 2022) (12)

Le territoire concerné par la CPTS commingeoise est différent de celui de la CPTS nord toulousaine. En effet, il est bien plus vaste et s'étend sur 2137 km², couvrant 235 communes dont 85 % sont rurales. En revanche, la population est moins nombreuse et moins dense puisque la CPTS, de taille 2, couvre environ 77 465 habitants.

2- Analyse de la population couverte par la CPTS

Malgré une certaine attraction touristique permise par les activités de montagne et la zone transfrontalière avec l'Espagne, la population est globalement vieillissante et diminue sur le secteur de la CPTS avec un taux de croissance négatif de -0,03 % (+ 1,5 % en Haute-Garonne). Les jeunes âgés de 17 ans et moins représente 17,8 % de la population contre une moyenne départementale de 21 % et une moyenne nationale de 21,5 %. Par ailleurs, la population est plus âgée que la moyenne départementale. On compte 10 % de personnes âgées de plus de 80 ans alors que cette proportion est de 5 % en moyenne sur le département. De la même manière, les personnes âgées de 70 ans et plus représentent 21 % de l'ensemble de la population, taux le plus élevé du département.

Bien que l'âge de la population soit différent en comparaison à la CPTS toulousaine, les caractéristiques socio-économiques sont similaires avec une population globalement modeste même si seulement 9 % de la population soit couverte par le dispositif de la complémentaire santé solidaire, taux légèrement inférieur aux données nationales (10 à 11 %). En outre, le taux de chômage chez les jeunes est supérieur à la moyenne et le taux de chômage tout âge confondu est élevé. Le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur à la moyenne nationale et les personnes couvertes par le revenu de solidarité active sont plus nombreuses en comparaison aux moyennes départementales et nationales. Enfin, le nombre de bénéficiaires vivant à 100 % des prestations sociales est plus élevé que la moyenne. Autre critère marquant de pauvreté et de vieillissement de la population, les personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile sont également plus nombreuses, avec un taux supérieur aux moyennes départementale et régionale.

3- Répartition des ALD sur le secteur et principales causes de décès

Les personnes atteintes de pathologies chroniques et couvertes par le dispositif d'ALD constituent 28 % de la population du territoire de la CPTS Pays du Comminges. Ces données sont largement supérieures aux moyennes régionale (24,5 %) et nationale (23,7 %) mais peuvent s'expliquer par un vieillissement de la population entraînant une augmentation des polyopathologies et de la chronicité des maladies.

La lettre d'intention de cette CPTS fait figurer les principales causes de décès sur le secteur : 30 % liés aux maladies cardiovasculaires et 25 % liés aux affections cancéreuses ; le total représentant 55 % des décès. On observe donc une surmortalité liée aux maladies cardiovasculaires en comparaison aux moyennes départementale et nationale. Par ailleurs, le diabète est responsable de 5,6 % des décès en comparaison à la moyenne départementale (3,5 %) et régionale (4,5 %). Cela pourra être un axe de travail pour les équipes. En revanche, bien que les cancers constituent la deuxième cause de décès et la deuxième cause d'admission en ALD, les chiffres concernant la mortalité sont inférieurs au niveau national.

B- Professionnels de santé

1- Répartition des professionnels de santé sur le secteur

Concernant la population des professionnels de santé sur le territoire de la CPTS du Comminges, le recensement était encore en cours à l'époque du dépôt de la lettre d'intention auprès de l'ARS. Pour pouvoir les comparer avec la CPTS Toulousaine, nous avons également utilisé les données actualisées de juillet 2022 disponibles auprès du guichet CPTS (9). Entre parenthèses, nous citons les moyennes régionales (MR) des densités des professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants issues des données de l'assurance maladie de 2020 (10) et de l'Ordre des pharmaciens de 2022 (11), en Occitanie. La population utilisée ici est de 78 407 habitants recensés en 2018.

En juillet 2022, on comptait :

- 56 médecins généralistes libéraux soit 71,4 / 100 000 hab (MR : 89,4 / 100 000 hab)
- 218 infirmiers libéraux soit 278,0 / 100 000 hab (MR : 219,5 / 100 000 hab)
- 5 laboratoires d'analyses médicales soit 6,4 / 100 000 hab (MR : 6,1 / 100 000 hab)
- 28 pharmacies d'officine soit 35,7 / 100 000 hab (MR : 32,7 / 100 000 habitants)
- 109 masseurs-kinésithérapeutes soit 139,0 / 100 000 hab (MR : 37,9 / 100 000 hab)
- 5 sage-femmes soit 6,4 / 100 000 hab (MR : 11,7 / 100 000 hab)
- 17 orthophonistes soit 21,7 / 100 000 hab (MR : 37,9 / 100 000 hab)
- 46 chirurgiens-dentistes soit 58,7 / 100 000 hab (MR : 67,5 / 100 000 hab)

Nous citons ici l'ensemble des données disponible sur le site du guichet CPTS mais il est à noter que dans la lettre d'intention, seuls les médecins généralistes, infirmiers libéraux, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes sont présents. Les pharmacies d'officine notamment n'ont pas été recensées. En revanche, au vu de la différence de territoire couvert et de la taille de la population, on peut d'ores et déjà constater que les problématiques rencontrées pourront être en partie similaires.

Parmi les médecins, 45 % d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus, un chiffre supérieur à la moyenne départementale (29 %) et régionale (33 %). De la même manière qu'à Toulouse, on observe un problème de vieillissement de la population médicale et un problème de remplacement des médecins partant à la retraite. Les données concernant le nombre de médecins maîtres de stage sur le secteur sont manquantes.

2- Protagonistes du projet

Les membres de l'équipe à l'initiative de la création de la CPTS sont en revanche plus nombreux qu'à Toulouse. On compte 45 membres répartis sur l'ensemble du territoire et issus de plusieurs professions : 5 masseurs kinésithérapeutes, 3 coordonnateurs en santé, 11 infirmiers libéraux, 6 médecins généralistes, 3 médecins spécialistes (cardiologue, rhumatologue, psychiatre), 2 podologues, 2 orthophonistes, 2 psychologues, 6 pharmaciens, 2 biologistes, 2 ambulanciers et 1 ergothérapeute.

A l'image de la CPTS Toulouse Nougaro, la CPTS Pays du Comminges travaille en lien avec de multiples partenaires : des associations gravitant autour de la thématique de la santé

et s'occupant notamment de l'accueil des internes en médecine, de la permanence des soins et d'organiser des rencontres et formations pour les médecins ; 8 MSP déjà présentes sur le secteur, les centres hospitaliers de Saint-Gaudens et de Luchon, l'hôpital de jour de Saint-Gaudens, 19 EHPAD, un centre de jour pour personnes âgées, 8 services de soins infirmiers à domicile, 1 institut médicoéducatif, 3 instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogique ainsi que la MAÏA 31.

Dans ce projet, on retrouve beaucoup de structures dédiées aux personnes âgées, en lien avec le vieillissement de la population mais, contrairement au recensement des partenaires présents dans la lettre d'intention de la CPTS toulousaine, des structures sont aussi à destination de la jeune population commingeoise.

Le recensement des professionnels sur le secteur du Comminges semble moins complet qu'à Toulouse. En revanche, le recensement des partenaires sur le secteur est mieux affiné du côté du Comminges ; de même, l'équipe projet est plus conséquente.

Dans le Comminges, des projets pluriprofessionnels sont déjà en cours notamment avec des échanges autour de la communication non-violente. Plusieurs autres projets sont en construction : la création d'une maison interprofessionnelle pédiatrique ainsi qu'un projet ciblant l'activité physique chez les patients et les sportifs. En effet, Saint-Gaudens bénéficie d'importantes infrastructures sportives qui peuvent attirer de jeunes professionnels de santé et permettre la mise en place de projets à destination des patients.

C- Problématiques rencontrées

A l'image de la première CPTS décrite, la lettre d'intention de la CPTS Pays du Comminges mentionne certaines notions, parfois communes avec celles de Toulouse.

Un des problèmes partagée par les deux projets est l'accès aux soins et à un médecin traitant. En effet, 11 % de la population commingeoise ne dispose pas d'un médecin traitant. La prise de rendez-vous est difficile, notamment en ce qui concerne les soins non programmés en journée ainsi que l'accès aux spécialistes du second recours. Les difficultés d'accès aux soins sont d'autant plus inquiétantes que la population est fragile en certains points du territoire : migrants, patients isolés, en souffrance psycho-sociale, bénéficiaires de la C2S ou d'une ALD,

personnes peu ou pas diplômées, pauvreté. De plus, face à ce manque d'accès aux médecins, on note sur le secteur une certaine agressivité des patients envers les secrétaires médicales.

Les professionnels de santé rencontrent également des difficultés concernant la prise en charge de patients en situations complexes, des personnes âgées fragiles, en soins palliatifs, isolées à domicile ou atteintes de maladies chroniques. La santé de la femme, de l'enfant et des populations précaires est également au centre de l'attention.

Le vieillissement global de la population entraîne une hausse importante des polyopathologies, une chronicisation des maladies et donc un temps de suivi par patient supérieur par rapport à un secteur avec une population plus jeune. C'est la problématique majeure du territoire et c'est le défi que les professionnels de santé de la CPTS Pays du Comminges doivent relever et ce, malgré la diminution de la démographie médicale et le fait que le temps médical soit entravé par la lourdeur des tâches administratives qui incombent aux médecins.

Ainsi, plusieurs objectifs ont été identifiés par les professionnels de santé afin de répondre aux différents aspects énoncés : dégager du temps médical, assurer une bonne qualité des soins et un bon suivi des patients mais aussi améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Section III : Ebauche des projets de santé et place du pharmacien d'officine dans ces deux CPTS

Dans les lettres d'intention des deux projets, une ébauche de projet de santé a été réalisée. Ces projets doivent répondre aux missions imposées aux CPTS que nous avons évoquées dans la première partie, tout en s'adaptant aux problématiques locales. Dans cette section, nous allons donc comparer les projets en discutant de l'inclusion du pharmacien d'officine dans les missions prévues et la prise en compte de son rôle de professionnel de santé dans le parcours de soin du patient.

Les complications rencontrées sur les deux territoires se recoupent en partie, ainsi, les solutions envisagées pour y répondre se regroupent aussi partiellement,

le nord-est toulousain comme en Comminges. Toutefois, des angles de travail différents sont également abordés ce qui rend ces deux projets de santé complémentaires.

A- Mission d'amélioration de l'accès aux soins

Pour rappel, l'amélioration de l'accès aux soins concerne d'une part le fait d'accéder à un médecin traitant et d'autre part l'amélioration de l'accès aux soins non programmés.

1- Recensement des patients sans médecin traitant et de l'offre de soins sur le territoire

Dans l'aire urbaine comme en ruralité, le recensement des patients sans médecin traitant est évoqué. Dans les deux projets, il est proposé de les catégoriser selon des critères définis tels que le niveau de fragilité, la présence d'une ALD ou d'une couverture santé via la C2S. De la même manière, la création d'un emploi de coordonnateur intra-CPTS, dédié à la gestion des patients précaires est proposé afin de guider cette population fragile dans le parcours de soins et de les orienter vers les ressources pertinentes présentes sur le territoire. Le coordonnateur pourrait également participer à la gestion des soins non programmés afin de créer une régulation territorialisée de la santé.

Afin d'aider cette démarche, un recensement de l'offre de santé sur le territoire de la CPTS est essentiel pour créer un annuaire ou un répertoire qui contiendrait d'une part une fiche d'identité du professionnel de santé avec des données classiques telles que le nom, le prénom, la profession, l'adresse professionnelle et le contact direct, via numéro de téléphone et/ou adresse électronique. D'autre part, des informations plus précises pourraient également être recensées telles que, pour les médecins, la présence de plages horaires sans rendez-vous ou des créneaux fixes dédiés aux « patients du jour » : par exemple, tous les jours entre 10h et 12h. En ayant ces renseignements, le coordonnateur pourrait orienter de façon très précise le patient sur le territoire afin de réduire les délais de prise en charge des soins non programmés.

Pour gérer les soins non programmés, un projet différent est proposé par chacune des deux CPTS. Dans la CPTS Pays du Comminges, les professionnels appartenant à l'équipe projet ont pensé à créer un ou plusieurs postes de médecins salariés mobiles sur l'ensemble

du secteur de la CPTS. Cette mesure permettrait d'éponger la demande en soins non programmés. De la même manière, les professionnels de la CPTS Toulouse Nougaro proposent de créer des contrats de collaboration ou de remplacement partagés sur plusieurs cabinets du secteur afin de répondre à la demande sur plusieurs points du territoire.

2- Favoriser l'installation de jeunes diplômés

Les professionnels de santé des deux secteurs ont pour intention de favoriser l'installation des jeunes médecins selon plusieurs stratégies. Cette mission se recoupe avec une mission optionnelle des CPTS intitulée « accompagnement des professionnels de santé ».

Dans le Comminges, il est proposé d'allouer des ressources humaines afin de gérer les démarches administratives souvent conséquentes liées à l'installation des jeunes diplômés. Aussi, l'accueil des étudiants doit être optimisé : matériel à disposition, locaux, accès à un compagnonnage réalisé par des médecins et autres professionnels de santé plus expérimentés.

Dans la CPTS Toulouse Nougaro, outre la création de contrats de collaboration sur plusieurs cabinets, c'est le développement de la maîtrise de stage qui est évoqué auprès des médecins exerçant sur le secteur. En effet, seulement onze médecins sur les 99 présents possèdent le diplôme universitaire de maître de stage.

Au-delà de l'accueil des internes en médecine, il semble primordial d'assurer l'accueil des étudiants en santé dans leur globalité, quelle que soit leur filière : pharmacie, dentaire, soins infirmiers. De même, les échanges entre ces différentes filières doivent être favorisés. Une expérimentation a été entreprise lors de l'année universitaire 2021-2022 entre la faculté de pharmacie et le département universitaire de médecine générale de Toulouse et a permis d'inciter à changer la façon de communiquer entre les différentes professions de santé. En effet, il a été proposé à des étudiants en pharmacie volontaires de sixième année, lors de leur stage officinal de pratique professionnelle, de réaliser une journée d'échange par mois avec un interne en médecine générale. Cette expérimentation a eu lieu entre janvier et avril 2022 et a constitué au total huit journées d'échange : quatre journées à la pharmacie et quatre journées au cabinet médical. Lors de ces échanges, le binôme étudiant en pharmacie – interne en médecine effectuait ensemble les tâches propres à leur métier,

comme la délivrance au comptoir lors de la journée à la pharmacie ou la réalisation de consultations médicales lors de la journée au cabinet. Ils pouvaient intervenir librement au cours de l'échange avec le patient.

A l'issue de ces journées d'échanges, les étudiants ont dû rédiger une note retraçant un évènement particulier de la journée et mettant en avant l'intérêt d'avoir travaillé ensemble. A la fin de cette expérimentation, un temps de parole alliant étudiants en pharmacie et en médecine a été organisé afin d'évoquer leur retour d'expériences. Le ressenti global était extrêmement positif. Les étudiants ont appris à mieux se connaître sur le plan personnel tout d'abord, mais aussi à connaître les attributions et missions de chacun et les problématiques propres à leur métier. Tout ceci leur a permis de se faire confiance très rapidement et de mieux collaborer pour, *in fine*, mieux prendre en charge les patients.

Cette expérimentation a été menée à l'échelle des maisons de santé, mais on peut envisager qu'à l'avenir, elle soit étendue au niveau des CPTS. On peut également proposer que cette expérience puisse être menée avec les étudiants issus des autres professions de santé en créant des parcours tracés lors des stages des différents étudiants futurs praticiens libéraux : une journée chez le chirurgien-dentiste, une journée chez le masseur-kinésithérapeute ou encore une journée avec un IDE libéral.

3- Libérer du temps médical

La gestion du temps médical est évidemment au centre de l'attention de chaque équipe projet, tant à Toulouse que dans le Comminges. En revanche, chacune des deux équipes a choisi des options différentes afin de libérer ce précieux temps.

a- Les protocoles de coopération et la délégation de tâche

Dans la CPTS nord-toulousaine, les professionnels mettent en avant les forces vives déjà présentes sur le territoire au travers des protocoles de coopération et de la délégation de tâche prévue au niveau national comme nous l'avons déjà vu auparavant. Pour rappel, les protocoles de coopération permettent aux pharmaciens d'officine, masseurs-kinésithérapeutes ou infirmiers formés de gérer des situations communes telles que des brûlures mictionnelles, une varicelle, des allergies saisonnières, une odynophagie,

des lombalgies aiguës ou encore des entorses de cheville. En effet, cette délégation de tâche permettrait à ces professionnels de prendre en charge une partie des soins non programmés et de libérer du temps médical pour s'occuper d'autres missions.

b- La télémédecine

Dans la lettre d'intention de la CPTS Toulouse Nougaro et afin de répondre à la problématique concernant l'absence ou la faible réalisation de visites médicales à domicile, l'équipe projet a mentionné la volonté de développer la téléconsultation assistée, par exemple par les IDE libéraux. La CPTS pourrait équiper les IDEL d'outils leur permettant de démarrer une consultation à distance, lorsqu'ils sont au domicile des patients. Les IDEL assisteraient le médecin au besoin lors de la consultation en visioconférence. L'effet du développement de la téléconsultation serait doublement bénéfique. D'une part, la télémédecine limiterait le temps passé par les médecins sur le trajet jusqu'au domicile des patients. D'autre part, le médecin pourrait conserver toutes les données de santé de ses patients dans son logiciel métier ce qui répondrait au problème de la perte des données de santé pour ces patients vus à domicile.

En outre, l'implication des infirmiers dans la réalisation de ces consultations assistées permettrait d'amplifier la coopération entre ces deux professions. Enfin, des protocoles de coopération avec délégation de tâches pourraient être créés pour les motifs de téléconsultation revenant le plus fréquemment.

Dans le Comminges, c'est une autre stratégie qui semble être adoptée par l'équipe projet avec la mise en avant de métiers nouvellement définis : les infirmiers en pratiques avancées (IPA), créés en 2018 et les assistants médicaux, créés en 2019.

c- Les infirmiers en pratiques avancées

Les IPA sont des infirmiers devant justifier de plusieurs années de pratiques et de deux ans de formation complémentaire, leur permettant d'élargir leurs compétences par rapport aux IDE. Cette formation les autorise à participer à la prise en charge et au suivi de patients souffrant de certaines pathologies, sous le contrôle d'un médecin. Pendant leur formation,

les IPA doivent choisir une mention, qui définit la catégorie de patients dont ils peuvent effectuer le suivi ⁹¹ :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.
- Psychiatrie et santé mentale ⁹²
- Urgences ⁹³

Dans le cadre des soins primaires, ce sont les IPA choisissant la mention « pathologies chroniques stabilisées » qui intéressent les équipes projets. En effet, ils peuvent effectuer le suivi des patients atteints de certaines pathologies, figurant dans une liste fixée par arrêté ministériel : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson et épilepsie ⁹⁴. Dans le cadre de ces pathologies, les IPA sont autorisés à réaliser l'anamnèse et l'examen clinique de ces patients, de participer à la prévention et au dépistage de ces pathologies, de prescrire des examens de biologie médicale ainsi que de renouveler et d'adapter des prescriptions médicales. Le patient doit voir le médecin au minimum une fois par an et le reste du suivi, pour ces pathologies, peut être réalisé par l'IPA, à condition que la pathologie soit stabilisée. Les IPA exercent sous protocole et par délégation de tâche, de concours avec un médecin à la suite d'un accord conclu entre les deux parties. Les patients doivent être informés de ces modalités d'organisation et leur consentement doit être recueilli pour que le suivi puisse s'effectuer.

La mise en place de ces protocoles avec les IPA permettrait de décharger les médecins d'une partie du suivi des patients chroniques stabilisés.

⁹¹ Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

⁹² Décret n°2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

⁹³ Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers dans le domaine d'intervention des urgences.

⁹⁴ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du Code de la santé publique.

d- Les assistants médicaux

Les assistants médicaux accompagnent le médecin dans sa pratique de tous les jours afin de libérer du temps médical. En ce sens, les missions qui peuvent leur être attribuées sont de différentes natures. Elles peuvent être d'ordre administratif : accueil du patient, gestion des dossiers informatiques, participation au développement de la télémédecine dans les cabinets libéraux. Les missions de l'assistant médical peuvent également concerner la préparation et le déroulement de la consultation médicale avec une aide à l'habillage et au déshabillage du patient, la gestion de la mesure des constantes, la mise à jour des dossiers médicaux en matière de dépistage, de vaccination, de mode de vie. Ils peuvent également effectuer la délivrance de kits de dépistage ou encore aider à la préparation et à la réalisation d'actes techniques. Une des dernières missions qui peut leur être confiée concerne l'organisation et la coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient. Cependant, c'est le médecin qui reste décisionnaire des missions qu'il délègue à son assistant médical et elles peuvent donc être différentes de celles que nous venons de citer. Le mode d'organisation du cabinet ainsi que les besoins de la patientèle déterminent les tâches réalisées par l'assistant. Les médecins peuvent recruter du personnel avec un profil plutôt administratif ou plutôt soignant ce qui orientera les missions attribuées ⁹⁵.

La priorité de la CPTS Pays du Comminges est donc de libérer du temps médical en déchargeant les médecins d'une partie du suivi des patients atteints de maladies chroniques stabilisées, en les confiant aux IPA et en les déchargeant d'une partie de la gestion administrative et de la consultation médicale en travaillant en binôme avec les assistants médicaux.

e- Attractivité du territoire

Un des aspects propre à la zone rurale est l'attractivité du territoire. En effet, outre le fait d'être transfrontalier avec l'Espagne et la mise en avant d'activités ayant trait à la montagne, le territoire se trouve dépourvu de bien des atouts en comparaison à l'attractivité toulousaine, principale zone économique du département et de la région. Les professionnels de l'équipe projet de la CPTS Pays du Comminges se sont donc inquiétés

⁹⁵ Article 9-1 de l'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurant maladie signée le 25 août 2016.

de ce problème et ont tenté d'y répondre en avançant plusieurs solutions. Un compagnonnage réalisé par les médecins plus expérimentés a tout d'abord été proposé afin de guider les jeunes et de partager les expériences de leurs aînés. La modernisation des infrastructures et des locaux de travail ainsi que la mise à disposition d'un cabinet médical entièrement équipé est aussi une piste à creuser tout comme le développement des emplois de médecins salariés au bénéfice d'une commune. Un des freins à l'installation des jeunes médecins sont les conséquences que cette installation peut avoir sur le plan personnel et familial : travail du conjoint et place des éventuels enfants en crèche ou à l'école. Il a été proposé par l'équipe à l'initiative de la création de la CPTS d'embaucher un personnel administratif chargé d'aider les jeunes diplômés à s'installer dans le secteur pour trouver un logement agréable, un travail pour le conjoint, une place en crèche pour les enfants.

3- Mission d'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

a- Partage des données de santé et numérique en santé

Concernant cette mission, dans les deux lettres d'intention, on note que le développement du numérique en santé ainsi que la communication sécurisée des données de santé ont une place majeure dans les projets. Les outils à utiliser ne sont pas clairement définis dans ces ébauches de projets mais l'utilisation de systèmes d'informations partagés, de logiciels et messageries communs sont évoqués. Le partage des données de santé semble primordial pour intégrer toute l'équipe de santé dans la prise en charge des patients. Elle nécessite toutefois d'informer le patient et de recueillir son consentement au partage des données entre professionnels de santé.

b- Plateforme de coordination pour l'accès aux soins de second et troisième recours

Un des autres projets communs aux deux lettres d'intention est la création d'une plateforme de coordination pour faciliter l'accès aux examens paracliniques, biologiques et de radiologie ainsi qu'un accès aux soins de deuxième et troisième recours. Un poste pourrait de plus être dédié à la gestion de cette plateforme afin de faciliter par exemple la prise de rendez-vous vers un médecin spécialiste ou pour un examen à réaliser de façon urgente.

c- Admission et sortie de l'hôpital

La gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation est également évoquée dans les deux projets. Les équipes de santé ont la volonté de créer des protocoles standardisés d'admission à l'hôpital et, de la même manière, des protocoles encadrant la sortie d'hôpital et le retour à domicile afin de limiter les pertes d'informations et d'optimiser la prise en charge du patient. Ces protocoles pourraient inclure une liste des documents de santé à fournir afin que le patient soit admissible à l'hôpital ou admissible à rentrer à la maison, comme un courrier d'adressage, la liste des antécédents médicaux, les traitements pris au long cours, les derniers examens biologiques réalisés. Un poste pourrait également être attribué à cette tâche et avec la mission de coordonner le lien entre la ville et l'hôpital.

d- Protocoles de coopération et délégation de tâche

Le développement du parcours pluriprofessionnel autour du patient fait aussi appel à la mise en place et à la systématisation des protocoles de coopération et des délégations de tâches tels qu'autorisés par les textes. Dans le projet toulousain, l'équipe projet s'est questionnée sur la prise en charge des personnes âgées. Il a été proposé de favoriser le dépistage de la fragilité au travers du développement du projet ICOPE⁹⁶ conduit par l'OMS et pour lequel Toulouse est une ville référente. La limitation de la iatrogénie médicamenteuse est également évoquée au travers du développement des bilans partagés de médication à l'officine.

Le « protocole ASALEE » est également évoqué dans le projet de la CPTS Toulousaine. Le dispositif ASALEE est issu de l'association du même nom (association de médecins généralistes et d'infirmiers délégués à la santé publique basée en (ex)-région Poitou-Charentes) qui expérimente depuis de nombreuses années la collaboration entre infirmiers délégués à la santé publique et médecins généralistes. Après plusieurs années d'expériences, un protocole national a été élaboré et agréé par la Haute Autorité de santé : « ASALEE : travail en équipe d'infirmiers délégués à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné »⁹⁷.

⁹⁶ ICOPE : *Integrated Care for Older People* ce qui signifie en français « soins intégrés pour les personnes âgées ».

⁹⁷ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALEE : travail en équipe infirmiers délégués à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ».

Les infirmiers ASALEE peuvent effectuer le suivi d'un certain nombre de patients : patients diabétiques de type 2, patients à risque cardiovasculaire, patients tabagiques à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées (13). Ce protocole et cette délégation de tâches permettent de libérer du temps médical, de fluidifier les parcours de soins, d'apprendre à travailler ensemble et de mettre en avant les compétences des professions paramédicales. Dans ce cas, c'est la profession infirmière qui est à l'honneur ⁹⁸.

e- Connaissance des acteurs de santé entre eux

Dans la CPTS Pays du Comminges, l'amélioration de la connaissance des acteurs entre eux semble primordiale aux yeux de l'équipe pour mieux organiser le parcours de soins du patient. Il est proposé d'organiser, par exemple de façon annuelle, une journée d'échange autour d'une pathologie ou d'une thématique avec une description systématique du rôle que peut jouer chacune des professions présentes. En effet, en connaissant les rôles et les missions de chacun, les professionnels de santé auraient plus de facilité à déléguer une partie de la prise en charge d'un patient. Par exemple, si un médecin ne peut recevoir un patient se présentant au cabinet pour des brûlures mictionnelles, il pourrait l'orienter vers un infirmier ou un pharmacien d'officine travaillant sous protocole, à condition de savoir qui est en mesure d'appliquer ce protocole. Cela permet d'améliorer la prise en charge des soins non programmés et de travailler de façon pluriprofessionnelle sur le dossier médical d'un patient.

Le développement des RCP, des prises en charge standardisées pour les patients complexes ainsi que la création de filières de soins pour fluidifier le parcours patient a également été évoqué dans les deux projets de CPTS.

f- Protocole de e-prescription

Du côté de la CPTS Toulouse Nougaro, il est évoqué dans la lettre d'intention la volonté de participer à l'expérimentation sur les protocoles de e-prescription. La e-prescription est

⁹⁸ Décret n°2014-1181 du 13 octobre 2014 autorisant la création d'un traitement automatisé relatif à l'évaluation du module 3 des expérimentations de nouveaux modes de rémunération prévues par l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, relatif à la coopération entre professionnels de santé.

un outil permettant de dématérialiser les échanges entre un prescripteur et la personne qui délivre les prestations prescrites. L'expérimentation a débuté avec la prescription de médicaments seulement. Le patient n'a plus l'ordonnance en main à la sortie du cabinet médical, elle est transmise directement sur un serveur auquel le pharmacien d'officine a accès afin de dispenser les médicaments à son patient. Cette expérimentation a pour but de sécuriser les échanges entre prescripteur et dispensateur et de concourir, *in fine*, à une meilleure coordination des soins, en partageant les informations sur une base de données unique, telle que le dossier médical partagé (DMP) ou Mon Espace Santé, à laquelle le patient peut accéder avec ses identifiants de connexion (14).

L'utilisation du numérique permettrait, comme c'est évoqué dans le projet toulousain, de créer des services numériques d'appui à la coordination afin de faciliter l'intervention des professionnels dans le domaine du sanitaire, du médico-social et du social.

4- Mission en faveur du développement des actions de prévention et de promotion de la santé

Les actions de promotion de la santé sont relativement communes dans les lettres d'intention des deux CPTS bien que cette partie soit davantage développée du côté toulousain. Les équipes projets ont prévu de baser leurs actions sur des domaines déjà développés sur le plan national. L'intérêt de ces actions à l'échelle d'une CPTS est d'avoir des supports de communication communs, cohérents et adaptés à la population locale et d'orienter les patients auprès d'un professionnel autorisé à réaliser l'acte de prévention par exemple.

a- La vaccination

L'une des principales actions de santé publique évoquée par les équipes est l'importance du développement de la vaccination au sein de la population. C'est un des leviers forts de santé publique en France pourtant sans cesse remis en question par la population. Les professionnels évoquent notamment la campagne de vaccination antigrippale annuelle ainsi que la recrudescence de l'épidémie de rougeole en région Occitanie.

A l'échelle de la CPTS, les professionnels pourraient s'organiser afin de créer des centres de vaccination à l'image de ce qui a été créé pour la vaccination contre la COVID-19.

Les professionnels pourraient proposer des créneaux de rendez-vous disponibles toute la journée pour le patient. Cela pourrait notamment être utile pour la campagne de vaccination antigrippale annuelle qui s'étend chaque année d'octobre à février. En alliant les forces des professionnels de santé, qui pourraient effectuer des créneaux de vaccination dans un endroit dédié, et avec une communication efficace auprès de la population, cela permettrait d'augmenter la couverture vaccinale locale.

Concernant l'épidémie de rougeole et la méfiance des Français vis-à-vis des vaccins, des communications ou réunions publiques pourraient être organisées afin de répondre aux questions de la population. Un travail de réflexion est à mener pour adapter les projets aux populations locales.

b- Le projet ICOPE

Comme évoqué plus haut, le projet ICOPE, projet OMS de repérage de la fragilité, pour lequel Toulouse est une ville pilote en France, en lien avec le Gérontopôle du CHU de Toulouse est également un projet commun aux deux CPTS (15). Le projet consiste à effectuer un test de dépistage systématique de la fragilité chez toutes les personnes à partir de 60 ans et de façon annuelle afin de limiter ou de retarder l'entrée dans la phase de dépendance.

Le programme est développé autour de cinq étapes distinctes dans lesquelles différents acteurs peuvent intervenir.

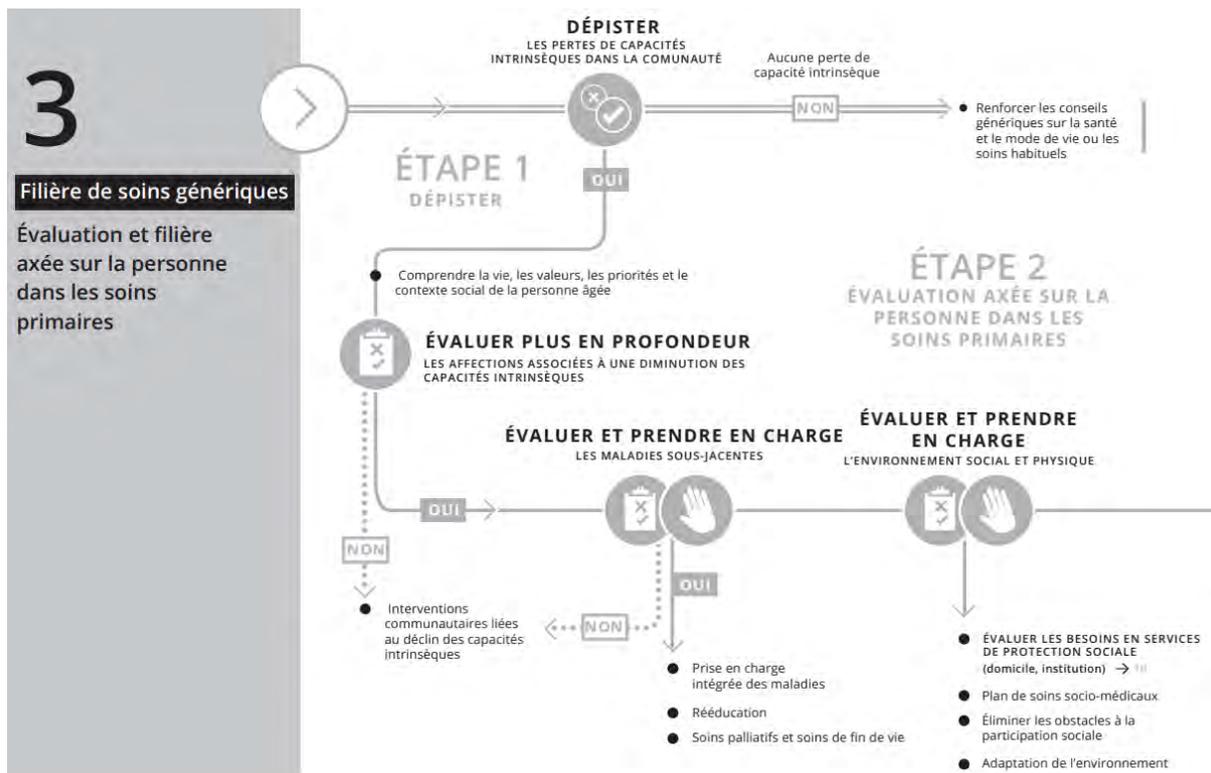


Figure 6 : Le programme ICOPE en 5 étapes

(Source : Organisation Mondiale de la Santé, juin 2019) (15)

c- Autres projets

Du côté de la CPTS Toulouse Nougaro, c'est plus globalement le maintien à domicile des personnes âgées qui est évoqué avec la prévention de la fragilité et de la dépendance mais également la prise en compte du risque iatrogène et la mise en place des bilans partagés de médication.

En Comminges, c'est davantage la détection de la précarité médico-sociale qui est visée dans les projets de prévention et de promotion de la santé.

La troisième mission est peu développée dans les lettres d'intention des deux CPTS en comparaison aux deux premières missions qui restent prioritaires au vu de la démographie médicale qui ne cesse de diminuer.

5- Autres missions attribuées aux CPTS

Lors de la rédaction des lettres d'intention des deux projets de CPTS étudiés, la mission de participation à la gestion des crises sanitaires n'était pas obligatoire. On ne trouve donc pas d'information en la matière dans les lettres d'intention.

Pour les missions optionnelles, la CPTS Pays du Comminges n'a pas fait d'ébauche de projet de santé.

En revanche, la CPTS Toulouse Nougaro mentionne plusieurs projets. Pour la mission d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge, des groupes d'analyse des pratiques permettraient de mettre à jour les connaissances des professionnels et de discuter des situations susceptibles de poser problème. Des outils de recueil des événements indésirables associés aux soins peuvent également être envisagés. La participation au réseau de surveillance Sentinelle est également une piste ainsi que la diffusion d'une *newsletter* mensuelle comportant des nouvelles recommandations de prise en charge des patients (recommandations de la HAS, de sociétés savantes) ou des informations de pharmacovigilance, afin de maintenir à jour les connaissances.

Quant à la mission d'accompagnement des professionnels de santé, plusieurs projets ont déjà été abordés. Ils se recoupent avec d'autres missions tel que le renfort de l'accueil des étudiants et le développement d'un parcours pluriprofessionnel des stagiaires au sein de la CPTS. La diffusion d'une *newsletter* peut, en plus de contribuer à la mise à jour des connaissances des professionnels de santé, regrouper les dates clés à retenir pour les actions de la CPTS, un agenda des réunions et les mises à jour des nouvelles installations sur le territoire de la CPTS. Des actions de formation continue des professionnels de santé peuvent être envisagées dans un but de développement professionnel continu centré sur l'exercice coordonné ou sur des notions propres à la population du secteur. Ces rencontres permettraient des temps de paroles entre professionnels limitant ainsi leur isolement. La création d'une CPTS numérique, avec un système de communication sécurisé et reliant les acteurs du territoire entre eux et en temps réel via un logiciel ou une application commune est également un projet évoqué dans la lettre d'intention de la CPTS du nord-est toulousain.

6- Place du pharmacien d'officine dans les missions attribuées aux CPTS

Un des constats que nous pouvons faire lors de l'analyse de ces deux lettres d'intention est que la place des docteurs en pharmacie n'est que très peu évoquée dans la mise en place des missions effectuées par les CPTS. Le rôle du pharmacien est brièvement décrit dans la CPTS Toulouse Nougaro au travers du développement des protocoles de coopération et des bilans de médication mais on ne mentionne son rôle dans aucun des autres projets envisagés. Or, comme nous allons le voir ci-après, les pharmaciens ont leur place dans bon nombre des missions attribuées aux CPTS. De plus, les professionnels de la pharmacie sont soumis à un maillage territorial obligatoire lors de leur installation ⁹⁹. En effet en 2017, selon le conseil national de l'Ordre des pharmaciens, « 4 personnes sur 5 ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence et 97 % de la population métropolitaine vit à moins de 15 minutes en voiture d'une officine » (16).

En région Occitanie en 2020, on comptait 34 officines pour 100 000 habitants (moyenne nationale de 32 officines pour 100 000 habitants). Il y a donc un bon nombre de pharmaciens sur l'ensemble du territoire de chacune des CPTS, comme nous pouvons le voir sur la cartographie ci-dessous (17).

⁹⁹ Article L 5125-4 du Code de la santé publique.



Figure 7 : Cartographie des territoires situés à moins de 15 minutes en voiture d'une pharmacie d'officine (en vert)

(Source : Conseil National de l'Ordre des pharmaciens, 2017) (16)

Nous n'avons pas pu obtenir les données précises concernant les territoires couverts par chacune des deux CPTS. En revanche, des données au sujet de la Haute-Garonne sont disponibles sur le site du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Au niveau départemental en 2022, on compte 403 pharmacies d'officine installées soit environ 28,8 officines pour 100 000 habitants et une patientèle moyenne de 3474 habitants par officine (18).

a- Mission d'amélioration de l'accès aux soins

Plusieurs missions attribuées au pharmacien d'officine peuvent en effet lui permettre de s'impliquer dans la première des missions socles des CPTS : l'amélioration de l'accès aux soins. Comme déjà évoqué dans le projet de la CPTS Toulouse-Nougaro, la mise en place et le développement des protocoles de coopération et de la délégation de tâches permettraient notamment au pharmacien de désengorger une partie des soins non programmés. C'est un projet qui n'a pas été évoqué dans la lettre d'intention de la CPTS Pays du Comminges.

L'accueil des étudiants en pharmacie mais également l'organisation de journées de stage et d'un parcours pluriprofessionnel fléché pour les étudiants en santé est également une mission sur laquelle le pharmacien d'officine peut se positionner. C'est une des missions qui a été évoquée dans les deux lettres d'intention mais sans y impliquer la pharmacie d'officine.

Les projets ne mentionnent pas le rôle du pharmacien correspondant car c'est une mission qui n'a été autorisée qu'après rédaction des lettres d'intention par un décret qui date de mai 2021. Cependant, cette mission semble être une opportunité supplémentaire de décharger les médecins du suivi d'une partie des patients chroniques. À la différence des IPA, le pharmacien ne sera pas amené à réaliser un examen clinique auprès du patient, ni à prescrire des examens complémentaires ou des suivis biologiques, mais il peut renouveler un traitement chronique lorsqu'il y est autorisé par le médecin traitant du patient.

Un des avantages du pharmacien d'officine est qu'il peut libérer du temps médical sur les soins non programmés d'une part, au travers des protocoles de coopération et sur le suivi des patients chroniques au travers de son rôle de pharmacien correspondant d'autre part.

En outre, les cabines de téléconsultation sont en plein essor en pharmacie d'officine et dans les EHPAD. C'est un sujet qui n'a pas été abordé dans les lettres d'intention des deux projets, probablement car c'est lors de la crise COVID que ces dernières ont été mises en lumière. A cette date, la lettre d'intention de la CPTS de Toulouse notamment avait déjà été déposée. Cependant, à l'échelle de la CPTS, les équipes pourraient envisager un recensement des cabines déjà en place dans les officines et les EHPAD. D'une part, cela permettrait d'augmenter l'accès à des soins non programmés en orientant les patients vers ces cabines de téléconsultation en cas de besoin. D'autre part, cela permettrait de programmer l'installation de nouvelles cabines dans des zones en déficit de médecin et dépourvues de cabines afin de quadriller l'intégralité du territoire de la CPTS et de créer un maillage territorial des cabines de téléconsultation. L'installation de ces cabines en EHPAD serait également un point de discussion intéressant. Avec l'assistance d'un personnel formé sur les lieux, la consultation pourrait se faire en visioconférence et permettrait de libérer du temps médical en déchargeant les médecins du temps de trajet jusqu'à l'EHPAD.

b- Mission d'organisation d'un parcours pluriprofessionnel autour du patient

Tout comme dans la première des missions évoquées, le pharmacien a également son rôle à jouer ici. Son intervention peut être pertinente auprès du patient au travers des nouvelles missions qui lui ont été confiées et il a tout intérêt à s'intégrer en tant que professionnel de santé dans le parcours de soins du patient.

Son analyse pharmaceutique comprenant l'analyse des interactions médicamenteuses, ainsi que ses compétences en galénique notamment sont une plus-value dans la prise en charge des patients lors de RCP de patients complexes, âgés ou polymédiqués. Dans les années à venir, la mise en place et le développement des protocoles de coopération et de la délégation de tâches permettra aux pharmaciens d'officine d'assurer une partie des soins non programmés qui actuellement, incombent principalement aux médecins généralistes.

La création d'un annuaire recensant les formations et compétences de chacun est un outil qui aidera également les pharmaciens à prendre leur place de professionnel de santé à part entière. En effet, le métier de pharmacien souffre d'une mauvaise connaissance de son rôle et des missions qui lui sont attribuées. La délivrance au comptoir est connue de tous, c'est la base du métier mais la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, les bilans partagés de médication, le rôle de pharmacien correspondant ou encore les compétences lui permettant de délivrer sous protocole de coopération sont une partie de son rôle peu connu du grand public et des autres professionnels de santé.

Le pharmacien d'officine a sa place dans le parcours de soins du patient grâce à sa polyvalence : il peut autant s'occuper de pathologies aiguës au travers des protocoles de coopération que du suivi des patients chroniques, au travers de son rôle de pharmacien correspondant.

Comme nous le verrons dans la mission qui suit, il a également la capacité de s'occuper de missions de santé publique tels que la vaccination ou le dépistage.

c- Mission en faveur du développement des actions de prévention et promotion de la santé

Le pharmacien a également toute sa place dans le rôle de santé publique donnée aux CPTS par la mission de prévention et de promotion de la santé.

Dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal, le pharmacien peut être une source d'information pour ses patients et la pharmacie peut être un lieu de promotion de la santé, via des flyers ou affiches qu'il peut déposer dans les vitrines de son officine. Dans la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie signée en 2022, il a été convenu que les pharmaciens officinaux peuvent dispenser aux patients les kits de dépistage du cancer colorectal en expliquant le contenu ainsi que le déroulement de l'acte ^{100, 101}.

La vaccination est également une des missions de santé publique que peut effectuer le pharmacien d'officine. Depuis 2019, les pharmaciens d'officine sont autorisés à vacciner les patients contre la grippe saisonnière ¹⁰². Cette mission est soumise à déclaration auprès du directeur général de l'ARS. Une dérogation leur a également été accordée afin de vacciner contre l'épidémie de COVID-19. Plus récemment, depuis avril 2022, les compétences vaccinales des pharmaciens d'officine ont été élargies aux vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les papillomavirus humains, les infections invasives à pneumocoques, le virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, les méningocoques des sérogroupes A, B, C, Y et W ainsi que la rage ¹⁰³. L'élargissement des compétences vaccinales concerne également les infirmiers. L'officine deviendra alors un lieu ordinaire pour vacciner la population et ainsi augmenter la couverture vaccinale.

Dans le projet ICOPE mené par l'OMS, le pharmacien peut être formé et peut réaliser le « *STEP 1* » du circuit de repérage de la fragilité, c'est-à-dire l'action de dépistage. Cette mission consiste à réaliser un questionnaire standardisé d'une dizaine de minutes auprès de tous les patients âgés d'au moins 60 ans. À la suite de cela et selon les résultats,

¹⁰⁰ Arrêté du 1^{er} avril 2022 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers et intégrant la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens.

¹⁰¹ Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

¹⁰² Décret n°2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine.

¹⁰³ Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine.

le pharmacien peut réorienter les patients chez qui il retrouve des signes de fragilité vers des professionnels formés pour assurer le « *STEP 2* » d'analyse des problèmes rencontrés lors du dépistage.

La réalisation d'entretiens pharmaceutiques (asthme, anticoagulants, chimiothérapie *per os*) ou de bilans partagés de médication est également une autre des missions permettant au pharmacien d'intervenir dans la prise en charge des patients.

Ainsi, nous nous rendons compte que l'ensemble des nouvelles missions du pharmacien d'officine peuvent être exercées dans les projets de création des CPTS et doivent être intégrées au parcours de soins des patients afin d'augmenter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge de ces derniers.

d- Missions optionnelles

Dans la mise en application des deux missions optionnelles attribuées aux CPTS, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans l'accueil des stagiaires au sein de son officine qu'ils soient étudiants en pharmacie ou issus d'autres formations en santé. Les actions de développement professionnel continu peuvent également le mobiliser et il peut être acteur grâce à sa formation approfondie, notamment en pharmacologie et en galénique.

Le développement des outils numériques et la mise en réseau des professionnels entre eux doit inclure la pharmacie d'officine qui a besoin de communiquer avec ses pairs et autres professionnels de santé. En effet, avec la mise en place de toutes ces nouvelles missions, le pharmacien a besoin d'accéder aux données de santé : pour la réalisation d'entretiens pharmaceutiques et des protocoles de coopération, pour effectuer le suivi des patients en tant que pharmacien correspondant, pour tracer ses actions de vaccination. Des données de biologie médicale lui sont également nécessaires pour la délivrance de certains médicaments. L'accès à ces données permettrait une sécurisation de la délivrance des médicaments et *in fine*, une prise en charge du patient plus efficiente.

À l'avenir, grâce à l'exercice coordonné, les docteurs en pharmacie d'officine seront des professionnels de santé impliqués à part entière dans le parcours de soins du patient et l'officine sera un lieu de soins primaires au même titre qu'un cabinet médical.

Ainsi, tel que défini par l'article L 1525-1-1 A du Code de la santé publique, les pharmaciens contribuent aux soins de premiers recours ¹⁰⁴. Ces derniers concernent plusieurs domaines : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients d'une part. D'autre part, ils appréhendent la dispensation et l'administration des médicaments, des produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Enfin, l'éducation à la santé et l'orientation dans le système de soins ponctuent la définition des soins de premiers recours. L'accès à ces derniers est apprécié en termes « de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité », autant de critères que remplissent les pharmacies d'officine ¹⁰⁵.

En effet, soins non programmés, suivi des patients chroniques, téléconsultation ou encore mission de santé publique au travers de la vaccination sont une liste non exhaustive des missions progressivement confiées au pharmacien d'officine et qui permettent de répondre aux besoins de la population en mal de médecin et d'accès aux soins.

¹⁰⁴ Article L 5125-1-1 A du Code de la santé publique.

¹⁰⁵ Article L 1411-11 du Code de la santé publique.

Conclusion

Les CPTS sont des entités contribuant à la structuration de l'offre de santé dans les soins primaires à l'échelle de territoires englobant des populations variées. Elles sont définies d'un point de vue juridique mais le législateur laisse de grandes possibilités d'application aux équipes de terrain. Elles permettent à toutes les professions de santé de prendre leur place au sein du parcours de soins du patient grâce à l'implication de chacun dans les différentes missions confiées.

L'exercice de la pharmacie d'officine s'adapte à un contexte évoluant en permanence. Les CPTS sont l'occasion, pour les pharmaciens, de mettre en avant leurs compétences, alliant le fait d'être professionnels de santé et chefs d'entreprise. En effet, les CPTS demandent d'une part, des compétences de gestion de projets et de gestion du personnel, dans la création puis le fonctionnement de la structure. D'autre part, les compétences du pharmacien en tant que professionnel de santé lui permettent de s'impliquer auprès de ses patients dans de nouvelles missions qui lui ont été confiées et qui peuvent, pour la plupart, s'exercer uniquement au sein d'une structure de travail pluriprofessionnel coordonné.

Les exemples des deux CPTS de Haute-Garonne permettent d'illustrer le fait que les territoires et les populations concernées sont très variés. Il semble que le rôle du pharmacien d'officine et la place de ses nouvelles missions ne soient pas toujours bien connus par les autres professionnels de santé. Or, les docteurs en Pharmacie peuvent s'impliquer dans la plupart des missions attribuées aux CPTS. Ces structures donnent l'opportunité au pharmacien d'officine d'exercer ses compétences aux yeux des autres professionnels de santé, en tant que spécialiste du médicament et d'un point de vue clinique, conformément à la volonté de renouveau de la profession.

Reste une interrogation : les pharmaciens se saisiront-ils de leur rôle de professionnel de santé pour s'impliquer dans les projets de CPTS à la hauteur de leurs compétences ?

Références bibliographiques

1. Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A. Pratique de coopération en santé. Regards sociologiques [Internet]. 2022 [consulté le 30 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>
2. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Quel avenir pour les 100 000 kinésithérapeutes de France ? [Internet]. 2020 [consulté le 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/quel-avenir-pour-les-100-000-kinesitherapeutes-de-france/>
3. Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [Internet]. 2022 [consulté le 28 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-d-objectifs-et-de-moyens-1>
4. Ministère chargé de la Santé. Pacte territoire-santé [Internet]. 2021 [consulté le 4 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
5. Assurance Maladie. La déclaration des indicateurs ROSP 2021 est ouverte jusqu'au 2 mars [Internet]. 2022 [consulté le 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/la-declaration-des-indicateurs-rosp-2021-est-ouverte-jusqu-au-2-mars>
6. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine [Internet]. 2021 [consulté le 4 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Exercice-coordonne-pour-les-pharmaciens-d-officine>
7. Guichet CPTS. Cartographie des CPTS et projets de CPTS sur le département de la Haute-Garonne [Internet]. 2022 [consulté le 18 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/cartographie-des-projets/>
8. Lettre d'intention de la CPTS Toulouse Nougaro. Cartographie du territoire couvert par la CPTS Toulouse Nougaro. 2019.
9. Le Guichet CPTS, URPS Occitanie. Cartographie projet CPTS Occitanie [Internet]. 07/22 [consulté le 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/cartographie-des-projets/>
10. Assurance Maladie. Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par région en 2020 [Internet]. 2022 [consulté le 20 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-region-2020>
11. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Carte régionale des officines [Internet]. 2022 [consulté le 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-regionales-Officine2/Donnees-regionales>
12. Lettre d'intention de la CPTS Pays du Comminges. Cartographie du territoire couvert par la CPTS Pays du Comminges. 2022.
13. ARS Grand-Est. Impulsion du dispositif ASALEE : pour une coopération pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 2019 [consulté le 23 juill 2022]. Disponible sur:

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>

14. Ministère chargé de la Santé. Doctrine technique du numérique en santé [Internet]. 2020 [consulté le 24 juill 2022]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine2020_3.3_e-prescription_concertation_v1.pdf
15. Organisation Mondiale de la Santé. Programme ICOPE, Manuel de conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires [Internet]. 2019 [consulté le 11 juin 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329945/9789290313274-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
16. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Les Pharmaciens, panorama au 1er janvier 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/342098/1683035/version/3/file/43583-%2BLA%2BDEMOGRAPHIE%2B2017%2B%2528brochure%2529-2-PAP.pdf>
17. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Démographie des pharmaciens en Occitanie, panorama au 1er janvier 2020 [Internet]. 2020 [consulté le 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/content/download/516208/2339400/version/1/file/47167-+LA+D%C3%89MOGRAPHIE+2020+%28brochures+r%C3%A9gionales-OCCITANIE%29VF.pdf>
18. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Carte départementale des officines en France [Internet]. 2022 [consulté le 6 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales>

Annexe : Serment de Galien

*Je jure en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens
et de mes condisciples :*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner
ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*

*D'exercer dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter
non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité
et du désintéressement.*

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité
humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état
pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que le sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CADRE JURIDIQUE DES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) ET PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE, ILLUSTRATIONS EN HAUTE-GARONNE

RESUME : L'analyse du cadre juridique relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en France, a permis de montrer la place que pouvait prendre le pharmacien d'officine dans ces structures d'exercice coordonné. Afin d'illustrer notre étude, nous avons analysé la lettre d'intention de deux CPTS situées en Haute-Garonne : une CPTS urbaine (CPTS Toulouse Nougaro) et une CPTS rurale (CPTS Pays du Comminges). Ces deux exemples montrent d'une part la pluralité des territoires, des populations et des problématiques rencontrées par les acteurs de terrain, d'autre part, la méconnaissance du rôle du pharmacien d'officine par les équipes de terrain. De ce fait, le potentiel du pharmacien n'est pas pleinement exploité. Or, devant une démographie médicale qui ne cesse de diminuer et des problématiques d'accès aux soins toujours plus présentes pour les patients, l'implication du pharmacien, dont l'installation est soumise à un maillage territorial, est une des clés pouvant permettre aux territoires de restructurer l'offre de santé dans les soins primaires. En effet, la mise en application des nouvelles missions qui lui sont progressivement confiées (vaccination, entretiens pharmaceutiques, protocoles de coopération, pharmacien correspondant) peut permettre de favoriser l'accès des patients à un professionnel de santé formé et compétent. Ces structures d'exercice coordonné offrent au pharmacien l'occasion de déployer toutes ses connaissances et ses compétences au service du parcours de soins des patients.

MOTS CLES : pharmacien, communauté professionnelle territoriale de santé, Haute-Garonne, soins primaires, exercice coordonné.

LEGAL FRAMEWORK OF TERRITORIAL PROFESSIONAL HEALTH COMMUNITIES (CPTS) AND PLACE OF THE PHARMACIST, ILLUSTRATIONS IN HAUTE-GARONNE (FRANCE)

SUMMARY : The analysis of the legal framework relating to territorial professional health communities (CPTS) in France showed the place that pharmacists could take in these coordinated practice structures. Illustrating our study we analysed the letter of intent of two CPTS located in Haute-Garonne : an urban CPTS (CPTS Toulouse Nougaro) and a rural one (CPTS Pays du Comminges). These two examples showed, at first, the plurality of territories, populations and problems encountered by the medical teams and then, the lack of knowledge of the role of the pharmacist by medical teams. As a result, the pharmacist's potential is not fully exploited. However, medical demographics constantly decrease and the problems of care access become more and more for patients ; the involvement of pharmacists, whose installations are restricted, is one of the keys that can restructure the supply of primary care in territories. Indeed, the implementation of the new missions, progressively entrusted to pharmacists (vaccination, pharmaceutical interviews, cooperation protocols, corresponding pharmacist) promote patient access to a trained and competent health professional. These coordinated practices structures offer pharmacists the opportunity to deploy all their knowledges and skills in the service of patients' care.

KEYWORDS : pharmacist, territorial professional health community, Haute-Garonne, primary care, coordinated practice.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Faculté des Sciences Pharmaceutiques, 35 chemin des Maraichers, 31062 Toulouse Cedex 09

Directeur de thèse : Madame le Professeur Florence TABOULET
