

# *Projet de Santé*

*Communauté  
Professionnelle Territoriale  
de Santé*



**Grand Gaillacois**

Communauté Professionnelle  
Territoriale de Santé

Assemblée Générale

Jeudi 14 mai 2020

## Table des matières

I – Contexte du projet.....	4
A. Territoire géographique.....	4
B. Caractéristiques de la population du territoire .....	5
1. Caractéristiques d'âge.....	5
2. Caractéristiques sociales.....	5
3. Caractéristiques sanitaires .....	7
C. Ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire .....	11
1. Les ressources sanitaires.....	11
2. Les ressources médico-sociales.....	13
3. Les ressources sociales .....	15
II. Objet et missions de la CPTS .....	17
A. Objet de la CPTS.....	17
B. Missions de la CPTS.....	17
1. Fixées par l'ACI-CPTS .....	17
2. Axes thématiques choisis par la CPTS.....	18
3. Missions exceptionnelles.....	19
III. Forme d'organisation de la CPTS .....	20
IV. Outils opérationnels .....	23
A. Fonction d'Aide à la Coordination .....	23
B. Portail des ressources de la communauté professionnelle territoriale de santé.....	24
C. Dispositif de réponse téléphonique.....	24
D. Régulation des demandes de soins non-programmés.....	25
E. Conventions avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.....	28
F. Procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation .....	28
G. Usage de la téléexpertise entre niveaux de soins.....	30
H. Usage de la téléconsultation en soins primaires.....	30
I. Messagerie instantanée sécurisée.....	31
J. Réseau Social des Professionnels de Santé.....	31
K. Groupes Thématiques Pluriprofessionnels.....	32
V. Réponse aux missions de l'ACI .....	38
A. Amélioration de l'accès aux soins .....	38
1. Faciliter l'accès à un médecin traitant.....	38
2. Prendre en charge les soins non-programmés .....	40

B.	Organisation des parcours pluriprofessionnels.....	42
1.	Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents .....	43
2.	Maladies chroniques graves.....	45
3.	Accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie .....	48
C.	Prévention.....	50
1.	Santé des nourrissons, enfants et adolescents .....	50
2.	Prévention des maladies chroniques graves .....	52
3.	Prévention chez les personnes âgées .....	53
D.	Qualité et pertinence des soins .....	55
E.	Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire .....	56
VI.	Evaluation.....	58
	Annexe 1 : Statuts de l'Association .....	59
	Annexe 2 : Lexique .....	71

# I – Contexte du projet

## A. Territoire géographique

La CPTS du Grand Gaillacois couvre 62 communes du Nord-Ouest du département du Tarn.



Sur ces quelques 994 km<sup>2</sup> vit une population de 48 757 habitants.

Il s'agit d'une zone assez rurale, puisque la densité de population de ce territoire (48,5 habitants au km<sup>2</sup>) est quasiment la moitié de la densité moyenne de la région Occitanie (78,8).

Toutefois, la croissance démographique de cette zone est particulièrement dynamique : + 7,7% entre 2009 et 2014 (Occitanie 4,7%).

## B. Caractéristiques de la population du territoire

### 1. Caractéristiques d'âge

Les âges extrêmes, à savoir les enfants et les personnes âgées, sont particulièrement représentés.

Indicateur	Zone	Région Occitanie
Part des moins de 15 ans (en %)	18,3	17,0
Part des 75 ans et plus (en %)	12,1	10,7

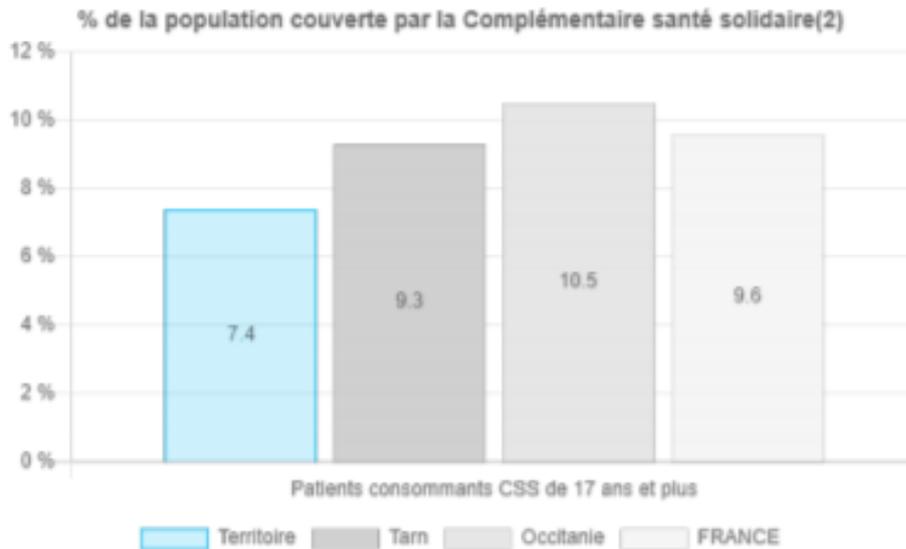
### 2. Caractéristiques sociales

- Précarité sociale :

Avant sa transformation en Complémentaire Santé Solidaire (CSS), la prévalence de la CMU-Complémentaire était la suivante :

	% patients CMUC (CPAM)
Brens	15,40%
Puycelsi	13,40%
Gaillac	9,17%
Cordes	8,44%
Cahuzac sur Vère	8,39%
Lisle sur Tarn	6,13%
Castelnau de Montmiral	5,71%
Marssac sur Tarn	4,29%
Lagrave	3,80%
Cadalen	3,41%
Florentin	3,40%
CPTS Gaillacois	7,45%
Département du Tarn	9,10%
Région Occitanie	11,28%

Actuellement, le pourcentage de la population couverte par la CSS (contrat CSS au moins 1 jour dans la période de référence) parmi la population consommatrice de 17 ans et plus est de 7,4%.



Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Sept 2019)

S'il existe des disparités internes, il semble donc que la précarité sociale n'est pas supérieure à la moyenne des autres territoires du Tarn et de l'Occitanie.

- Catégories socio-professionnelles :

Indicateur	CPTS	Région Occitanie
Poids de la CSP Agriculteurs (en %)	6,8	2,8
Poids de la CSP Artisans-commerçants (en %)	12,2	8,5
Poids de la CSP Ouvriers (en %)	20,8	18,1
Poids de la CSP Employés (en %)	28,1	28,4
Poids de la CSP Cadres (en %)	10,0	16,1
Poids de la CSP Professions intermédiaires (en %)	22,1	26,1

On remarque l'importance relative des agriculteurs par rapport à la moyenne régionale, de même des ouvriers et des artisans-commerçants. Il y a moins de professions intermédiaires et surtout moins de cadres.

### 3. Caractéristiques sanitaires

Au titre des missions dévolues aux CPTS, figurent l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation de parcours pluriprofessionnels et le développement des actions territoriales de prévention. Le suivi de ces missions est assuré à l'aide d'indicateurs chiffrés.

Les statistiques présentées ci-dessous sont issues de la consultation de l'outil REZONE CPTS le 27/02/2020.

Remarques méthodologiques :

Les données affichées relatives à la population sont issues de l'INSEE Mise à Jour de Janvier 2019 (Cf. Recensement 2016). Les données affichées relatives à la consommation de soins sont arrêtées à Septembre 2019 et sont issues du système d'information de l'assurance maladie (SNDS/DCIR/SNIIRAM).

Ces sources et périodes de référence différentes peuvent générer des écarts entre les données de population affichées (INSEE) et les données de consommation de soins affichées (données de l'assurance maladie). En outre, des facteurs externes peuvent accentuer ces écarts : mouvements démographiques et économiques au sein des différentes communes, situations de droit spécifiques pour certains bénéficiaires de soins. Les indicateurs calculés sur la population consommante sont disponibles pour les codes communes ramenant au moins 50 consommateurs dans la base de données. Les ratios et dénombrements sont affichés dès lors que les populations ciblées sont constituées d'au moins 11 individus statistiques dans le respect des exigences de la CNIL.

#### a) Accès aux soins

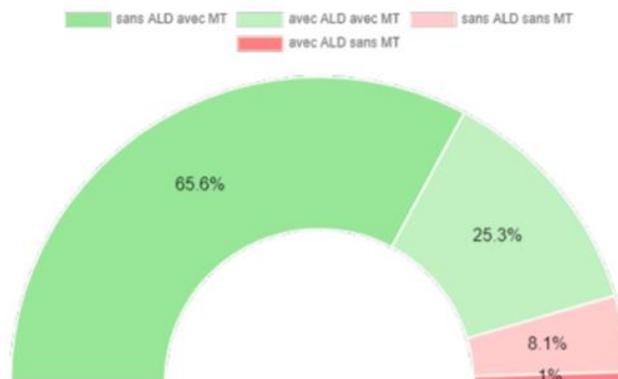
→ Couverture de la population consommante par un médecin traitant

- Patients de 17 ans et plus consommant des soins  
= 39 192 patients  
= 80,8% de la population

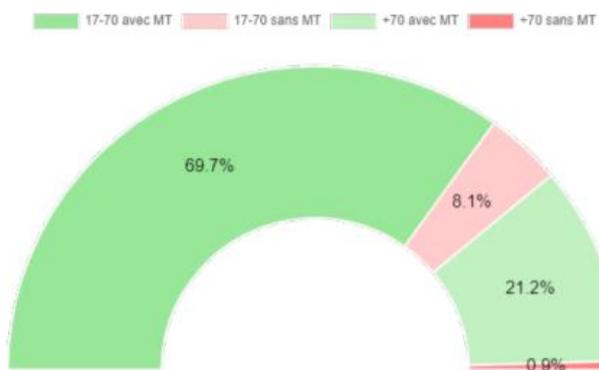
→ Part sans médecin traitant  
= 3 563 patients  
= 7,7%

- Part en ALD
  - = 385 patients
  - = 1,3%
  
- Part ayant la CSS
  - = 203 patients
  - = 0,9%
  
- Patients de 70 ans et plus consommant des soins
  - = 8 684 patients
  - = 17,9% de la population
  
- ➔ Part sans médecin traitant
  - = 370 patients
  - = 1,2%

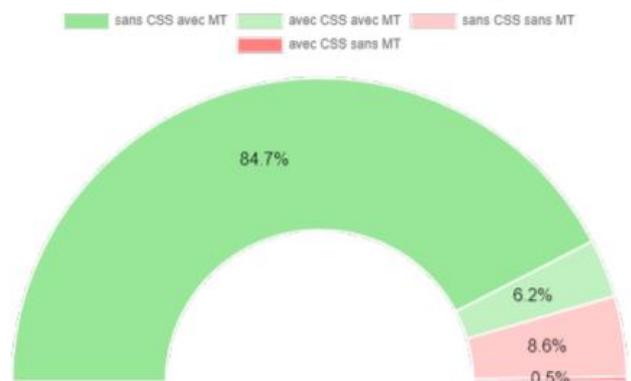
ALD et Médecin Traitant répartition des 17 ans et plus



Médecin traitant répartition des 17 ans et plus



CSS et Médecin Traitant répartition des 17 ans et plus



## *b) Parcours de soins*

26,4% de la population de 17 ans et plus consommant des soins est en Affection de Longue Durée (ALD), un peu plus que la moyenne nationale (23,1%).

5 pathologies les plus fréquentes sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée :

- Diabète de type 1 et diabète de type 2  
= 4.5% de la population  
= 2 201 patients
- Tumeur ou affection maligne  
= 4,4% de la population  
= 2 120 patients
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves  
= 2,8% de la population  
= 1 352 patients
- Maladie coronaire  
= 2.5% de la population  
= 1 231 patients
- Affections psychiatriques de longue durée  
= 2.7% de la population  
= 1 309 patients

## *c) Prévention*

- Polymédication continue  
(Rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans ou plus)  
= 13.7%  
(- 2,6 % par rapport la moyenne nationale)

- Antibiorésistance

(Rapport entre la population consommande traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) et le nombre de consommateurs d'au moins un antibiotique)

= 42,2%

(- 3,1 % par rapport la moyenne nationale)

- Dépistage Cancers : Sein

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

= 66,3%

(+1,3% par rapport la moyenne nationale)

- Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années et la population consommande de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années

= 28,5%

(- 1,8% par rapport à la moyenne nationale)

- Dépistage Cancers : Col de l'utérus

Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans

= 58%

(+3,6% par rapport la moyenne nationale)

- Vaccination contre la grippe saisonnière

Dans la population des plus de 65 ans

= 52,2%

(-0,9% par rapport à la moyenne nationale)

Dans la population de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyperréactivité bronchique)

= 28,6%

(-2,6% par rapport à la moyenne nationale)

- Vaccination contre la Rougeole/Oreillons/Rubéole  
Part des patients consommateurs de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR  
= 53,6%

(-25,8% par rapport à la moyenne nationale)

- Vaccination contre le méningocoque C  
Part des patients consommateurs de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C  
= 57,1%

(-28,2% par rapport à la moyenne nationale)

## C. Ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire

### 1. Les ressources sanitaires

#### a) Professionnels de santé libéraux

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la CPAM avait comptabilisé (cabinets principaux et secondaires) :

- 62 médecins généralistes
- 93 infirmiers
- 57 masseurs-kinésithérapeutes
- 22 chirurgiens-dentistes
- 14 pharmacies

Au 15 octobre 2018, l'ARS a comptabilisé :

- 59 médecins généralistes (dont 6 cabinets secondaires)
- 95 infirmiers
- 60 masseurs-kinésithérapeutes (dont 2 cabinets secondaires)
- 20 chirurgiens-dentistes
- 13 pharmacies
- 8 sages-femmes (dont 1 cabinet secondaire)
- 11 pédicures-podologues (dont 4 cabinets secondaires)

- 12 orthophonistes
- 2 laboratoires
- 2 transporteurs
- 26 fournisseurs (16 opticiens, 3 fournisseurs de prothèses auditives, 4 fournisseurs d'appareillage/orthèses, 2 orthopédistes et 1 fournisseurs de perruques).

Ceci constitue un total de 308 professionnels.

Il faut rajouter selon nos propres comptes :

- 12 médecins d'autres spécialités
- 6 psychomotriciennes
- 2 diététiciennes
- 1 orthoptiste
- 17 psychologues

Soit un total d'environ 346 professionnels libéraux.

### *b) Etablissements sanitaires*

#### ❖ Centre Hospitalier de Gaillac

- 400 lits et 400 agents dont:
  - 30 lits de médecine
  - 30 lits d'USLD
  - 27 lits de SSR et d'HJ
  - Une forte activité médico-sociale sur 2 sites
  - Des médecins exerçant à temps plein ou à temps partiels
  - Des équipes soignantes pluriprofessionnelles
  - Un pôle ressources opérationnelles
- Un projet de modernisation en cours (reconstruction de 30 lits de médecine et d'USLD et de 39 lits d'EHPAD)

Projet d'établissement 2019-2023 ouvert sur la ville :

- Dès 2016 : réflexions sur devenir d'un bâtiment libéré (2 étages) à la fin des travaux soit à compter de septembre 2020
- Reconstruction du service d'imagerie conventionnelle dans une perspective d'ouverture aux patients externes
- Ambition : faire d'un établissement public de santé qui a une mission de proximité un espace d'adossement des soins de ville pour :

- Préparer et mettre en œuvre un projet de soins partagé, dans une volonté de perméabilité et de respect des prérogatives de chacun au service de la pertinence et de la fluidité des parcours des patients
- Faire bénéficier de l'infrastructure hospitalière
- Partager des informations nécessaires à la continuité des soins
- Consolider durablement l'offre de soins et développer l'accès aux avis spécialisés

### ❖ Fondation Bon Sauveur d'Alby

Est en charge du secteur de psychiatrie, avec plusieurs antennes :

- Gaillac :
  - Centre Médico-Psychologique Adultes (CMP)
  - Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents (CMPEA)
- Cordes :
  - Centre Médico-Psychologique Adultes (CMP)

➔ Les patients du territoire sont également régulièrement adressés vers les structures sanitaires suivantes, localisées à proximité du territoire de la CPTS :

- CHG d'Albi
- Fondation du Bon Sauveur d'Alby
- Clinique Claude Bernard (Albi)
- Clinique Toulouse-Lautrec (Albi)
- CH de Lavaur
- CHU de Toulouse
- Cliniques de l'agglomération toulousaine

## 2. Les ressources médico-sociales

- RESOPALID 81
- MAIA Tarn-Nord

- Équipe Spécialisée Alzheimer à domicile (ADMR du Gaillacois et UMT Mutualité des Terres d'Oc)
- Services de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD (ADMR du Gaillacois, Santé Dadou et UMT Mutualité des Terres d'Oc)
- Accueil de Jour pour personnes âgées Marie Bermond (ADMR du Gaillacois)
- Plateforme d'accompagnement et de répit (ADMR du Gaillacois)
- Médecine du travail
  
- Structures médico-sociales pour jeunes :
  - Centre de Planification et d'Éducation Familiale
  - Protection Maternelle et Infantile - PMI
  - Médecine scolaire
  - Plateforme TND (Dr Maffre et Dr Chaminade)
  - AGAPEI Florentin - Institut Médico-Educatif Alain de Chanterac
  - AGAPEI Florentin - Unité d'enseignement Maternelle Autisme
  
- Organismes d'aides et d'hébergement aux personnes handicapées :
  - APAJH du Tarn
  - AGAPEI (Foyer de Vie à Gaillac, Institut Médico-Educatif Alain de Chanterac à Florentin, Unité d'Enseignement Maternelle Autisme et Élémentaire à Albi, Foyer de Vie Henri Enguilabert à Florentin)
  - Accueil temporaire « Césure » à Gaillac
  - Foyer de Vie et d'Hébergement de Boissel à Gaillac
  - ESAT Tricat Service à Gaillac
  
- Organismes d'aides et d'hébergement de réinsertion sociale
  - « Le Relais » à Montans (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile, Centre d'Hébergement d'Urgence, Lits Halte Soins Santé, La Maison Partagée, maison relais et pensions de famille à Lisle-sur-Tarn)
  
- Les établissements d'hébergement personnes âgées dépendantes :
  - EHPAD Saint Francois Cadalen
  - EHPAD Saint André CH Gaillac
  - EHPAD Résidence Les 7 Fontaines
  - EHPAD Saint Jean CH Gaillac
  - EHPAD La Mazière Cordes

- EHPAD Le Grand Champ Lagrave
  - EHPAD La Résidence Lagrange Lisle-sur-Tarn
- Hébergements pour personnes âgées ou en situation de handicap :
- Petite Plaisance, Foyer de Vie pour personnes handicapées vieillissante, (Association Âge sans frontière) à Salvagnac
  - La Maison Partagée (Association Âge sans frontière) à Brens
  - Les Maisons de Vie (Association C'Vital) Milhars et Penne
  - L'Oustal, habitat partagé (Association La Maison Astrolabe) à Cahuzac-sur-Vère

### 3. Les ressources sociales

- CCAS de Gaillac
- Maison du Département
- CAF
- MSA
- UDAF (tutelles)
- AT81 (tutelles)
- APAJH (tutelles)
- Epicerie sociale « Lou Mercat »
- Résidence Sociale du Parc à Gaillac
- CLIC
- CARSAT

#### Les services d'aide à domicile :

- SAAD ADMR des Bastides
- SAAD ADMR du Pastel
- SAAD ADMR du Ségalar
- SAAD ADMR Lasgraïsses
- SAAD ADMR La vallée de la Vère
- SAAD ADMR Lisle-sur-Tarn
- SAAD ADMR Marssac
- SAAD ADMR Parisot
- SAAD CCAS Gaillac - Simply-Cité
- SAAD Coordination Domicile Sante
- SAAD Qual&Vie
- SAAD PROMAID
- SAAD Vère-Grésigne

#### Structures sociales pour jeunes :

- Maison d'Enfants Lucie Aubrac à Gaillac
- M.E.C.S. Le Roc à Tonnac

#### Supports de l'action socio-éducative :

- Établissements scolaires (Inspectrice d'Académie)
- L'accueil petite enfance
- L'action en faveur de la jeunesse (MJC, service jeunesse et lien social de la ville, Francas)
- Maison commune emploi formation
- Ile aux Parents

#### Associations de patients :

- France Alzheimer 81
- Parole de femmes
- Alcooliques Anonymes
- ANPAA 81 - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- Association des Usagers du Gem – « le Tredunion » à Gaillac
- Visiteurs de Malades en Établissements Hospitaliers (VMEH)
- UNAFAM 81 Familles et Amis de Malades
- ASP TARN NORD

#### Associations caritatives :

- Secours Catholique
- Secours populaire
- Croix rouge
- Restos du Cœur
- Œuvre Sainte Emilie de Vialar

#### Association sportive :

- Bien Être 81 Sport Santé

# II. Objet et missions de la CPTS

## A. Objet de la CPTS

La CPTS a pour objet :

- ✓ De regrouper les professionnels de santé libéraux prenant en charge de manière ambulatoire la population du territoire (professionnels de santé de premier recours, équipes de soins primaires, professionnels de santé de second recours) ;
- ✓ D'assurer les échanges entre ces professionnels et les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur le territoire, qui peuvent être intégrés à l'association en tant que membres associés ;
- ✓ De contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs de santé et au développement de l'offre de soins en vue d'objectifs de santé publique sur le territoire.

## B. Missions de la CPTS

### 1. Fixées par l'ACI-CPTS

Certaines missions sont fléchées dans le cadre conventionnel de l'ACI :

Missions socles :

- Amélioration de l'accès aux soins
  - Faciliter l'accès à un médecin traitant
  - Améliorer la prise en charge des soins non-programmés en ville
  - Développer la télésanté

- Organisation des parcours pluriprofessionnels autour des patients
- Développement des actions territoriales de prévention

Missions supplémentaires :

- Développement de la qualité et de la pertinence
- Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

## 2. Axes thématiques choisis par la CPTS

Les problématiques d'accès aux soins et de continuité des parcours de santé d'ores et déjà identifiées par les acteurs du territoire sont les suivantes :

- difficultés d'accès aux soins et aux avis spécialisés et coordination des parcours à améliorer pour les enfants présentant des difficultés neurosensorielles, psychomotrices, pédopsychiatriques et des troubles des apprentissages ;
- coordination des soignants autour des malades chroniques à améliorer ;
- maintien à domicile des personnes âgées : des défauts de coordination, notamment autour des hospitalisations, qui justifient la recherche d'une meilleure intégration des acteurs impliqués.

En conséquence, 3 axes thématiques ont été identifiés par la CPTS :

- **Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents**
- **Prévention et accompagnement des maladies chroniques graves**
- **Soins et accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie**

Ces thèmes s'intègrent dans les priorités du projet régional de santé (PRS).

### 3. Missions exceptionnelles

La CPTS met son organisation pluriprofessionnelle au service de la population du territoire pour répondre, en lien avec les autorités compétentes, aux exigences d'une prise en charge sanitaire coordonnée, efficiente et rapide dans le cadre d'une situation d'urgence : catastrophe naturelle, nucléaire, pandémie...

Un projet complémentaire « crise sanitaire » précise le dispositif ambulatoire territorial et les moyens mobilisables par la CPTS (coordination opérationnelle, moyens logistiques, lieu d'accueil, équipes mobiles...).

La CPTS se donne aussi pour but, particulièrement dans un tel contexte, de veiller à la santé physique et psychologique de ses membres dans un esprit de solidarité.

# III. Forme d'organisation de la CPTS

Il s'agit d'une association loi 1901.

Elle a été créée le 29 mars 2018.

Ses statuts (Cf. annexe 1) ont depuis été modifiés dès que nécessaire afin d'adapter au mieux la composition et le fonctionnement de l'association.

- L'Association se compose de membres titulaires, de membres supplémentaires, de membres auxiliaires et de membres associés.
  
- Membres titulaires

Peuvent devenir membres titulaires, les personnes exerçant à titre libéral les professions suivantes :

Sages-femmes	Infirmiers	Dentistes
Diététiciennes	Kinésithérapeutes	Orthophonistes
Pharmaciens	Médecins	Biologistes
Orthoptistes	Pédicures-podologues	Psychomotriciennes
Opticiens	Orthoprothésistes	Psychologues

Les membres des professions listées ci-dessus constituent autant de Collèges Professionnels qui seront représentés par des Délégué(e)s au sein du Comité Professionnel et du Conseil d'Administration de la CPTS.

- Membres supplémentaires

Peuvent être membres supplémentaires, les membres des professions de santé listées ci-dessus qui sont salariés, remplaçants ou retraités.

- Membres auxiliaires

Il s'agit des autres catégories de professions salariées par les membres titulaires, notamment les secrétaires de ces professionnels de santé.

- Membres associés

Peuvent accéder au statut de membres associés à la CPTS les entités ou personnes suivantes intervenant sur le territoire :

- Les équipes de soins primaires,
- Les maisons de santé pluriprofessionnelles,
- Les établissements, institutions et réseaux sanitaires,
- Les établissements, institutions et réseaux médico-sociaux,
- Les établissements et services sociaux, Les transporteurs sanitaires,
- Les collectivités territoriales,
- Les parlementaires,
- Les organismes intervenant dans la santé publique,
- Les organismes de protection sociale des régimes obligatoires,
- Les institutions représentatives des professionnels de santé,
- Les associations de patients,
- Eventuellement d'autres entités ou personnes définies par le règlement intérieur voté par l'Assemblée Générale de la CPTS.

- L'Assemblée Générale est l'instance souveraine de l'association et rassemble l'ensemble des membres, le droit de vote étant réservé aux membres titulaires.

- L'Assemblée Générale élit un Bureau:

- Président(e),
- Trésorier(e),
- Secrétaire Général(e),
- Vice-Président(e).

- Le Comité Professionnel est constitué :

- Des membres du Bureau
- Des Délégué(e)s des Collèges Professionnels

- Le Conseil d'Administration est constitué :
- Des membres du Bureau
- Des Délégué(e)s des Collèges Professionnels
- Des Administrateurs Associés

De manière générale, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé se veut inclusive et ouverte de toutes les bonnes volontés, dans le respect des points de vue de chacun·e, en lien avec tous les acteurs du territoire pour une démarche globale de développement social, économique, écologique et de santé.

# IV. Outils opérationnels

Pour répondre à ses missions, la CPTS a décidé de se doter des outils suivants :

- A. [Fonction d'Aide à la Coordination](#)
- B. [Portail des ressources de la communauté de santé](#)
- C. [Dispositif de réponse téléphonique](#)
- D. [Régulation des demandes de soins non-programmés](#)
- E. [Conventions avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#)
- F. [Procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation](#)
- G. [Usage de la téléexpertise entre niveaux de soins](#)
- H. [Usage de la téléconsultation en soins primaires](#)
- I. [Messagerie instantanée sécurisée](#)
- J. [Réseau Social des Professionnels de Santé](#)
- K. [Groupes Thématiques Pluriprofessionnels](#)

## A. Fonction d'Aide à la Coordination

La CPTS fera appel à des professionnels pour exercer des fonctions d'aide à la coordination.

En particulier, il sera créé un ou plusieurs postes d'Infirmière D'Aide à la Coordination (IDAC), intervenant notamment dans l'aide à la coordination des parcours des patients.

Il est bien entendu que ces interventions constitueront un appui aux actions de coordination inhérentes à chacun des professionnels de santé de l'équipe de soins et à la mission particulière en ce domaine du médecin traitant désigné par le patient.

Quant aux missions de coordination exercées au service de la CPTS en tant que structure, elles se feront sous la responsabilité du Bureau et suivant les orientations indiquées par les instances de l'association.

## B. Portail des ressources de la communauté professionnelle territoriale de santé

La CPTS mettra à disposition de la population, des collectivités territoriales, des établissements et des professionnels de santé un répertoire des ressources sanitaires du territoire, sous forme d'un site internet.

Le détail des informations affichées pourra varier en fonction du statut de l'utilisateur.

L'équité entre professionnels sera assurée par un affichage aléatoire.

Un support papier de type flyer sera édité pour faire connaître cette ressource dans les mairies, pharmacies et autres lieux d'information du public.

## C. Dispositif de réponse téléphonique

La CPTS disposera d'un ou plusieurs numéros de téléphone à destination :

- de la population
- des aidants au domicile
- des professionnels de santé
- des établissements de santé
- de la régulation médicale libérale ou hospitalière du CRRA
- des établissements médico-sociaux
- des services sociaux
- des collectivités territoriales

Un support papier de type flyer sera édité pour faire connaître cette ressource dans les mairies, pharmacies et autres lieux d'information du public.

Ce dispositif de réponse téléphonique assurera principalement les fonctions suivantes :

- **Accès aux soins** (à un médecin traitant comme demandé par les pouvoirs publics mais aussi à toutes les professions de santé membres de la CPTS) selon 2 niveaux d'intervention :

- **Information** sur les ressources sanitaires du territoire (sur la base du répertoire des ressources),
  - **Mise en relation** avec ces ressources, éventuellement avec prise de rendez-vous directement par la CPTS si critères d'urgence ou à la demande d'un professionnel de santé
- **Régulation des demandes de soins non-programmés**
  - **Procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation**

Cette réponse téléphonique est prévue au minimum de 10h à 12h puis de 14h à 18h, du lundi au vendredi.

En première ligne, la réponse aux appels sera possiblement effectuée par :

- une secrétaire médicale
- une infirmière d'aide à la coordination (IDAC)

Un médecin généraliste d'astreinte sera joignable pour une régulation médicale si nécessaire ou en cas de doute sur une urgence.

## **D. Régulation des demandes de soins non-programmés**

Ce service vise à l'amélioration de la prise en charge de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non-vitale et répond une [mission de l'ACI](#).

Il n'a vocation à intervenir que lorsque les possibilités de prise en charge par les professionnels de santé habituels du patient sont temporairement indisponibles ou saturées, rendant impossible une prise en charge « le jour même ou dans les 24 heures » pour une situation médicale le justifiant.

Il conviendra de trier l'authentique besoin de soins non-programmés de :

- l'urgence grave ou vitale, justifiant le recours direct aux services d'Aide Médicale Urgente (centre 15), d'une part,

- les demandes non-urgentes notamment administratives (certificats), renouvellements, etc... pouvant attendre une disponibilité différée, d'autre part.

L'appel est reçu en première ligne par une secrétaire médicale ou une IDAC.

Les demandes de soins non-programmés seront gérées selon la gradation suivante :

- ➔ Gestion par la **secrétaire médicale**, qui oriente vers :
  - la pharmacie pour bénéficier de l'avis d'un pharmacien
  - le cabinet du médecin traitant
  - un autre cabinet médical du territoire
  - le 15 en cas d'urgences vitales ou graves définies par un arbre décisionnel\* (mise en relation avec transfert de l'appel vers le 15)
  - l'infirmière d'aide à la coordination (mise en relation)
  - le médecin généraliste d'astreinte (mise en relation)
- ➔ Analyse par l'**infirmière d'aide à la coordination**, suivie d'un conseil :
  - sur les premiers soins,
  - sur le délai acceptable jusqu'à une consultation médicale,
  - de se rendre à la pharmacie
  - de contacter le cabinet de son médecin traitant
  - de contacter un autre cabinet médical du territoire
  - d'appeler le 15 en cas d'urgence vitale (mise en relation)
  - de recourir au médecin généraliste d'astreinte (mise en relation)
- ➔ Régulation par le **médecin généraliste d'astreinte** :
  - conseil médical
  - adressage vers le médecin traitant (ou associé-e ou remplaçant-e ou interne)
  - adressage vers un autre médecin (mise en relation)
  - rendez-vous à son propre cabinet pour une consultation
  - organisation d'une téléconsultation (éventuellement avec l'assistance d'une IDEL au domicile du patient)
  - appel du 15 en cas d'urgence vitale (mise en relation)

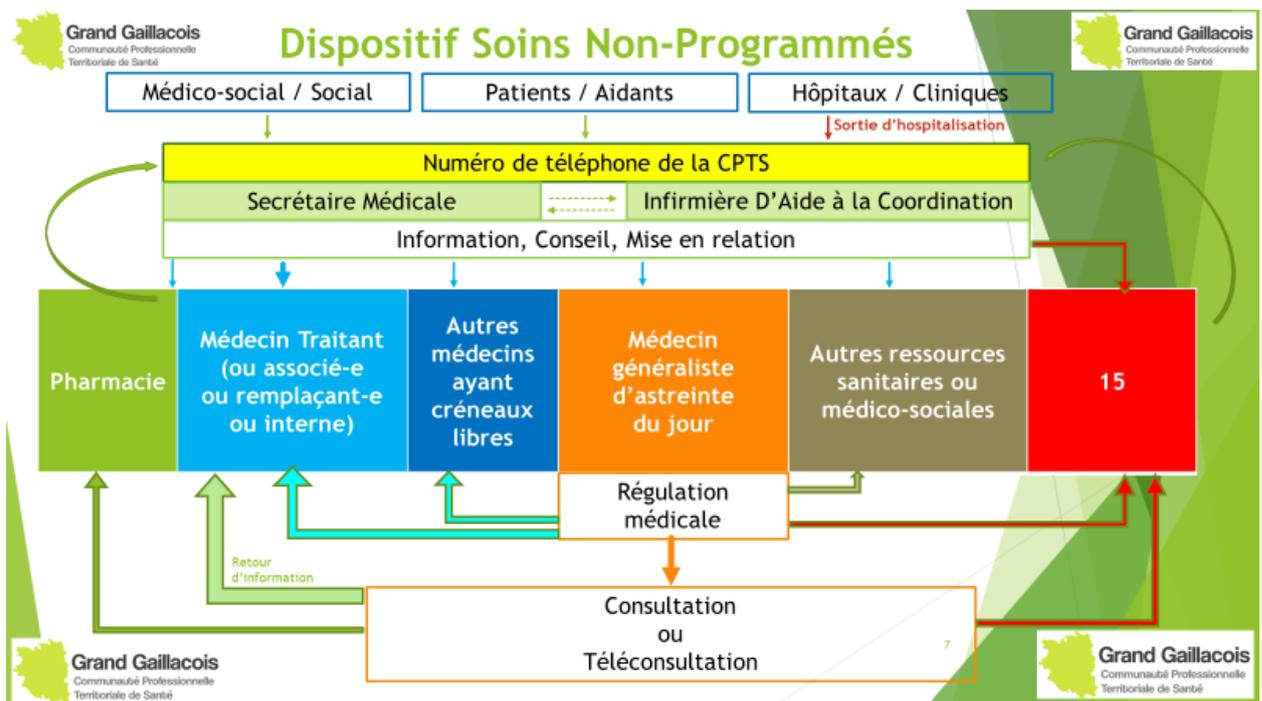
NB : en principe pas de visite dans ce dispositif étant donné l'étendue du territoire, sauf à titre exceptionnel si convenance particulière du médecin.

Dans tous les cas, un retour d'information est adressé au médecin traitant du patient par voie électronique.

Un tableau d'astreinte est rempli sur la base du volontariat par les médecins généralistes libéraux.

Une indemnité de 200€ par journée d'astreinte est versée au médecin par la CPTS sous forme d'honoraires.

La participation au dispositif offre à chaque médecin la garantie de répondre à son obligation légale d'une continuité des soins assurée pour ses patients même en cas d'absence (formation, réunion, cas de force majeure, vacances...).



## **E. Conventions avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux**

Des conventions seront élaborées avec les différents partenaires pour améliorer les interactions entre les professionnels de santé de ville et ces institutions.

Elles feront l'objet d'un suivi en Conseil d'Administration et d'une réévaluation régulière.

## **F. Procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation**

La CPTS souhaite développer avec les différents établissements hospitaliers une procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation dans l'intérêt des patients et la pertinence des parcours.

Une convention pourra être écrite et signée avec chaque établissement hospitalier public ou privé en fonction d'éventuelles particularités et d'une concertation bilatérale tenant compte des contraintes, des souhaits et des propositions de chacune des parties.

La procédure idéale souhaitée par les acteurs de la CPTS est la suivante :

- 1) Un message Medimail® est envoyé au médecin traitant pour signaler tout passage aux Urgences et le cas échéant toute hospitalisation, incluant les changements de service ou transfert en SSR (envoi automatique sur la base d'informations administratives et des changements de situation).  
Ce message est également adressé à l'Infirmière D'Aide à la Coordination (IDAC) de la CPTS pour tous les patients résidents dans le territoire de la CPTS (sur la base des codes des communes) en cas d'hospitalisation.
- 2) Un entretien téléphonique ou un échange par message instantané sécurisée entre un médecin du service d'hospitalisation et le médecin traitant permet de faire le point sur les objectifs de l'hospitalisation, sur l'état d'avancement de la prise en charge et sur les perspectives de sortie.

- 3) Une fois que les médecins de la structure d'hospitalisation ont décidé une sortie dès que possible ou à date précise, une infirmière du service appelle le numéro téléphonique de la CPTS pour joindre l'Infirmière D'Aide à la Coordination (IDAC), l'informe de l'intention de faire sortir le patient vers son domicile.

Cette démarche sera particulièrement à anticiper en cas de sortie envisagée le vendredi après-midi ou le week-end.

La structure d'hospitalisation indique à l'IDAC les intervenants de ville (professionnels de santé, aides à domicile, aidants naturels...) qu'elle a déjà identifiés.

L'IDAC envoie un message instantané sécurisé aux intervenants concernés (ou les appelle) pour les informer de cette intention de faire sortir le patient vers son domicile.

Elle s'enquiert de leur disponibilité et de leur avis sur la faisabilité d'un retour à domicile.

S'il manque des intervenants nécessaires à la sécurité du retour à domicile et à la qualité des soins, l'IDAC de la CPTS les recherche parmi les ressources du territoire dans le respect du libre choix du patient

A l'issue de ce processus, l'IDAC appelle le médecin traitant (ou lui envoie un message) pour faire une synthèse de ces éléments et recueillir son avis.

L'IDAC rappelle ensuite la structure hospitalière pour l'informer de ces éléments et des conditions favorables ou défavorables au retour à domicile.

En cas de difficulté, une mise en relation entre le médecin traitant et les médecins hospitaliers est organisée.

En cas d'absence temporaire du médecin traitant, l'avis des médecins du même cabinet est recherché, et à défaut, en cas d'urgence, celui du médecin d'astreinte de la CPTS.

Si le patient n'a pas de médecin traitant, l'IDAC pourra également faire appel au médecin d'astreinte du jour.

Cette procédure est fortement recommandée en cas de sortie en hospitalisation à domicile (HAD) également.

## G. Usage de la téléexpertise entre niveaux de soins

La CPTS souhaite aider au développement de l'usage de la téléexpertise.

La téléexpertise permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale le nécessitant et d'assurer ainsi une prise en charge plus rapide des patients.

Le médecin « requérant » adresse à un confrère « requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, hors de la présence du patient mais avec son accord préalable, les éléments du dossier du patient nécessaire au rendu d'un avis, sans nécessité d'un échange par vidéo transmission (à la différence de la téléconsultation), mais via une messagerie sécurisée de santé.

À l'issue d'une téléexpertise, le médecin requis rédige un compte rendu, l'archive dans son dossier patient, dans le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient, le cas échéant, et le transmet au médecin requérant.

Une concertation sera menée avec les hôpitaux et cliniques en vue de signer des conventions facilitant sa mise en œuvre et sa valorisation, tout en économisant des déplacements inutiles pour les patients à chaque fois que possible.

La téléexpertise est ainsi un outil particulièrement utile pour fluidifier les échanges entre les soins primaires et le second voire le troisième recours, ainsi permettre une rationalisation et une meilleure intégration du parcours des patients.

## H. Usage de la téléconsultation en soins primaires

La CPTS souhaite mettre à disposition des professionnels de santé du territoire une solution de téléconsultation adaptée à leurs besoins.

La téléconsultation est préférentiellement remboursée par l'Assurance Maladie quand la téléconsultation a lieu entre le patient et son médecin traitant ou le médecin correspondant spécialiste habituel.

Une dérogation est prévue par l'Assurance Maladie dans le cadre du dispositif de prise en charge des demandes de soins non-programmés des CPTS.

La solution de téléconsultation doit aussi permettre la réalisation facile d'une téléconsultation conjointe en équipe de soins primaires, le médecin généraliste et le patient étant alors assistés par un autre professionnel de santé (IDEL, pharmacien, kiné...).

Pour une bonne synchronisation des professionnels de l'équipe, la sollicitation du médecin pourra se faire via une messagerie instantanée sécurisée permettant de fixer d'un commun accord le début de la téléconsultation conjointe.

## **I. Messagerie instantanée sécurisée**

La coordination de l'équipe de soins autour du patient est grandement améliorée par des moyens de communication simples et instantanés.

La communication téléphonique reste certes une possibilité, mais peut déranger les professionnels dans leur activité, et a ses limites en termes de contenu.

Une application de messagerie instantanée sécurisée sera choisie et déployée par la CPTS au profit de l'ensemble de ses membres.

Elle sera si possible partagée avec les partenaires de la CPTS.

Elle devra permettre l'envoi de messages courts, de documents, d'images ou de vidéos, de manière sécurisée, et si possible de réaliser une liaison audio/vidéo pour une discussion de téléexpertise ou une téléconsultation conjointe.

## **J. Réseau Social des Professionnels de Santé**

Un réseau social des professionnels de santé permettra à chacun de s'identifier, de connaître les compétences particulières de chacun des professionnels, de diffuser des informations et de communiquer facilement sur des sujets généraux.

Ce réseau social devrait s'interfacer autant que faire se peut avec les autres outils numériques de la CPTS (messagerie instantanée sécurisée, outils de téléexpertise et de téléconsultation...).

Il sera naturellement ouvert à tous les membres de la CPTS et autant que possible à ses partenaires.

Des groupes de discussions pourront être créés, spécialement en lien avec les thématiques traitées par les groupes d'analyse de pratique pluriprofessionnels.

## K. Groupes Thématiques Pluriprofessionnels

Pour chacune des 3 thématiques prioritaires choisies par la CPTS,

- Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents
- Prévention et accompagnement des maladies chroniques graves
- Soins et accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie

il a été créé un groupe de travail thématique afin de travailler de manière pluriprofessionnelle et ouverte.

A l'intérieur de ces groupes, des sous-groupes sont créés autant que de besoin pour étudier des questions particulières et pratiques.

Chaque groupe (ou sous-groupe) thématique aborde dans le champ qui le concerne la déclinaison des 5 missions de la CPTS :

- accès aux soins
- organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient
- actions territoriales de prévention
- qualité et pertinence des soins (fonctionnement en Groupe d'Analyse de Pratiques Pluriprofessionnelles)
- accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Les participants sont conviés en fonction de la thématique du groupe ou du sous-groupe.

Il est convenu que sont habituellement conviés en fonction des thèmes suivants :

### **1) Naissance, enfance, adolescence**

Professionnels libéraux

- Médecins
- Sages-femmes
- Dentistes
- Diététiciens
- Kinésithérapeutes
- Orthophonistes
- Orthoptistes
- Psychomotriciennes
- Psychologues

Membres associés :

- PMI
- CMPEA
- Plateforme TND
- Programme de Réussite Educative (Agglo)
- Médecine Scolaire – Education Nationale
- L'île aux parents
- Foyers d'enfants et adolescents

### **2) Maladies chroniques**

Selon pathologies identifiées comme prioritaires :

a) Diabète

Professionnels libéraux

- Infirmiers
- Pharmaciens
- Médecins
- Sages-femmes

- Diététiciens
- Biologistes
- Pédicures-podologues
- Kinésithérapeutes

Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

Membres associés

- Diabétologues du CH Albi

## b) Maladies cardiaques

Professionnels libéraux

- Infirmiers
- Pharmaciens
- Médecins
- Diététiciens
- Biologistes
- Kinésithérapeutes

Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

Membres associés

- Cardiologue du CH Gaillac
- Cardiologues du CH Albi
- 

## c) Cancers

Professionnels libéraux

- Infirmiers
- Pharmaciens
- Médecins
- Diététiciens
- Biologistes
- Kinésithérapeutes
- Psychologues

Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

Membres associés

- Oncologues
- Autres spécialistes impliqués en oncologie

#### d) Troubles psychiatriques chroniques

##### Professionnels libéraux

- Médecins
- Sages-femmes
- Infirmiers
- Pharmaciens
- Psychologues
- Psychomotriciennes
- Kinésithérapeutes
- Diététiciennes

##### Membres associés

- CMP de Gaillac et de Cordes

#### e) Maladies respiratoires chroniques

##### Professionnels libéraux

- Infirmiers
- Pharmaciens
- Médecins
- Diététiciens
- Biologistes
- Kinésithérapeutes
- Psychologues

##### Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

##### Membres associés

- Pneumologues
- Tabacologues

### **3) Accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie**

#### a) Personnes âgées

##### Professionnels libéraux

- Médecins
- Infirmiers
- Pharmaciens
- Kinésithérapeutes
- Psychomotriciennes
- Orthophonistes
- Psychologues
- Diététiciennes

##### Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

##### Membres associés

- Gériatres du CH Albi
- Gériatres du CH Gaillac
- RESOPALID81
- MAIA Tarn Nord
- ADMR du Gaillacois
- UMT Terres d'Oc
- Services d'Aide à Domicile
- EHPAD du territoire
- Maison Astrolabe
- CCAS de Gaillac
- Maison de l'Autonomie
- CLIC

#### b) Soins Palliatifs

##### Professionnels libéraux

- Médecins
- Infirmiers
- Pharmaciens
- Kinésithérapeutes
- Psychomotriciennes
- Orthophonistes

- Psychologues

- Diététiciennes

Membres auxiliaires

- Infirmières ASALEE

Membres associés

- RESOPALID81

- USP CH Albi

- ASP Tarn Nord

- Espace Ethique Tarn Nord

- Maison Astrolabe

# V. Réponse aux missions de l'ACI

## A. Amélioration de l'accès aux soins

### 1. Faciliter l'accès à un médecin traitant

La CPTS s'enquiert régulièrement des possibilités des différents médecins généralistes du territoire de prendre comme médecin traitant de nouveaux patients.

Sur cette base, la CPTS oriente les patients en recherche d'un médecin traitant.

La CPTS peut aussi répondre aux sollicitations des partenaires contactés par le patient (Assurance Maladie, Ordre des Médecins...).

Le recours au médecin d'astreinte lors de demandes de soins non-programmés est un autre moyen de mise en relation entre un patient et un médecin.

Le patient et le médecin restent libres de donner suite ou non à cette mise en relation.

Une attention plus particulière devrait être portée à certains patients en situation de fragilité pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical : patients en ALD, patients âgés de plus de 70 ans, les patients en situation de précarité.

Outils de la CPTS mobilisables pour répondre à cette mission :

- ✓ [Fonction de Coordination](#)
- ✓ [Portail des ressources de la communauté de santé](#)
- ✓ [Dispositif de réponse téléphonique](#)
- ✓ [Régulation des demandes de soins non-programmés](#)
- ✓ [Messagerie instantanée sécurisée](#)
- ✓ [Réseau Social des Professionnels de Santé](#)

<b>Indicateurs / accès à un médecin traitant</b>	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Progression de la patientèle avec médecin traitant / patients dans la population couverte par la communauté professionnelle	92,3%	≥ 95%
Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients bénéficiaires de la CSS	0,9%	≤1%
Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD	1%	≤1%
Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients âgés de plus de 70 ans	1,2%	≤1%

<b>Faciliter l'accès à un médecin traitant</b>	Financement
Volet Fixe / Moyens	17.500 €
Volet variable / actions et résultats	17.500 €
Total	35.000 €

## 2. Prendre en charge les soins non-programmés

Cette mission est assurée par le [Dispositif de régulation des demandes de soins non-programmés](#).

L'appel est reçu en première ligne par une secrétaire médicale ou une IDAC.

Les demandes de soins non-programmés seront gérées selon la gradation suivante :

- ➔ Gestion par la **secrétaire médicale**, qui oriente vers :
  - la pharmacie pour bénéficier de l'avis d'un pharmacien
  - le cabinet du médecin traitant
  - un autre cabinet médical du territoire
  - le 15 en cas d'urgences vitales ou graves définies par un arbre décisionnel (mise en relation avec transfert de l'appel vers le 15)
  - l'infirmière d'aide à la coordination (mise en relation)
  - le médecin généraliste d'astreinte (mise en relation)
  
- ➔ Analyse par l'**infirmière d'aide à la coordination**, suivie d'un conseil :
  - sur les premiers soins,
  - sur le délai acceptable jusqu'à une consultation médicale,
  - de se rendre à la pharmacie
  - de contacter le cabinet de son médecin traitant
  - de contacter un autre cabinet médical du territoire
  - d'appeler le 15 en cas d'urgence vitale (mise en relation)
  - de recourir au médecin généraliste d'astreinte (mise en relation)
  
- ➔ Régulation par le **médecin généraliste d'astreinte** :
  - conseil médical
  - adressage vers le médecin traitant (ou associé-e ou remplaçant-e ou interne)
  - adressage vers un autre médecin (mise en relation)
  - rendez-vous à son propre cabinet pour une consultation
  - organisation d'une téléconsultation (éventuellement avec l'assistance d'une IDEL au domicile du patient)
  - appel du 15 en cas d'urgence vitale (mise en relation)

NB : en principe pas de visite dans ce dispositif étant donné l'étendue du territoire, sauf à titre exceptionnel si convenance particulière du médecin.

Un tableau d'astreinte est rempli sur la base du volontariat par les médecins généralistes libéraux.

Une indemnité de 200€ par journée d'astreinte est versée au médecin par la CPTS sous forme d'honoraires.

La participation au dispositif offre à chaque médecin la garantie de répondre à son obligation légale d'une continuité des soins assurée pour ses patients même en cas d'absence (formation, réunion, cas de force majeure, vacances...).

Indicateurs / Soins Non-Programmés	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)	chiffres à récupérer auprès du CHA	-1% par an sur 5 ans (CH Albi)
Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant)	chiffres à récupérer auprès du CHA	+1% par an sur 5 ans (CH Albi)
Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.	0	à déterminer avec la CPAM
Nombre de patients mis en relation sous 48h par la CPTS avec un médecin généraliste / Nombre d'appels de patients cherchant un médecin généraliste sous 48h	0	75%

Soins Non-Programmés	Financement
Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	12.000 €
Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés : Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	45.000 €
Total	57.000 €

## B. Organisation des parcours pluriprofessionnels

« L'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficience de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.» (ACI-CPTS)

La CPTS contribue « à la continuité des soins et à la fluidité des parcours, notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient, le lien entre le premier et le second recours, le lien avec les établissements sanitaires, médico sociaux, sociaux et le partage des informations, parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc.»

« Les parcours pluriprofessionnels permettent d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes.»

La CPTS du Grand Gaillacois s'est particulièrement donné comme tâche l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour des patients pour les 3 thématiques prioritaires choisies :

- Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents
- Prévention et accompagnement des maladies chroniques graves notamment :
  - Diabètes
  - Coronaropathies et Insuffisance cardiaque
  - Cancers
  - Troubles psychiatriques chroniques
  - Maladies respiratoires
- Soins et accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie

Pour répondre à cette mission d'organisation des parcours pluriprofessionnels, la CPTS peut mobiliser les outils suivants :

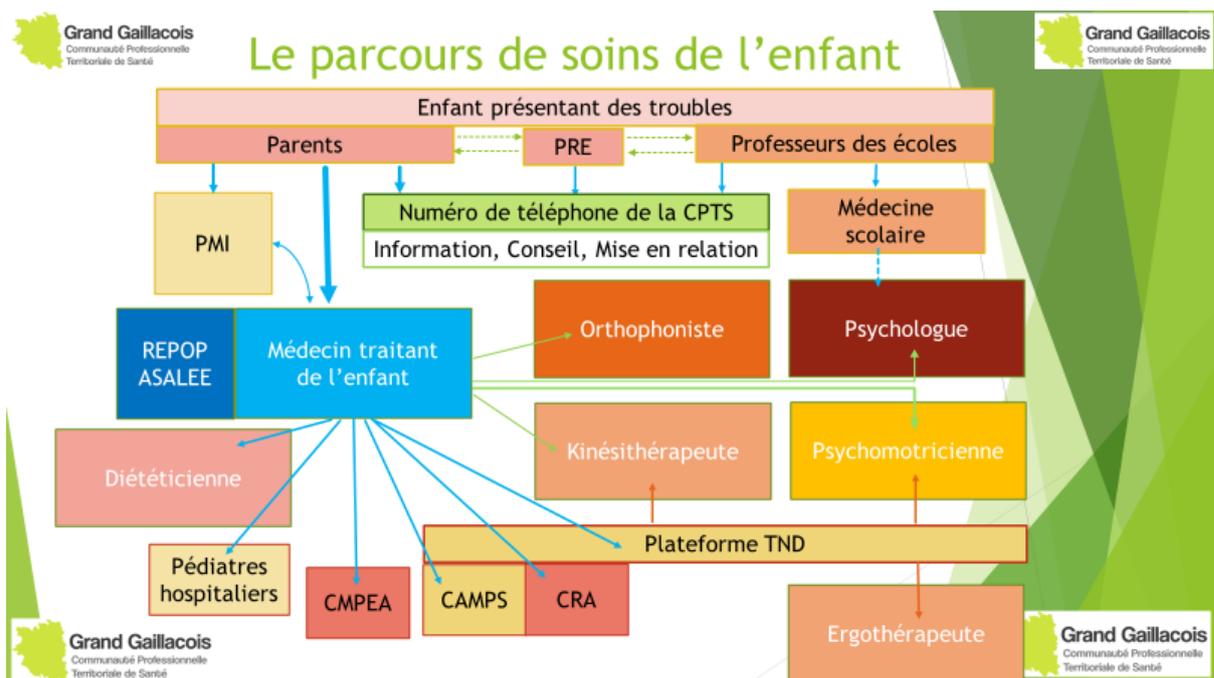
- ✓ [Fonction d'Aide à la Coordination](#)
- ✓ [Portail des ressources de la communauté de santé](#)
- ✓ [Dispositif de réponse téléphonique](#)
- ✓ [Conventions avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#)
- ✓ [Procédure de sécurisation des sorties d'hospitalisation](#)
- ✓ [Usage de la téléexpertise entre niveaux de soins](#)
- ✓ [Usage de la téléconsultation en soins primaires](#)
- ✓ [Messagerie instantanée sécurisée](#)
- ✓ [Réseau Social des Professionnels de Santé](#)
- ✓ [Groupes Thématiques Pluriprofessionnels](#)

Cette organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient sera particulièrement travaillée en ce qui concerne les thématiques choisies par la CPTS comme suit :

## 1. Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents

- ✓ Organisation de l'offre de soins :
  - Favoriser l'accès aux soins pour tous notamment aux professions surchargées avec longs délais d'attente (orthophonistes, ophtalmologues, pédopsychiatrie)
  - Améliorer l'orientation des enfants lors de la réalisation des bilans (adressage plus ou moins pertinent par l'école, triple bilan orthophoniste/psychomotricien/psychologue souvent demandé, rôle du médecin généraliste prescripteur de ces bilans)
- ✓ Coordination et cas complexes :

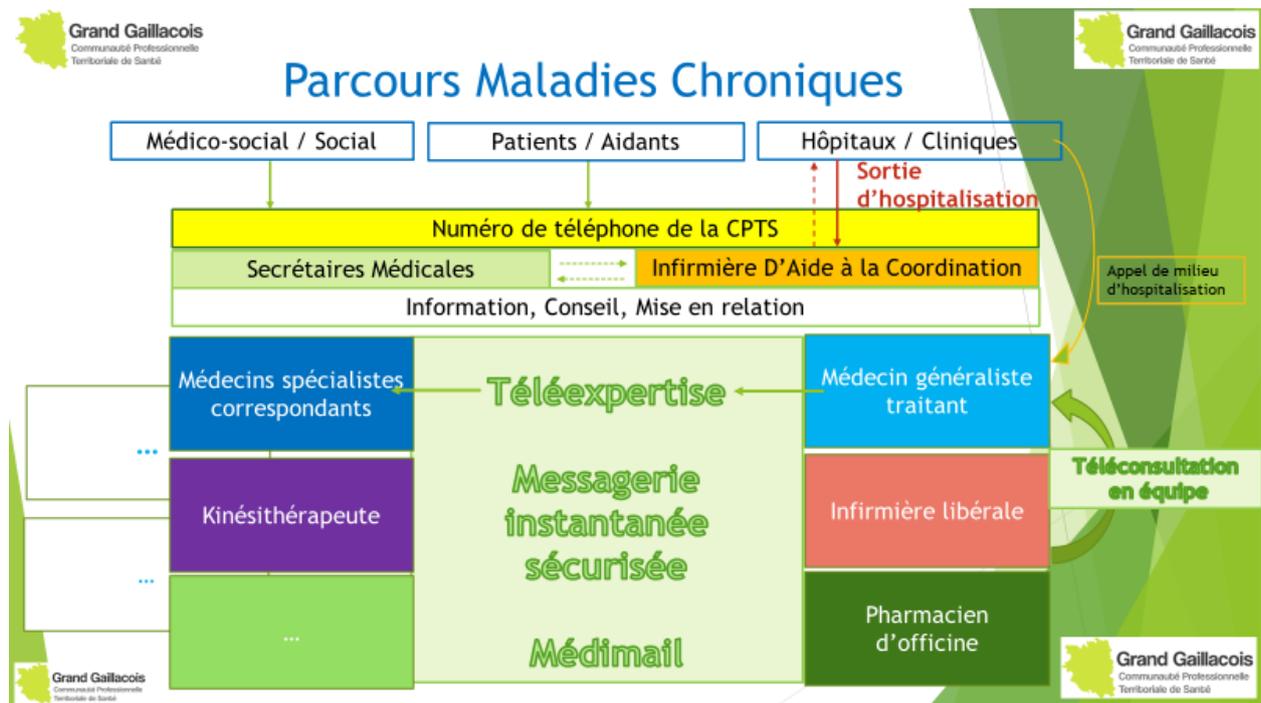
- Améliorer la communication intra professionnelle en développant les moyens déjà existants : carnet de santé, dossier de grossesse, courriers, bilans, téléphone, mais aussi plus modernes par mail sécurisé (Medimail) et demain par une messagerie instantanée sécurisée
  - Développer la pratique de la Téléexpertise entre le médecin traitant de l'enfant et le correspondant d'une spécialité en tension démographique pour un avis rapide
  - Améliorer la coordination dans les prises en charge (rôle de synthèse du médecin généraliste, gestion des dossiers administratifs, redonner du sens de la prescription, communication en amont et en aval)
  - Améliorer la communication avec le CMPEA, la MDPH et l'Education Nationale
- ✓ Actions déjà menées :
- Intégration dans le GAPP de la PMI et du CMPEA
  - Présentation du Programme de Réussite Educative de la ville de Gaillac (Mme Elsa Ronchi et Mme Andrea Sousa)
  - Présentation de la Plateforme TND d'Albi consacrée aux Troubles Neuro-Développementaux (Dr Chaminade et Dr Maffre)



## 2. Maladies chroniques graves

La coordination des professionnels de santé est particulièrement importante pour la prise en charge des malades chroniques graves.

La CPTS a travaillé sur une modélisation globale :



Au vu diagnostic territorial, la CPTS a décidé de mettre en œuvre des actions de coordination particulièrement pour les maladies chroniques suivantes :

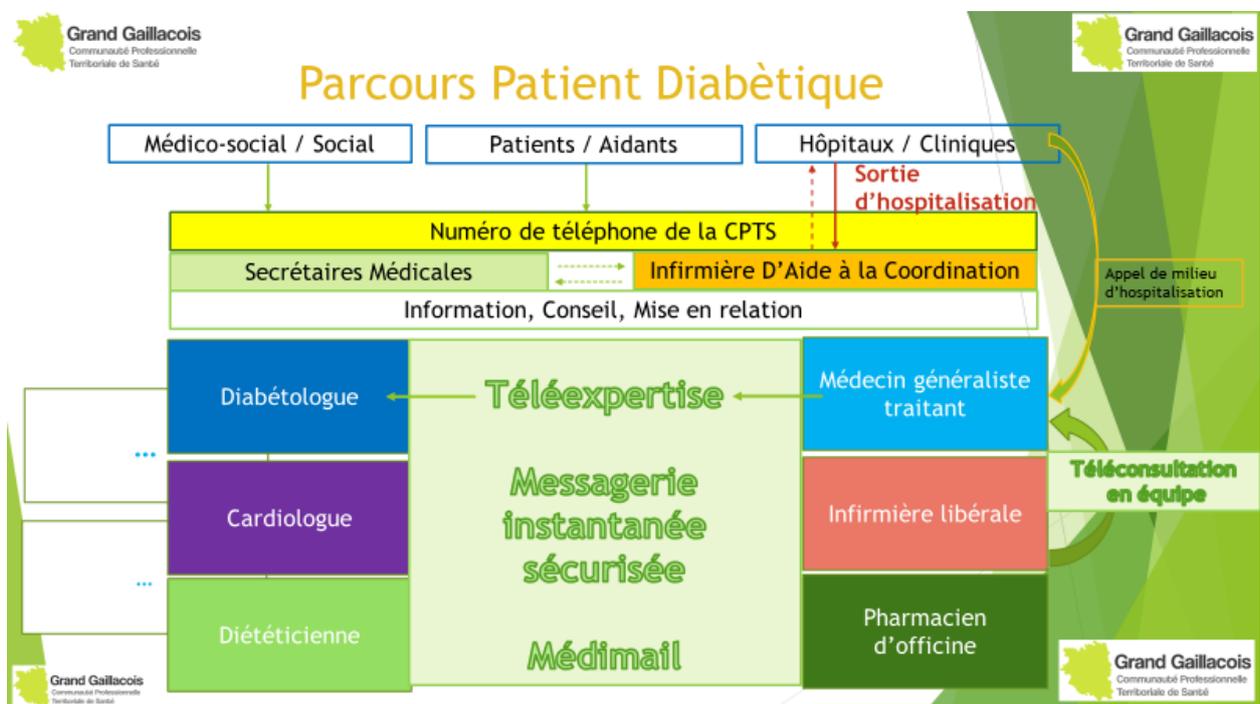
- Diabète
- Pathologies cardiaques
- Cancers
- Troubles psychiatriques chroniques
- Maladies respiratoires

## a) Diabète

Un travail a été mené avec le Dr Isabelle Moura du CH Albi.

L'usage de la téléexpertise a semblé particulièrement pertinent.

Une convention entre la CPTS et le CH Albi sera élaborée pour valoriser cet usage de la téléexpertise entre le médecin traitant et le médecin diabétologue.



## b) Pathologies cardiaques

Au vu du diagnostic territorial, la pathologie coronarienne et surtout l'insuffisance cardiaque constitue des sujets prioritaires pour la CPTS.

Un travail sera mené avec les cardiologues libéraux du territoire (Dr Baietto et Dr Fouilloux) ainsi qu'avec ceux des établissements publics et privés.

### *c) Cancers*

Au vu du diagnostic territorial, la pathologie cancéreuse constitue un sujet prioritaire pour la CPTS.

Le groupe thématique a souligné d'évidents problèmes de coordination, notamment à l'occasion de sorties d'hospitalisation pas toujours suffisamment préparée avec les professionnels de santé de ville.

Un travail sera mené avec les oncologues des établissements publics et privés du bassin de santé Tarn Nord mais aussi avec l'Oncopôle.

### *d) Troubles psychiatriques chroniques*

Au vu du diagnostic territorial, la pathologie psychiatrique constitue un sujet prioritaire pour la CPTS.

Un travail a été amorcé avec le Dr Dary et Mme Mahiou du CMP de Gaillac.

La CPTS est représentée au sein du Contrat Local de Santé Mentale, avec une participation évoquée au Groupe Cas Complexes.

Des modalités de travail plus intégrées entre les psychiatres, les infirmiers psychiatriques et les médecins généralistes traitants est piste privilégiée.

### *e) Maladies respiratoires*

L'asthme, la BPCO et les autres pathologies respiratoires sont des maladies qui impactent fortement le quotidien des malades. Les exacerbations nécessitent l'intervention des médecins généralistes et une bonne coordination avec les pneumologues.

Les apnées du sommeil constituent également un enjeu de santé publique car présentant de nombreuses comorbidités, chez l'adulte comme chez l'enfant. Le Dr El Laffi propose de s'impliquer particulièrement sur ce sujet.

### 3. Accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie

#### a) Personnes âgées

Le groupe thématique pluriprofessionnel a identifié la nécessité de répondre aux problématiques suivantes :

- ✓ Sorties d'hospitalisation +++
- ✓ Recherche d'intervenants
- ✓ Besoin d'outils de coordination autour du patient dépendant à domicile : Classeur ? Fiche de liaison ? Application communicante ?
- ✓ Quelle place pour les aidants ?
- ✓ Parfois besoin de coordonner plusieurs équipes infirmières
- ✓ Parfois besoin d'une visite pluriprofessionnelle à domicile
- ✓ Besoin d'échanger autour des cas complexes
- ✓

Le groupe a décidé de mettre en œuvre les outils suivants :

- ✓ Recensement des ressources territoriales
- ✓ Dispositif de téléphonie d'information et d'orientation par un secrétariat et une IDAC
- ✓ Une fiche de liaison au domicile (inspirée de celle réalisée par la MAIA Sud présentée par Mme Pascale BERNARD)
- ✓ Le repérage de la fragilité par tous les intervenants auprès de la personne âgée pouvant solliciter auprès de la CPTS le passage d'infirmières formées au dépistage de la fragilité (ASALEE ou IDEL)
- ✓ Une application communicante pour tous
- ✓ Des Téléconsultations Conjointes au domicile IDEL/Médecin Traitant
- ✓ Une procédure de sortie d'hospitalisation protocolisée avec les établissements sanitaires, incluant un appel entre médecins avant la fin de l'hospitalisation, puis un contact entre le service hospitalier et l'IDAC de la CPTS pour vérifier la disponibilité des intervenants au domicile
- ✓ Intervention d'aide à la coordination par l'IDAC en lien avec le médecin traitant -> recherche et coordination d'intervenants
- ✓ Des réunions du GAPP tous les 3 mois avec présentation de cas pratiques anonymisés

## *b) Soins palliatifs*

Un groupe de travail spécifique sur le thème des soins palliatifs et de support sera mis en place en lien avec RESOPALID 81.

Un groupe d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles sera réuni régulièrement autour des cas pratiques rencontrés.

La CPTS soutient le projet d'une maison de répit et d'accompagnement en soins palliatifs à Cahuzac-sur-Vère, la Maison Astrolabe, et mettra des moyens humains et logistiques au service de son fonctionnement.

<b>Indicateurs / Coordination parcours</b>	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Réunions de coordination concernant la naissance, l'enfance, l'adolescence	0	4 par an
Réunions de coordination concernant les maladies chroniques graves	0	4 par an
Réunions de coordination concernant les personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie	0	4 par an

<b>Organisation de parcours pluriprofessionnels</b>	Financement
Volet Fixe / Moyens	35.000 €
Volet variable / actions et résultats	35.000 €
Total	70.000 €

## C. Prévention

Les actions territoriales de prévention seront développées préférentiellement dans les thématiques du projet de santé :

- **Santé et développement des nourrissons, enfants et adolescents**
- **Prévention et accompagnement des maladies chroniques graves**
- **Soins et accompagnement des personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie**

Les groupes thématiques feront des propositions aux instances de la CPTS.

D'ores et déjà, ont été identifiées un certain nombre de priorités :

### 1. Santé des nourrissons, enfants et adolescents

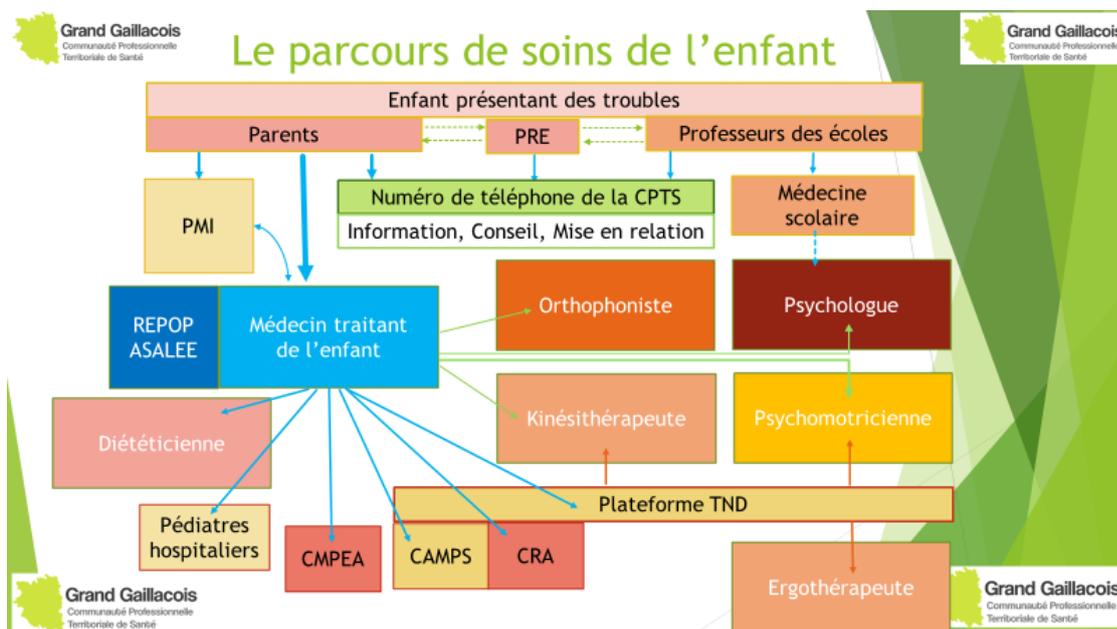
#### *a) Dépistage des troubles neurodéveloppementaux*

Le dépistage des troubles neurodéveloppementaux repose en premier lieu sur les examens de suivi du développement du nourrisson puis de l'enfant.

Le carnet de santé reste l'outil de liaison par excellence, véritable « dossier médical partagé » de l'enfant d'avant l'ère de l'informatisation, entre les pédiatres de la maternité, le médecin traitant de l'enfant, la PMI et tout professionnel de santé intervenant dans la prise en charge.

Quant une anomalie a été détectée, il faut pouvoir pousser les investigations de manière logique et coordonnée (Cf. schéma ci-dessous) et lancer la prise en charge.

Il convient d'informer les enseignants et les parents sur l'organisation du parcours de soins.



Le groupe thématique a également insisté sur la nécessité de communiquer certains messages à la population pour la prévention des troubles du langage :

- Dangers de l'exposition des enfants aux écrans
- Promotion du livre et de la lecture pour les enfants

L'association CAPLI à Graulhet peut constituer une ressource partenaire.

## b) Vaccinations

Le diagnostic territorial fait apparaître des **insuffisances de vaccination** :

- Vaccination contre la **Rougeole/Oreillons/Rubéole**  
Part des patients consommateurs de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR  
= 53,6% (-25,8% par rapport à la moyenne nationale)
- Vaccination contre le **méningocoque C**  
Part des patients consommateurs de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C  
= 57,1% (-28,2% par rapport à la moyenne nationale)

**Ces 2 vaccinations sont donc choisies comme objectifs à améliorer.**

## 2. Prévention des maladies chroniques graves

A l'issue du diagnostic territorial et des groupes de travail, les maladies chroniques graves qui ont été ciblées sont :

- Diabètes
- Coronaropathies et Insuffisance cardiaque
- Cancers
- Troubles psychiatriques chroniques
- Maladies respiratoires

Des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire seront engagées en rapport avec ces 5 groupes de pathologies.

Il pourra s'agir en particulier de la lutte contre les facteurs de risque (tabac, alcool, addictions...) ou de la promotion des dépistages faisant consensus au plan scientifique.

Parmi ces actions, peuvent plus particulièrement être suivies par des indicateurs :

- Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années

= 28,5%

(- 1,8% par rapport à la moyenne nationale)

- Dépistage Cancers : Col de l'utérus

Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans

= 58%

(+3,6% par rapport la moyenne nationale)

### 3. Prévention chez les personnes âgées

#### a) Fragilité

Le dépistage de la fragilité sera réalisé au sein des équipes de soins primaires de la CPTS.

En fonction de la sévérité des résultats, la prise en charge proposée sera hospitalière et/ou ambulatoire.

Une convention sera signée entre la CPTS et les services de gériatrie pour préciser l'organisation de ce dépistage de la fragilité.

#### b) Optimisation thérapeutique

Une attention particulière sera portée à l'optimisation du traitement médicamenteux des personnes âgées polypathologiques en vue d'éviter la iatrogénie tout comme le défaut d'observance.

La CPTS favorisera à ce sujet une coopération étroite autour du patient entre médecin traitant, pharmacien d'officine et équipe infirmière à domicile, en intégrant les différents outils disponibles (bilan partagé de médication, groupes d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles...).

#### c) Vaccination antigrippale

Le diagnostic territorial fait apparaître des insuffisances dans la vaccination contre la grippe saisonnière :

- Dans la population des plus de 65 ans  
= 52,2%  
(-0,9% par rapport à la moyenne nationale)

- Dans la population de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique respiratoire (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)  
= 28,6%  
(-2,6% par rapport à la moyenne nationale)

Indicateurs / Prévention	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Part des patients consommants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR	53,6%	70%
Part des patients consommants de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	57,1%	70%
Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années	28,5%	35%
Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans	58%	70%
Vaccination antigrippale dans la population des plus de 65 ans	52,2%	60%
Vaccination antigrippale dans la population de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique respiratoire	28,6%	40%

Actions territoriales de Prévention	Financement
Volet Fixe / Moyens	15.000 €
Volet variable / actions et résultats	15.000 €
Total	30.000 €

## D. Qualité et pertinence des soins

Les [Groupes Thématiques de la CPTS](#) se réunissent pour une partie de leurs sessions en suivant la méthodologie des Groupes d'Analyse de Pratique Pluriprofessionnels (Cf. [Fiche technique HAS](#))

Les Groupes d'Analyse de Pratique Pluriprofessionnels sont un dispositif privilégié pour « échanger sur les pratiques, organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques ».

Les échanges pluriprofessionnels sont de nature à permettre une auto-formation du groupe.

Si le groupe le juge nécessaire, la CPTS peut également convier des experts à intervenir ponctuellement.

Indicateurs / Qualité et pertinence	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Réunions de coordination concernant la naissance, l'enfance, l'adolescence	0	4 par an
Réunions de coordination concernant les maladies chroniques graves	0	4 par an
Réunions de coordination concernant les personnes dépendantes, handicapées, âgées ou en fin de vie	0	4 par an

Qualité et pertinence des soins	Financement
Volet Fixe / Moyens	10.000 €
Volet variable / actions et résultats	10.000 €
Total	20.000 €

## E. Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

La CPTS « constitue une organisation adaptée pour accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville.» (ACI-CPTS)

« Elle peut également mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires.»

Concrètement, la CPTS encouragera le développement des lieux de stage en collaboration avec les facultés et instituts de formation en santé.

« Ces actions s'inscrivent parmi les actions de communication menées par la communauté professionnelle afin de promouvoir ses activités auprès des professionnels de santé et auprès de la population. »

L'existence de la CPTS constitue un élément d'attractivité pour le territoire.

Les jeunes médecins notamment apprécient de travailler dans un système organisé, en particulier pour la PDSA et la continuité des soins.

Les personnels de coordination de la CPTS pourront répondre à leurs interrogations sur le territoire, sur les opportunités professionnelles en libéral, mais aussi éventuellement en exercice mixte à l'hôpital local.

La CPTS participera à la dynamique de la Charte pour l'Attractivité Médicale ayant été signée dans le Tarn par les partenaires institutionnels.

Outils de la CPTS mobilisables pour répondre à cette mission :

- ✓ [Fonction de Coordination](#)
- ✓ [Portail des ressources de la communauté de santé](#)
- ✓ [Dispositif de réponse téléphonique](#)
- ✓ [Régulation des demandes de soins non-programmés](#)
- ✓ [Conventions avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux](#)
- ✓ [Réseau Social des Professionnels de Santé](#)

Indicateurs	Etat de départ	Objectif à 5 ans
Pourcentage des professionnels de santé libéraux du territoire adhérents à la CPTS	0	≥ 51%
Nombre de stagiaires et de jeunes professionnels de moins de 40 ans / nombre de professionnels en exercice	A chiffrer par sondage	≥ 51%

<b>Accompagnement des professionnels</b>	Financement
Volet Fixe / Moyens	7.500 €
Volet variable / actions et résultats	7.500 €
Total	15.000 €

# VI. Evaluation

Pendant toute la durée du contrat, la communauté professionnelle, l'agence régionale de santé et l'organisme local de l'assurance maladie organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

- le calendrier de déploiement des missions ;
- l'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées ;
- les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels sera calculé le montant alloué au titre des résultats observés ;
- l'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle ;
- le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivis choisis.

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement de la communauté professionnelle par l'assurance maladie et l'agence régionale de santé (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc.).

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au contrat initialement signé.

# Annexe 1 : Statuts de l'Association

## Statuts de l'Association

**Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)  
du « Grand Gaillacois »**

### **Article 1 – Constitution de l'Association**

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

### **Article 2 – Dénomination de l'Association**

L'Association a pour dénomination « Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Grand Gaillacois ».

Cette dénomination pourra être modifiée par l'Assemblée Générale dans le cadre d'une modification statutaire telle que prévue à l'article 18 des présents statuts.

### **Article 3 – Objet de l'Association**

La CPTS a pour objet :

- De regrouper les professionnels de santé libéraux prenant en charge de manière ambulatoire la population du territoire (professionnels de santé de premier recours, équipes de soins primaires, professionnels de santé de second recours) ;
- D'assurer les échanges entre ces professionnels et les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur le territoire, qui peuvent être intégrés à l'association en tant que membres associés ;
- De contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs de santé et au développement de l'offre de soins en vue d'objectifs de santé publique sur le territoire ;
- Et, plus généralement, toutes opérations, de quelque nature qu'elles soient, se rattachant directement ou indirectement à l'objet sus-indiqué ou à tous autres objets similaires ou connexes, de nature à favoriser le but poursuivi par l'association, son extension ou son développement.

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

#### **Article 4 – Siège social**

Le siège social de l'Association est fixé par l'Assemblée Générale, qui le modifie par vote simple, avec inscription au procès-verbal de la réunion et au Règlement Intérieur de l'Association.

#### **Article 5 – Durée de l'Association**

La durée de l'Association est illimitée.

## Article 6 – Membres

L'Association se compose de membres titulaires, de membres supplémentaires, de membres auxiliaires et de membres associés.

### 6.1 Membres titulaires

Peuvent devenir membres titulaires, les personnes exerçant à titre libéral les professions suivantes :

Sages-femmes	Infirmiers	Dentistes
Diététiciennes	Kinésithérapeutes	Orthophonistes
Pharmaciens	Médecins	Biologistes
Orthoptistes	Pédicures-podologues	Psychomotriciennes
Opticiens	Orthoprothésistes	Psychologues

Les membres des professions listées ci-dessus constituent autant de Collèges Professionnels qui seront représentés par des Délégué(e)s au sein du Comité Professionnel et du Conseil d'Administration de la CPTS.

Les membres titulaires doivent obligatoirement être établis professionnellement au sein du département du Tarn.

Une liste de communes est établie dans le règlement intérieur pour indiquer quel est le territoire d'intervention de la CPTS.

Toutefois tout professionnel libéral appartenant aux professions citées ci-dessus, établi professionnellement au sein du département du Tarn, peut adhérer à la CPTS même s'il n'est pas établi dans une commune listée au règlement intérieur, sous réserve d'une validation par le Bureau de la CPTS.

Pour bénéficier des droits afférents à la qualité de membre actif, il convient d'être à jour de la cotisation annuelle.

Le montant de la cotisation annuelle des membres titulaires ainsi que sa date d'échéance sont fixés par l'Assemblée générale.

## 6.2 Membres associés

Peuvent accéder au statut de membres associés à la CPTS les entités ou personnes suivantes intervenant sur le territoire :

- Les équipes de soins primaires,
- Les maisons de santé pluriprofessionnelles,
- Les établissements, institutions et réseaux sanitaires,
- Les établissements, institutions et réseaux médico-sociaux,
- Les établissements et services sociaux,
- Les transporteurs sanitaires,
- Les collectivités territoriales,
- Les parlementaires,
- Les organismes intervenant dans la santé publique,
- Les organismes de protection sociale des régimes obligatoires,
- Les institutions représentatives des professionnels de santé,
- Les associations de patients,
- Les autres entités ou personnes définies dans le règlement intérieur voté par l'Assemblée Générale de la CPTS.

La conformité et l'opportunité de l'accession au statut de membre associé est examinée par le Comité Professionnel, qui procède si nécessaire à un vote. Une décision négative du Comité Professionnel peut faire l'objet d'un appel devant l'Assemblée Générale dont le vote est souverain.

Les membres associés assistent aux Assemblées Générales de la CPTS à titre

consultatif.

Les membres associés peuvent candidater en vue d'être cooptés au Conseil d'Administration en tant qu'Administrateurs Associés, ce qui fait l'objet d'une délibération et d'un vote du Comité Professionnel. Une décision négative du Comité Professionnel peut faire l'objet d'un appel devant l'Assemblée Générale dont le vote est souverain.

### 6.3 Membres supplémentaires

Peuvent être membres supplémentaires, les membres des professions de santé listées ci-dessus qui sont salariés, remplaçants ou retraités.

### 6.4 Membres auxiliaires

Il s'agit des autres catégories de professions salariées par les membres titulaires, notamment les secrétaires de ces professionnels de santé.

## Article 7 – Sortie de l'association

La qualité de membre se perd :

- par démission,
- par non-paiement de la cotisation,
- par inadéquation avec les conditions d'adhésion,
- par arrêt de l'activité libérale,
- par radiation pour motif grave, nécessitant un vote de l'Assemblée Générale à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

## Article 8 – Ressources et cotisations

Les ressources de l'association se composent :

- Des cotisations de ses membres,
- De subventions et de dons, à l'exclusion de celles susceptibles de constituer un lien d'intérêt avec l'industrie du médicament et des produits de santé,
- De toutes les autres ressources autorisées par la loi, la jurisprudence et les réponses ministérielles.

## Article 9 – Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est l'instance souveraine de l'association.

Elle est le lieu où s'exprime l'avis des membres titulaires, supplémentaires, auxiliaires et associés, le droit de vote étant réservé aux membres titulaires. Chaque membre titulaire bénéficie d'une seule voix lors des décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée Générale.

Chaque membre titulaire peut déléguer à un autre membre titulaire – par voie de mandat écrit – la faculté de le représenter et de voter lors des prises de décisions collectives de l'association, dans la limite de 3 mandats portés par personne.

Les votes sont acquis à la majorité absolue des suffrages exprimés, sauf dans les cas spécifiés par les présents statuts, notamment la radiation pour faute grave, la modification des statuts ou la dissolution de l'association, qui requièrent la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Les votes concernant des personnes (élection, motion de défiance, radiation...) se font obligatoirement à bulletin secret. Les autres votes se déroulent habituellement à main levée, sauf si un(e) membre titulaire fait la demande expresse d'un vote à bulletin secret.

L'Assemblée Générale est convoquée au moins une fois par an par le(la) Président(e) de l'association. Une demande écrite cosignée par un tiers des membres titulaires impose au (à la) Président(e) de convoquer une Assemblée Générale dans le délai d'un mois.

Les convocations aux réunions de l'Assemblée Générale sont envoyées par voie postale et/ou électronique au moins 15 jours à l'avance et indiquent l'ordre du jour.

Dans la mesure où les convocations ont été adressées à tous les membres par des moyens adéquats et avec bonne foi, il n'y a pas nécessité d'un quorum quelconque.

## Article 10 – Election du Bureau

L'Assemblée Générale, par vote des membres titulaires, élit un Bureau, en procédant dans l'ordre suivant :

- Président(e),
- Trésorier(e),
- Secrétaire Général(e),
- Vice-Président(e).

Le vote se fait obligatoirement à bulletin secret.

Est élu(e) le(la) candidat(e) qui obtient la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si aucun(e) candidat(e) n'obtient la majorité absolue au premier tour, un second tour est organisé où seul(e)s peuvent se présenter les deux candidat(e)s ayant obtenus le plus de voix au premier tour.

En cas d'égalité de voix, l'avantage est donné au(à la) candidat(e) le(la) plus jeune.

Le mandat conféré par l'élection est d'une durée d'un an. Son échéance impose la convocation de l'Assemblée Générale pour procéder à une nouvelle élection.

## Article 11 – Missions des postes du Bureau

Le(La) Président(e) convoque les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

Il(Elle) représente l'association dans tous les actes de la vie civile et est investi(e) de tous les pouvoirs nécessaires à cet effet.

Il(Elle) a qualité pour ester en justice au nom de l'association, tant en demande qu'en défense.

Il(Elle) peut déléguer certaines de ses attributions à d'autres membres du Bureau.

Il(Elle) peut présenter la démission du Bureau entier devant l'Assemblée Générale, provoquant une nouvelle élection pour les postes du Bureau ainsi que pour les Délégués des Collèges.

Le(La) Secrétaire Général(e) est chargé(e) de la correspondance et des archives. Il(Elle) établit l'ordre du jour des réunions, rédige les procès-verbaux des délibérations et en assure la transcription sur les registres. Il(Elle) tient le registre prévu par la loi et assure l'exécution des formalités prescrites.

Le(La) Trésorier(e) Général(e) est chargé(e) de la gestion des finances et du patrimoine de l'association. Il(Elle) effectue tous paiements et perçoit toutes recettes sous la surveillance du(de la) Président(e). Il(Elle) tient une comptabilité régulière de toutes les opérations et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée Générale.

Le(La) Vice-Président(e) assiste le(la) Président(e) dans ses tâches et le(la) remplace toutes les fois que celui(celle)-ci se trouve empêché(e).

#### Article 12 – Vacance des postes du Bureau

En cas de vacance du poste de Président(e) suite à démission ou à empêchement majeur, le(la) Vice-Président(e), à défaut le(la) Secrétaire Général(e), assure l'intérim le temps de convoquer l'Assemblée Générale, dans un délai de trois mois maximum.

En cas de vacance des postes de Vice-Président(e), Secrétaire Général(e) ou de Trésorier(e) suite à démission ou à empêchement majeur, le(la) Président(e) assure l'intérim de ces fonctions le temps de convoquer l'Assemblée Générale, dans un délai de trois mois maximum

En cas de vacance de l'ensemble de ces postes, tout membre de l'association peut prendre l'initiative de convoquer l'Assemblée Générale.

#### Article 13 – Délégué(e)s des Collèges Professionnels au Comité Professionnel et au Conseil d'Administration

Lors de l'Assemblée Générale, chaque Collège Professionnel élit en son sein un(e) Délégué(e) pour le représenter au Comité Professionnel et au Conseil d'Administration et ainsi que son(sa) Suppléante qui l'y remplace en cas d'empêchement.

Le vote se fait obligatoirement à bulletin secret.

Est élu(e) pour chaque poste le(la) candidat(e) qui obtient la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si aucun(e) candidat(e) n'obtient la majorité absolue au premier tour, un second tour est organisé où seul(e)s peuvent se présenter les deux candidat(e)s ayant obtenus le plus de voix au premier tour.

En cas d'égalité de voix, l'avantage est donné au(à la) candidat(e) le(la) plus jeune.

Le mandat conféré par l'élection est d'une durée d'un an sauf en cas de démission du Bureau, provoquant une nouvelle élection.

#### Article 14 – Déroulement de l'Assemblée Générale

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

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

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

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

Le projet de santé, les initiatives de la CPTS et leur budgétisation (à partir de la somme de 1000 €) font l'objet d'un vote de l'Assemblée Générale.

Les éventuelles modifications du Règlement Intérieur, dont le montant de la cotisation, font l'objet d'un vote de l'Assemblée Générale.

Des questions diverses peuvent être soulevées par tout(e) membre de l'Assemblée Générale selon des modalités fixées par le Règlement Intérieur.

À tout moment de la réunion, une motion de défiance vis-à-vis du Bureau peut être déposée par un minimum de 5 membres titulaires présent(e)s physiquement à l'Assemblée Générale. Elle est soumise au vote après débat contradictoire. Si la motion de défiance recueille la majorité des suffrages exprimés par les membres présent(e)s ou représenté(e)s, le Bureau doit présenter sa démission et une élection de nouveaux titulaires pour les postes du Bureau est organisée immédiatement, ainsi que celle des Délégué(e)s des Collèges Professionnels.

Si les mandats des titulaires des postes du Bureau arrivent à leur terme, l'Assemblée Générale procède à leur renouvellement en suivant les dispositions de l'article 10. Idem pour les Délégué(e)s des Collèges Professionnels en suivant les dispositions de l'article 13.

#### Article 15 – Comité Professionnel

Le Comité Professionnel est constitué :

- Des membres du Bureau
- Des Délégué(e)s des Collèges Professionnels

Il se réunit autant de fois que nécessaire sur convocation du (de la) Président(e).

Il peut délibérer de toute question concernant la CPTS.

Il examine la conformité et l'opportunité des candidatures en vue de devenir :

- Membre associé de la CPTS
- Administrateur associé de la CPTS

En cas de nécessité, il procède à un vote à la majorité simple des voix de ses membres présents ou représentés. En cas d'égalité, la voix du (de la) Président(e) est prépondérante. Ces votes peuvent faire l'objet d'un appel devant l'Assemblée Générale dont le vote souverain s'impose.

## Article 16 – Conseil d'Administration de la CPTS

Le Conseil d'Administration est constitué :

- Des membres du Bureau
- Des Délégué(e)s des Collèges Professionnels
- Des Administrateurs Associés

se réunit au moins 2 fois par an, sur convocation du (de la) Président(e).

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

## Article 16 – Remboursement de frais et indemnisation

Des remboursements de frais et des indemnités peuvent être versées aux membres de l'association pour leur participation au fonctionnement et aux missions de la CPTS, selon des modalités définies par le Règlement Intérieur.

## Article 17 – Règlement Intérieur

Un Règlement Intérieur, précisant le fonctionnement de l'association, est élaboré et voté par l'Assemblée Générale.

## Article 18 – Modification des Statuts

Une modification des statuts de l'association peut être proposée à l'Assemblée Générale par le(la) Président(e).

Le texte des modifications doit avoir été préalablement examiné par le Conseil d'Administration.

Les modifications sont adoptées par l'Assemblée Générale si elles recueillent deux tiers des suffrages exprimés.

En application des dispositions de l'article 5 de la loi du 1er juillet 1901, l'Association a l'obligation légale de faire connaître, par une déclaration modificatrice, toutes les modifications apportées aux statuts et ce, dans un

délai de 3 mois à compter de la décision de l'Assemblée Générale.

#### Article 19 – Dissolution de l'association

La dissolution de l'association peut être prononcée par l'Assemblée Générale sur proposition du(de la) Président(e). Une majorité de deux tiers des suffrages exprimés est nécessaire pour valider une telle décision. Elle doit s'accompagner de la désignation d'un ou plusieurs liquidateurs. L'actif est dévolu conformément à l'Article 9 de la Loi du 1er juillet 1901 et au Décret du 16 août 1901.

Les présents statuts ont été adoptés à l'unanimité par l'Assemblée Générale.

A Gaillac, le 16 mai 2019,

La Secrétaire Générale  
Dr Mélanie TERRAS

Le Président  
Dr Théophile COMBES

# Annexe 2 : Lexique

*ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe*  
*ARS : Agence Régionale de Santé*  
*CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce*  
*CAPLI : Communication Action Prévention Langage Information*  
*CMP : Centre Médico-Psychologique*  
*CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents*  
*CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie*  
*DMP : Dossier Médical Partagé*  
*IDAC : Infirmière D'Aide à la Coordination*  
*IDE : Infirmière Diplômée d'Etat*  
*MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées*  
*PMI : Protection Maternelle et Infantile*  
*PRADO : Programme de Retour A Domicile*  
*PRE : Programme de Réussite Educative*  
*REPPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique*  
*RSPS : Réseau Social des Professionnels de Santé*  
*TND : Troubles Neuro Développementaux*  
*URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé*