



COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) VIGNES ET CALANQUES

Projet de santé
Version au 27 Avril 2022

Contacts Acsantis

Sandrine HAAS

Associée

+33 (0)6 24 84 54 94

sandrine.haas@acsantis.com

Aurélie BIRON

Consultante

+33 (0)7 77 46 14 13

aurelie.biron@acsantis.com

SOMMAIRE

I.	contexte et historique de création de la cpts	4
1.1.	territoire d'intervention de la cpts	4
1.2.	historique du projet : l'épidémie comme premier défi	5
II.	diagnostic territorial	6
2.1.	profil de la population	6
2.1.1.	Evolution démographique	6
2.1.2.	Structure de la population par tranche d'âge.....	6
1.1.2.	Une situation socioéconomique favorable	8
2.2.	Besoins de sante.....	8
2.2.1.	Affections longue durée	8
2.2.2.	Accès à la prévention.....	9
2.3.	Offre de soins sur le territoire	9
2.3.1.	Offre de premier recours.....	9
1.1.2.	Offre de second recours	15
1.1.3.	Offre sociale et médico-sociale	18
III.	les enjeux pour la CPTS Vignes & Calanques.....	21
3.1.	Présentation de la méthodologie utilisée.....	21
3.1.1.	Le questionnaire	21
3.1.2.	Les entretiens	21
3.1.3.	L'analyse documentaire.....	22
3.2.	Les difficultés exprimées par les professionnels de sante	22
3.3.	les attentes en lien avec le projet de cpts	26
3.3.1.	Les attentes exprimées.....	26
3.4.	La dynamique de travail au sein de la CPTS.....	29
3.5.	Synthèse des forces et faiblesses de la CPTS.....	30
IV.	Proposition de projet de sante de la CPTS.....	32
4.1.	Des travaux contraints de s'adapter au contexte sanitaire	32
4.2.	Des travaux élaborés par des professionnels du territoire.....	32
4.3.	Le projet de santé de la CPTS	34
4.3.1.	Axe stratégique 1 - Améliorer l'accès aux soins.....	36
a.	Constats	36
b.	Objectifs spécifiques	36
c.	Programme d'actions.....	37
4.3.2.	Axe stratégique 2 - Améliorer l'accès aux soins NON-PROGRAMMES.....	39
a.	Constats	39
b.	Objectifs spécifiques	39
c.	Programme d'actions.....	41



4.3.3.	Axe stratégique 3 – Liens ville-hôpital	42
a.	Constats	42
b.	Objectifs spécifiques	42
c.	Programme d’actions.....	44
4.3.4.	Axe stratégique 4 – Prise en charge des patients atteints de démences de type Alzheimer et syndromes apparentés.....	45
a.	Constats	45
b.	Objectifs spécifiques	45
c.	Programme d’actions.....	46
4.3.5.	Axe stratégique 5 – Prises en charge des patients atteints de troubles et pathologies psychiatriques	47
a.	Constats	47
b.	Objectifs spécifiques	47
c.	Programme d’actions.....	49
4.3.6.	Axe stratégique 6 – Prise en charge de la population fragile (grand âge)	50
a.	Constats	50
b.	Objectifs spécifiques	50
c.	Programme d’actions.....	52
4.3.7.	Axe stratégique 7 – Les actions territoriales de prévention	53
a.	Constats	53
b.	Objectifs spécifiques	53
c.	Programme d’actions.....	54
5.	Axe stratégique 8 – Accompagnement et formation des professionnels de santé	55
a.	Constats	55
b.	Objectifs spécifiques	55
c.	Programme d’actions.....	56
V.	La gouvernance de la CPTS des Vignes & Calanques	57
VI.	Les outils et compétences	58
6.1.	Les ressources humaines.....	58
6.2.	Le Système d’information	58
VII.	La communication	59
VIII.	Annexes	61
a.	Annexe 1. Le questionnaire envoyé aux professionnels de santé	61
b.	Annexe 2. LES FICHES ACTIONS.....	67
c.	Annexe 3. Le Budget.....	67
d.	Annexe 4. Le plan d’actions.....	68
e.	Annexe 5. Exemple d’outil de communication utilisé par la CPTS.....	69
f.	Annexe 6. La fiche de poste de directrice/coordinatrice de la CPTS	70
g.	Annexe 7. Les statuts juridiques de l’Association Vignes & Calanques.....	72



I. CONTEXTE ET HISTORIQUE DE CREATION DE LA CPTS

1.1. TERRITOIRE D'INTERVENTION DE LA CPTS

La zone d'intervention de la future CPTS comporte **4 communes** : **Cassis, Ceyreste, la Ciotat et Roquefort-la-Bédoule**, regroupant **52 860 habitants**, estimation réalisée selon les dernières données Rezone CPTS

Tableau 1 : Classement des communes selon la population (Source Rezone CPTS)

Commune	Population
La Ciotat	35 281
Cassis	7 027
Roquefort-la-Bédoule	5 896
Ceyreste	4 656

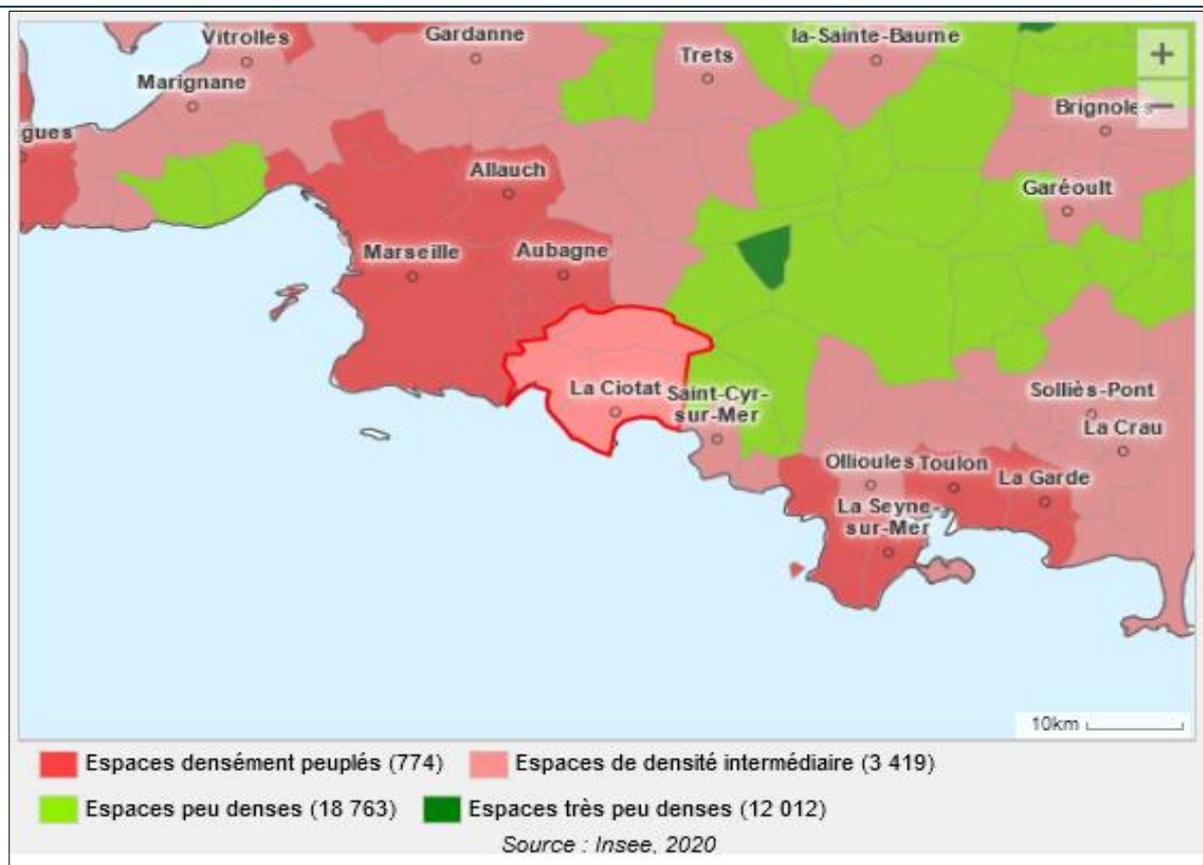
Situé au sud-est du Département des Bouches-du-Rhône, le territoire dépend de la Métropole Aix-Marseille-Provence et de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Zone côtière, il se caractérise par son **haut niveau d'attractivité**, avec des gains annuels de population dus au solde migratoire et une **situation socioéconomique favorable**, malgré des disparités relatives.

Le territoire est caractérisé par une densité de population intermédiaire¹, avec **un indice de vieillissement élevé**. Sa situation côtière implique une part importante de résidences secondaires (19,4% des logements contre 4,5% dans le reste du Département et 9,7% en moyenne nationale), synonyme d'une activité saisonnière marquée.

Carte 1 : Territoire de préfiguration de la CPTS Vignes et Calanques (Source : INSEE, 2020)

¹ Densité équivalente à 297,1 habitants/km² contre 397,9 en moyenne départementale, 160,2 en moyenne régionale et 80,3 en moyenne nationale (Source Observatoire des Territoires).





Comme le montre la carte ci-dessus, le territoire de la CPTS est partagé **entre 2 zones d'attractivité** (Aubagne et la Ciotat), avec des communes frontalières dont Carnoux-en-Provence, ce qui pose **l'enjeu de l'adhésion des professionnels et de la dynamique aux frontières de plusieurs CPTS**.

En termes d'offres de soins, le territoire présente une offre de santé dense et diversifiée, du fait de son attractivité.

1.2. HISTORIQUE DU PROJET : L'ÉPIDÉMIE COMME PREMIER DÉFI

La crise sanitaire représente une opportunité pour les CPTS de jouer leur rôle fédérateur au sein des territoires et de se positionner comme plateforme d'échanges entre les professionnels de santé, mais également en tant que garantes des parcours de soins en ville. Le déploiement des centres COVID-19 sur l'ensemble du territoire s'est ainsi fait en partie sous l'impulsion des CPTS afin de structurer la prise en charge des patients.

C'est ainsi que dès le 16 mars 2020, l'équipe de la CPTS Vignes et Calanques a pris le parti de créer des groupes de communication interprofessionnels et d'organiser diverses actions pour faire face à la situation inédite. Cette coordination territoriale a permis d'organiser :

- Cinq tournées COVID au domicile des patients sur les différentes communes du territoire, en lien journalier avec les Médecins traitants des patients ;
- Un protocole de sortie d'hospitalisation, validé avec le CH de la Ciotat, et une ligne téléphonique dédiée pour les Centres Hospitaliers du secteur,
- Des permanences de distribution d'EPI pour les professionnels de santé du territoire, mises en place grâce à la générosité de tous et à la mobilisation des soignants,
- La naissance d'un lieu appelé « village dépistage » en août 2019, en collaboration avec BIOGROUP, mobilisant plus de 40 IDEL du territoire pour une activité quotidienne de plus de 400 tests.



Ces différentes actions, organisées dans l'urgence exigée par la situation, ont été l'occasion pour les professionnels de santé d'expérimenter la structuration en CPTS, à savoir les modalités de coordination, l'interconnaissance et l'application de protocoles et outils partagés.

Forte de cette expérience, la CPTS est désormais porteuse du projet de centre de vaccination Paul Eluard à la Ciotat. L'appui du P2SLCC et de la Croix-Rouge permet de faire fonctionner cette action avec plus de 130 professionnels de santé et 130 bénévoles mobilisés via la Croix-Rouge de la Ciotat. Tous les soignants intervenant au sein du centre de vaccination ont adhéré à la CPTS.

Ainsi, si l'épidémie a bousculé la mise en œuvre classique des CPTS, elle a aussi été l'opportunité pour les professionnels de santé impliqués ainsi que l'équipe porteuse de projet de voir les effets d'une collaboration structurée sur le territoire.

II. DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Le diagnostic territorial a été réalisé au cours de l'année 2020-2021, dans un contexte de crise sanitaire, qui a impacté l'avancement du projet.

2.1. PROFIL DE LA POPULATION

2.1.1. Evolution démographique

Le territoire de la CPTS comptait 57 713 habitants lors du recensement INSEE de 2012. L'évolution du nombre d'habitants s'explique par le solde migratoire, compensant un solde négatif des naissances et confirmant ainsi le **caractère attractif du territoire**.

En revanche, l'**indice de vieillissement est élevé** sur le territoire, atteignant près de 140 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre environ 80 dans les Bouches-du-Rhône et 100 en région PACA².

2.1.2. Structure de la population par tranche d'âge

La population est **composée majoritairement d'adultes de plus de 45 ans** (plus de 50% de la population du territoire), avec une part d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes moins importante que dans le reste du territoire.

Tableau 2 : Répartition de la population par classe d'âges (Source Observatoire des Territoires)

² Source Observatoire des Territoires, données INSEE.



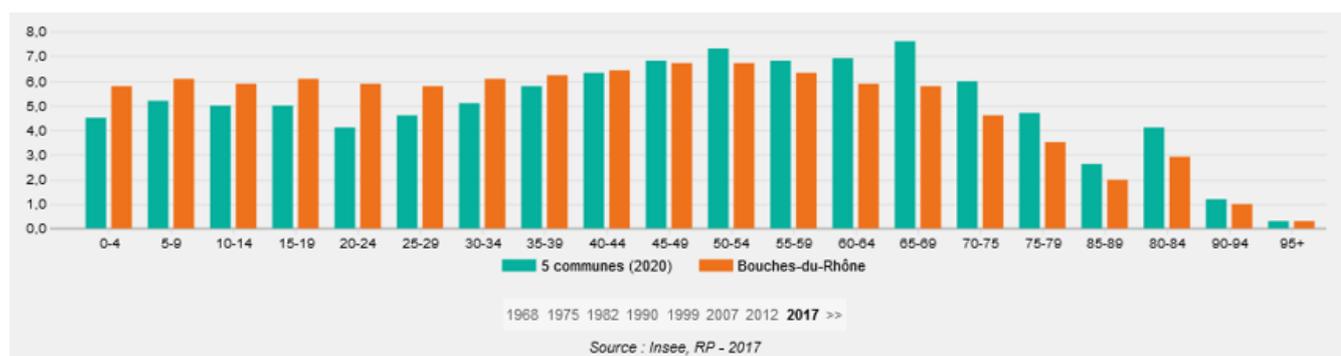
Population par grandes tranches d'âge				
	Nombre		%	
	5 communes	France	5 communes	France
0 à 14 ans	8 712	12 064 716	14,7	18,1
15 à 29 ans	8 129	11 707 066	13,7	17,6
30 à 44 ans	10 217	12 508 232	17,3	18,8
45 à 59 ans	12 363	13 251 561	20,9	19,9
60 à 74 ans	12 122	10 797 875	20,5	16,2
<u>75 ans ou plus</u>	7 651	6 194 889	12,9	9,3
Total	59 195	66 524 339	100,0	100,0

2007 2012 **2017**

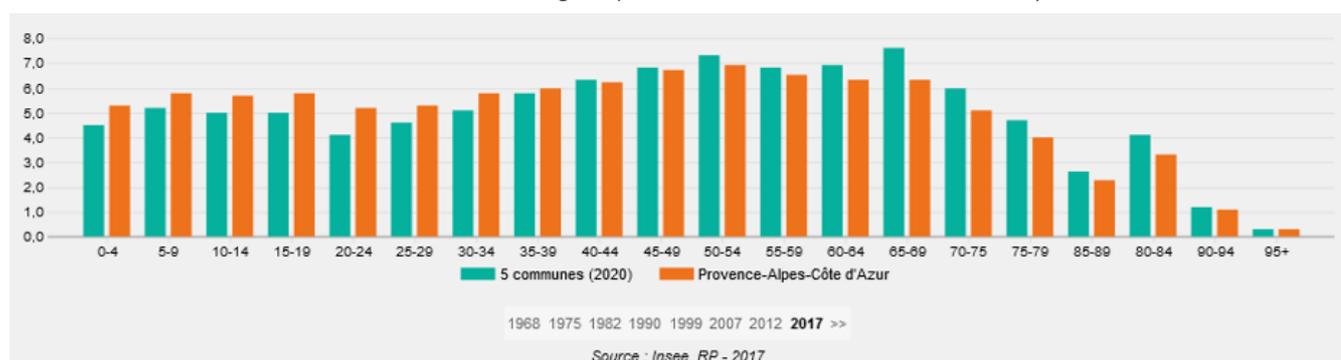
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2017

Les deux graphiques ci-dessous illustrent la **sur-représentation des adultes de plus de 45 ans** relativement au reste du département et de la région.

Graphique 1 : Comparaison de la répartition de la population par tranches d'âges quinquennales entre le territoire de la CPTS et le Département (Source Observatoire des Territoires)



Graphique 2 : Comparaison de la répartition de la population par tranches d'âges quinquennales entre le territoire de la CPTS et la Région (Source Observatoire des Territoires)



En outre, la part des personnes de plus de 75 ans vivant en structures d'hébergement dédiées (7,3%) est moins importante que dans le reste des Bouches-du-Rhône (8,5%)³, et la part des personnes de plus de 75 ans vivant seules atteint 42,2% sur le territoire, laissant présager d'importants besoins en matière d'**accès aux soins et de maintien à domicile**. Le diagnostic mené confirme, notamment par les entretiens organisés auprès de professionnels de santé, des **difficultés de repérage et les prises en charge tardives auprès des personnes âgées vivant seules à domicile**.

³ Observatoire des Territoires, données INSEE 2017.



1.1.2. Une situation socioéconomique favorable

Les indicateurs socioéconomiques de la zone sont **globalement favorables** :

- Le taux de chômage est de 9,7% contre 10,6% en PACA et 10,3% en France,
- La part des cadres et professions intellectuelles supérieures (19,8%) est supérieure à la moyenne nationale (18,1%) alors que celle des ouvriers est largement inférieure (15,4% sur le territoire contre 19,9% en France),
- La part des diplômés du supérieur parmi les 15 ans et plus non scolarisés atteint 32,2%, proportion équivalente aux Bouches-du-Rhône et supérieure à la région (30,3%) et à la moyenne nationale (29,9%),
- Seuls 10,8% des familles sont des familles monoparentales, contre 11,8% dans le reste du Département,
- Seuls 7,7% des patients adultes sont couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), contre 13,8% dans les Bouches-du-Rhône, 11,4% en PACA et 10,1% en moyenne nationale.

Cette situation favorable présente des **disparités infra-territoriales**. Chaque commune comprend des quartiers avec des populations plus éloignées des soins, dont la Ciotat. Néanmoins, il n'existe aucun Contrat Santé Ville ni de Quartier Politique de la Ville à l'échelle de la CPTS. Le Quartier Politique de la Ville de la Ciotat n'existe plus depuis 2015.

D'une manière générale, selon les données fournies sur SirséPaca et l'outil Rezone, les fragilités constatées sur le territoire concernent donc le **vieillessement de la population et les enjeux en lien**. Ces problématiques pourront faire l'objet d'une réflexion spécifique dans le cadre du projet de santé de la CPTS.

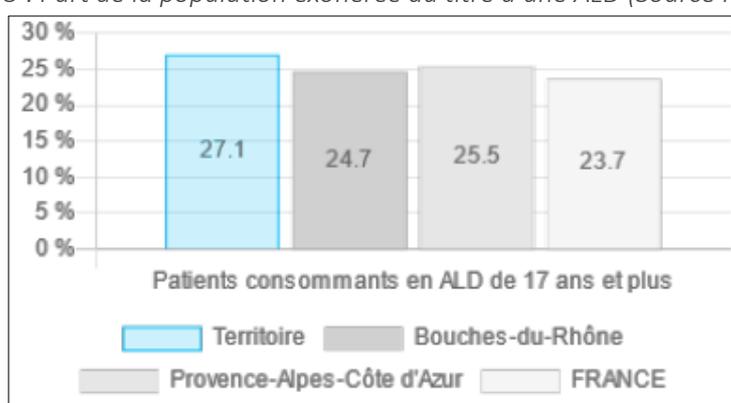
2.2. BESOINS DE SANTE

2.2.1. Affections longue durée

Les besoins de santé sur le territoire de la CPTS se lisent d'abord dans la proportion relative de personnes admises en **Affection Longue Durée**.

L'outil Rezone montre une **proportion de la population du territoire ayant une affection longue durée (ALD) élevée** (27,1% des patients consommant de 17 ans et plus), supérieure à l'ensemble des moyennes de référence.

Graphique 3 : Part de la population exonérée au titre d'une ALD (Source Rezone CPTS)



Les 5 pathologies ayant la prévalence la plus élevée parmi les patients ayant une ADL sont les suivantes :

- Les **cancers** (5% des patients), supérieurs de 1,3 points à la moyenne départementale et 1,2 points à la moyenne nationale,
- Le **diabète de type 1 et 2** (4,6%), légèrement inférieur aux moyennes de référence,



- Les **maladies coronaires** (2,9%), légèrement supérieures aux moyennes de référence,
- Les **insuffisances cardiaques** (2,9%), légèrement supérieures aux moyennes de référence,
- Les **affections psychiatriques de longue durée** (2,6%), identiques aux moyennes de référence.

Ces données chiffrées sont confirmées par les entretiens menés dans le cadre du diagnostic, dans le cadre desquels les professionnels de santé indiquent voir de plus en plus de patients présentant des **difficultés liées à la santé mentale**, notamment en lien avec la crise sanitaire, et se retrouvent démunis dans les prises en charge du fait de la saturation des services de droit commun et de la méconnaissance des relais disponibles.

2.2.2. Accès à la prévention

En matière d'accès à la prévention, le territoire est caractérisé par des **statistiques favorables**⁴ supérieures aux moyennes de référence, avec quelques exceptions :

- Un taux de personnes de plus de 75 ans avec traitement par psychotropes (5,9%) légèrement supérieur à la moyenne nationale (5,4%),
- Des taux supérieurs pour les traitements par benzodiazépine hypnotique (50,1% des patients contre 49,4% en moyenne régionale et 45,6% en moyenne nationale),
- Des taux de vaccination contre la grippe saisonnière (60,6% des personnes de plus de 65 ans) légèrement inférieurs à la moyenne départementale (61,3%) et à la moyenne nationale (62,3%).

En dernier lieu, l'accès à la prévention et aux soins en matière de **santé sexuelle et reproductive**, et la **prévention de l'obésité** notamment auprès des adolescents, fait partie des priorités évoquées par les professionnels de santé lors des entretiens menés dans le cadre du diagnostic territorial.

2.3. OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

Globalement, **l'offre de santé est dense et diversifiée** sur le territoire de la CPTS Vignes & Calanques, du fait de l'attractivité de son territoire pour les professionnels libéraux et la proximité de plateaux techniques hospitaliers (Centre Hospitalier de la Ciotat, Centre Hospitalier d'Aubagne, Clinique la Casamance à Aubagne, Nouvelle clinique de la Ciotat). Il existe également des cabinets de groupes proposant une pluralité de spécialités médicales sur les communes de Cassis et la Ciotat. Pour répondre à d'autres besoins, la MSP P2SLCC située sur la Ciotat a été labellisée et des cabinets à horaires élargies sont également actifs. Le Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Marseille est également accessible à moins d'une demi-heure de route.

2.3.1. Offre de premier recours

2.3.1.1. Médecins omnipraticiens

Selon la base de données CartoSanté⁵, le territoire comptabilise **71 médecins généralistes libéraux en activité** sur le territoire. En termes de densité, cela représente 13,0 praticiens pour 10 000 habitants, ce qui situe le territoire en-deçà de la moyenne départementale mais supérieur aux moyennes régionales et nationales.

Tableau 3 : Effectif et densité (pour 10 000 habitants) des médecins généralistes (Source CartoSanté)

⁴ Données Rezone CPTS (janvier 2021).

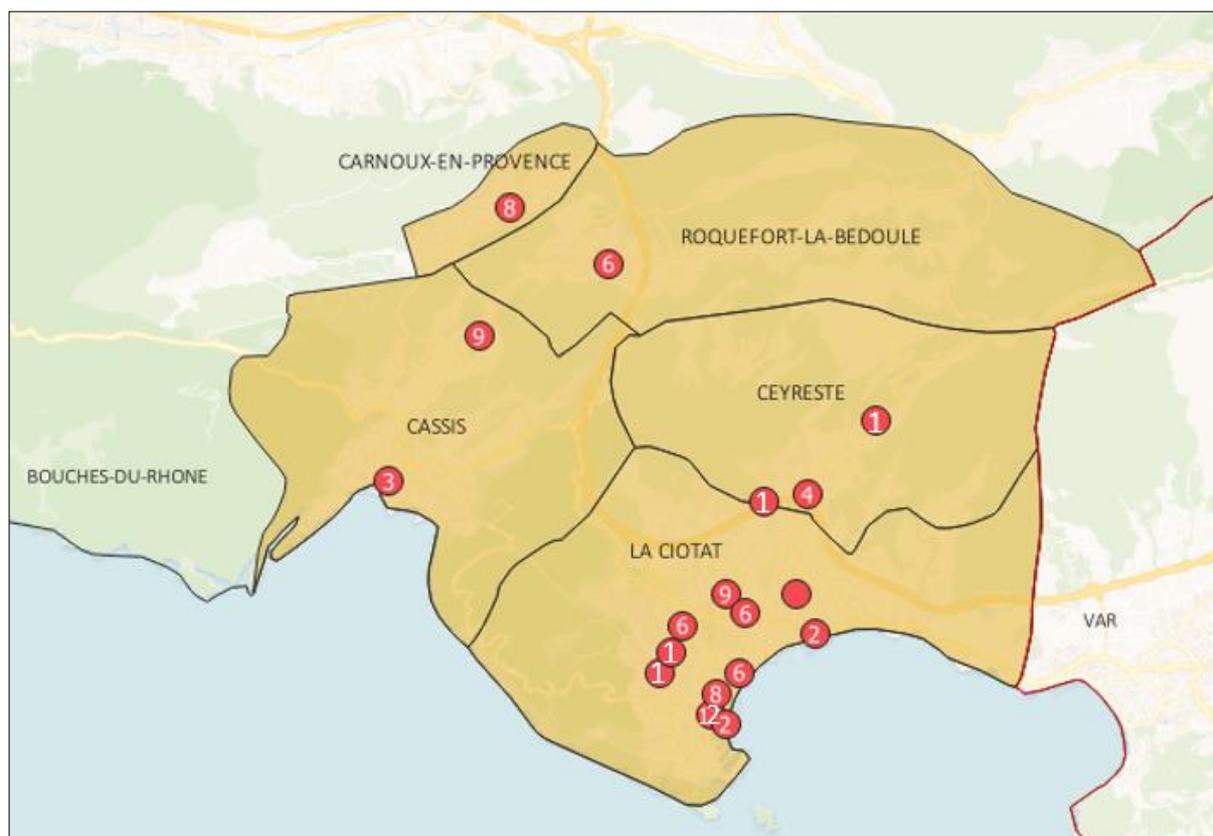
⁵ Données INSEE FNPS 2020.



	Cassis	Ceyreste	La Ciotat	Roquefort -la- Bédoule	Départem ent	Région	France
Effectif	11	6	46	8	-	5 230	58 392
Densité	16,9	10,4	8,7				

La carte ci-dessous montre une répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire de la CPTS, malgré une concentration sur la commune de la Ciotat, suivant logiquement la densité de population.

Carte 2 : Localisation des médecins omnipraticiens par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



La **démographie médicale est relativement favorable** et le territoire se distingue par sa **part de médecins de moins de 40 ans** de 35,9% largement supérieure aux moyennes de référence.

Tableau 4 : Répartition par âge des médecins omnipraticiens (Source CartoSanté)

Omnipraticiens	Territoire CPTS	Région	France
Moins de 40 ans	35,9	18,5	21,5
40 à 49 ans	10,3	16,0	17,0
50 à 54 ans	10,3	9,1	10,2
55 à 59 ans	19,2	19,4	18,9
60 ans et plus	24,4	36,9	32,3



La **faible part relative de patients sans médecin traitant**, avec 8,8% de patients concernés (soit 4 839 patients) contre 11,2% au niveau départemental, 10,5% au niveau régional et 10,4% en moyenne nationale, confirme la situation favorable à la fois au niveau de la démographie médicale et de la situation socioéconomique avec peu d'inégalités sociales de santé et de publics éloignés des soins.

2.3.1.2. Chirugiens-dentistes

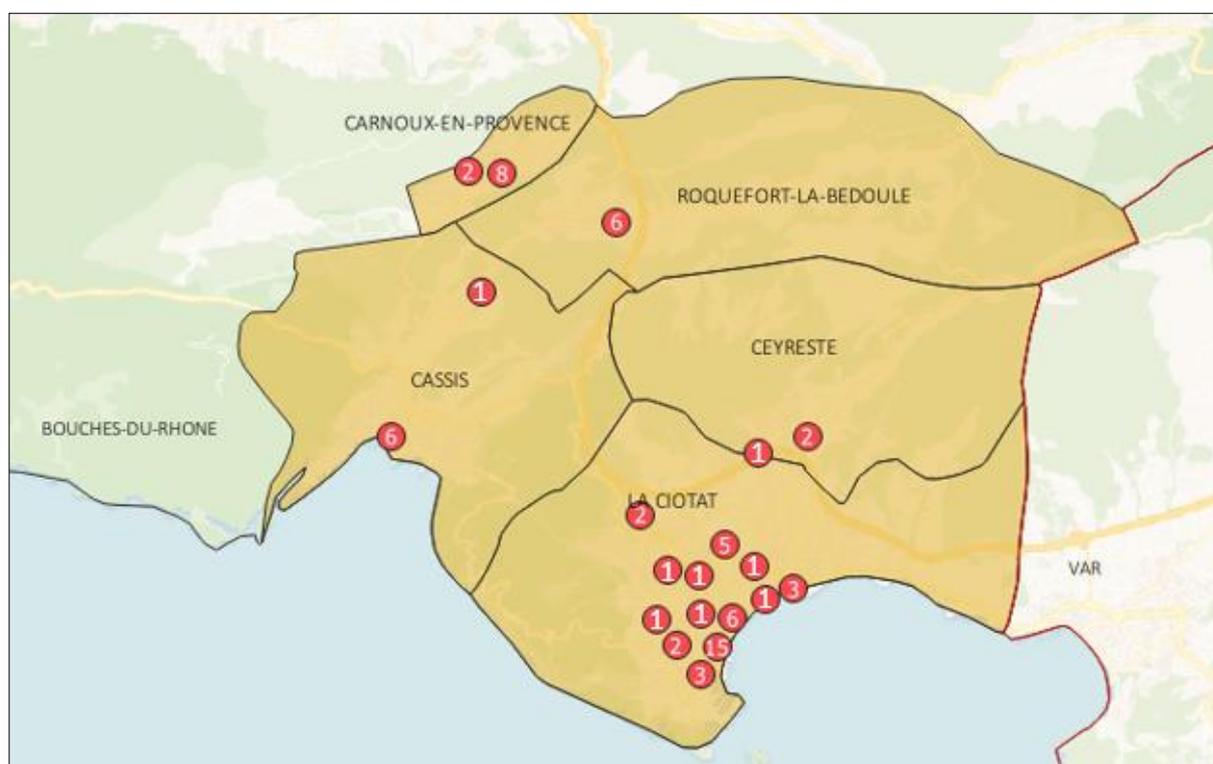
Le territoire comptabilise **48 chirurgiens-dentistes libéraux en activité**. En termes de densité, cela représente 9 professionnels pour 10 000 habitants, ce qui est supérieur aux moyennes de référence.

Tableau 5 : Effectif et densité (pour 10 000 habitants) des chirurgiens-dentistes (Source CartoSanté)

	Cassis	Ceyreste	La Ciotat	Roquefort -la- Bédoule	Départem ent	Région	France
Effectif	6	2	21	4	-	3 652	35 431
Densité	6,9	7,2	5,3				

La carte ci-dessous montre la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire, suivant la même répartition relativement concentrée sur la Ciotat.

Carte 3 : Localisation des chirurgiens-dentistes par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



3.1.1.1. Infirmiers

Le territoire comptabilise **197 infirmiers libéraux en activité**. En termes de densité, cela représente 30,7 infirmiers pour 10 000 habitants, ce qui est également supérieur à l'ensemble des moyennes de référence.

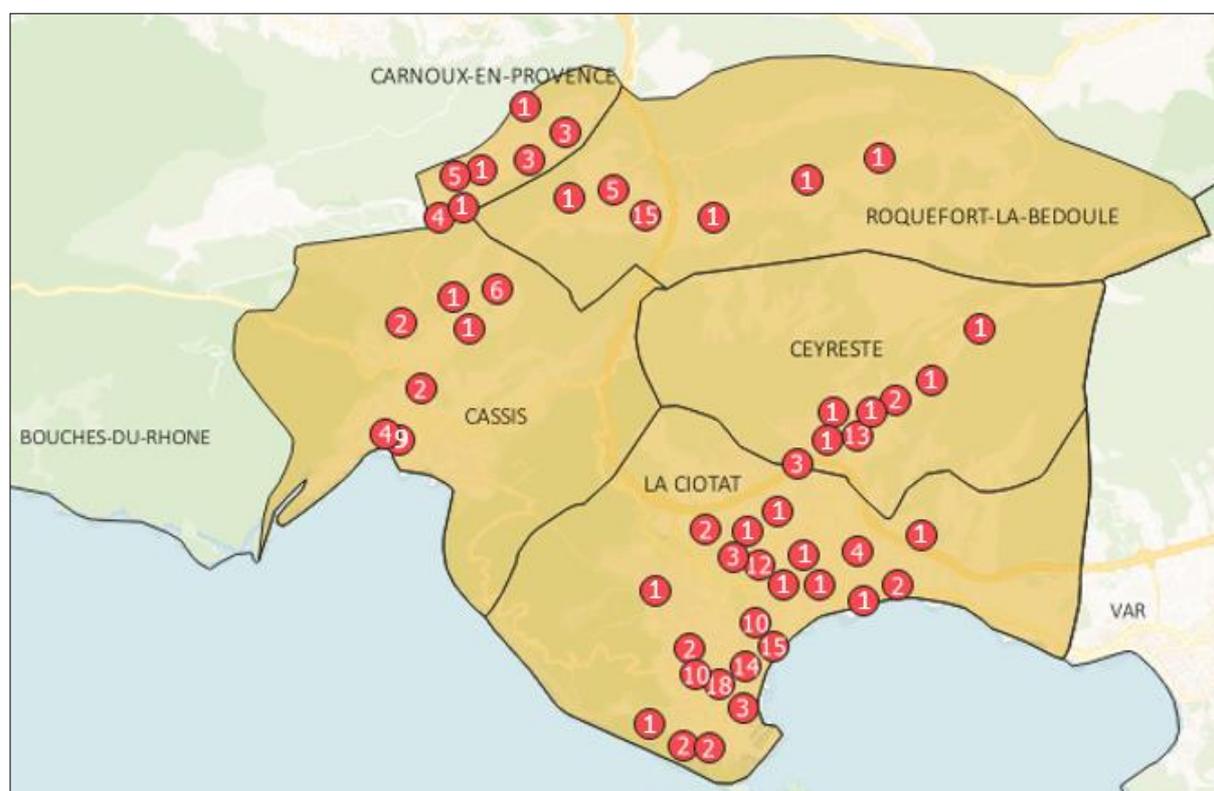


Tableau 6 : Effectif et densité (pour 10 000 habitants) des infirmiers (Source CartoSanté)

	Cassis	Ceyreste	La Ciotat	Roquefort -la- Bédoule	Carnoux- en-Pce	Départem ent	Région	France
Effectif	24	25	105	24	19	-	13 807	101 329
Densité	30,7					27,3	25,9	15,2

La carte ci-dessous montre la répartition des infirmiers libéraux sur l'ensemble du territoire de la CPTS.

Carte 4 : Localisation des infirmiers par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



4.1.1.1. Masseurs-kinésithérapeutes

Le territoire de la CPTS comptabilise **158 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en activité**. En termes de densité, cela représente 27,2 professionnels pour 10 000 habitants, ce qui est à nouveau très largement au-delà des moyennes de référence.

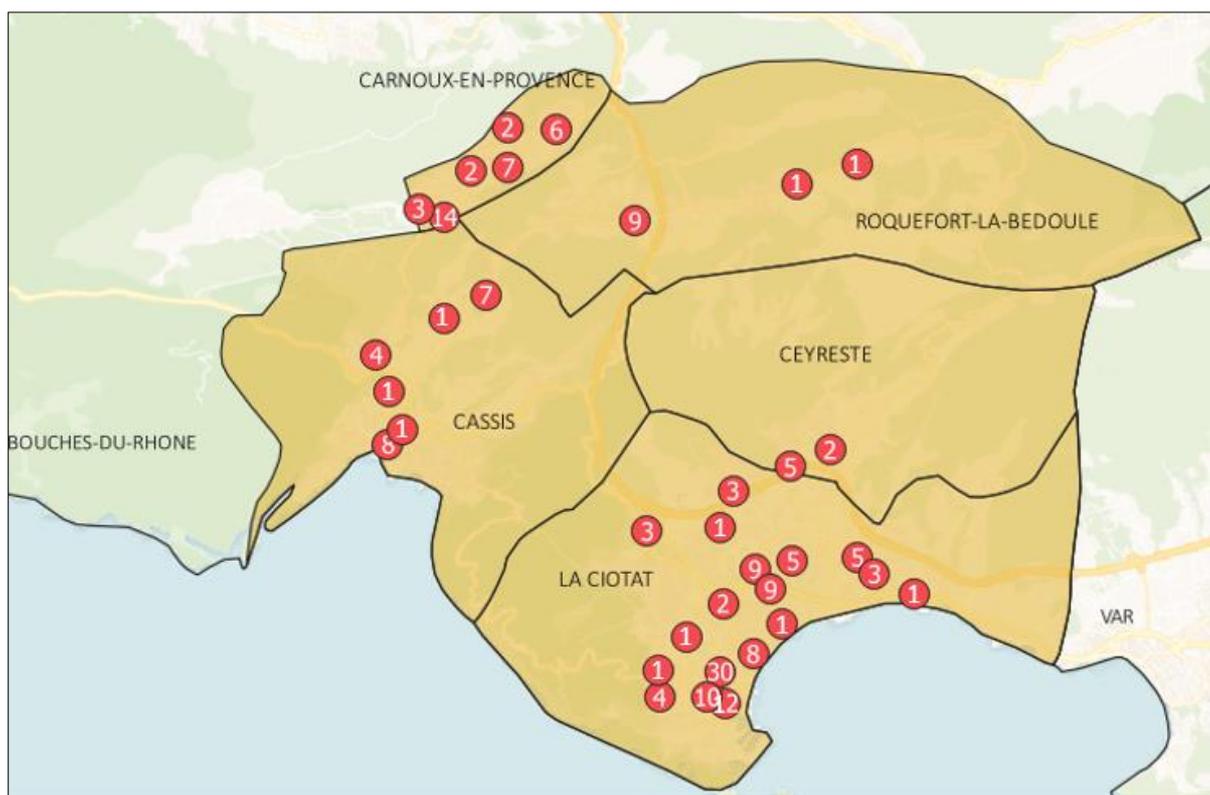
Tableau 7 : Effectif et densité (pour 10 000 habitants) des masseurs-kinésithérapeutes (Source CartoSanté)

	Cassis	Ceyreste	La Ciotat	Roquefort -la- Bédoule	Carnoux- en-Pce	Départem ent	Région	France
Effectif	21	7	90	9	31	-	8 340	73 672
Densité	27,2					16,2	15,6	11,0

La carte ci-dessous montre la répartition des masseurs-kinésithérapeutes sur l'ensemble du territoire de la CPTS, avec une moindre représentation sur les communes de Roquefort-la-Bédoule et Ceyreste.



Carte 5 : Localisation des masseurs-kinésithérapeutes par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



5.1.1.1. Orthophonistes

Le territoire de la CPTS comptabilise **34 orthophonistes libéraux en activité**. La densité est à nouveau très favorable pour cette profession, puisqu'elle atteint 62,3 professionnels pour 10 000 habitants, ce qui est très largement supérieur aux moyennes de référence indiquées dans le tableau ci-dessous.

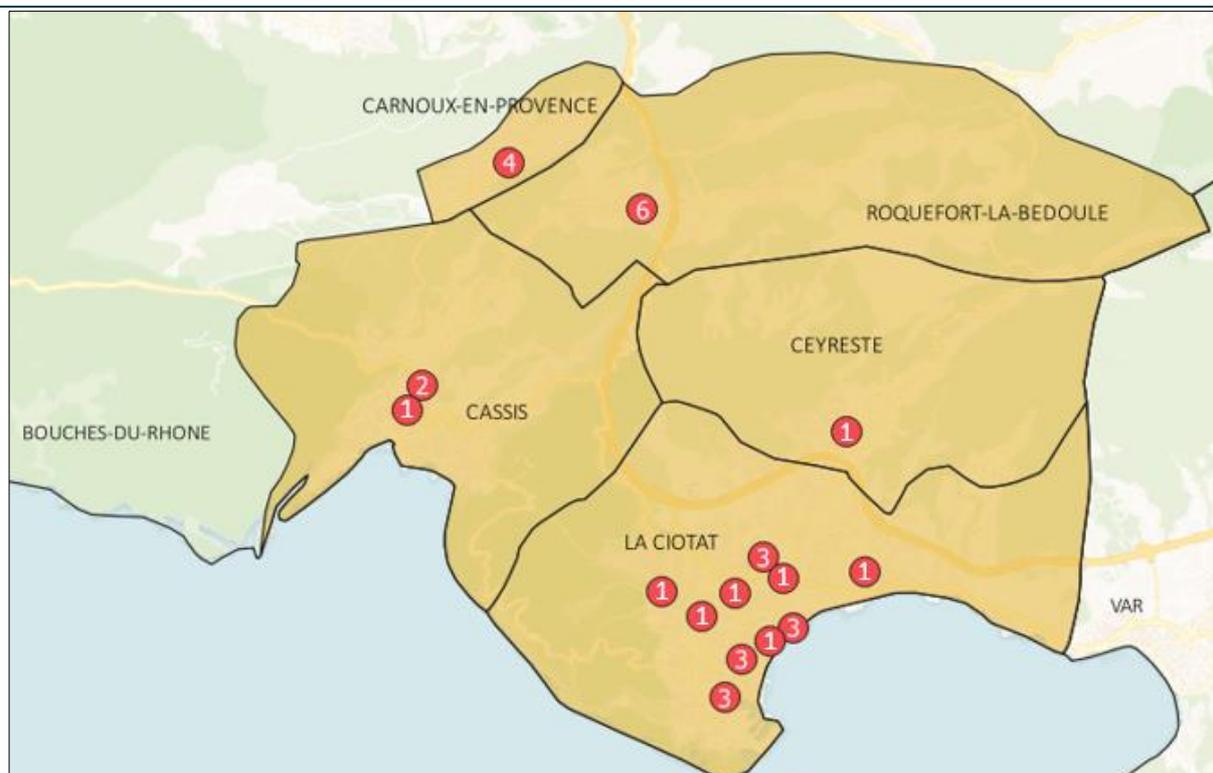
Tableau 8 : Effectif et densité (pour 10 000 habitants) des orthophonistes (Source CartoSanté)

	Cassis	Ceyreste	La Ciotat	Roquefort -la- Bédoule	Carnoux- en-Pce	Départem ent	Région	France
Effectif	3	2	21	4	4	-	2 066	20 873
Densité	62,3					47,5	40,9	31,3

La carte ci-dessous montre la forte concentration de cette profession sur la commune de la Ciotat.

Carte 6 : Localisation des orthophonistes par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)

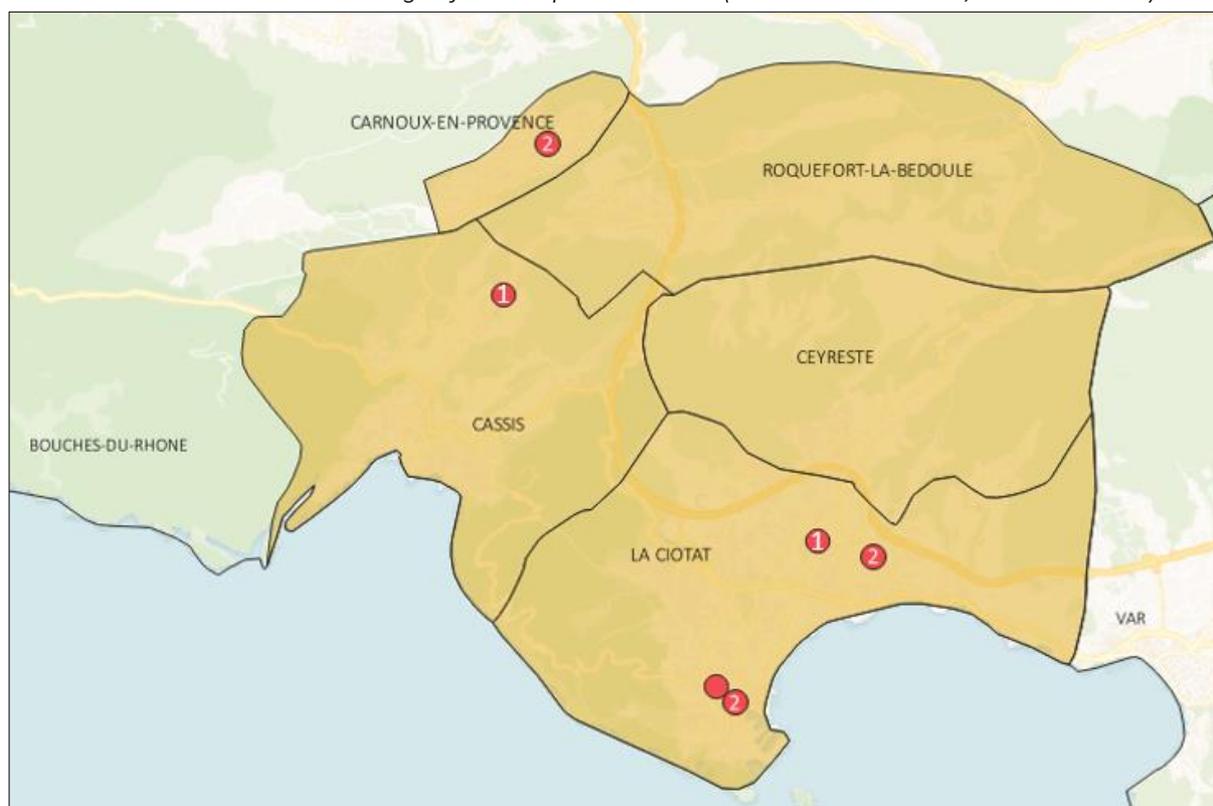




6.1.1.1. *Sages-femmes*

Le territoire compte **8 sages-femmes libérales en activité**. Les données relatives à la densité de professionnels sur le territoire ne sont pas disponibles sur l'outil CartoSanté. La carte ci-dessous permet néanmoins de les localiser, à partir des données RPPS 2019, et de mettre en évidence l'absence de professionnels sur les communes de Cassis, Ceyreste et Roquefort-la-Bédoule.

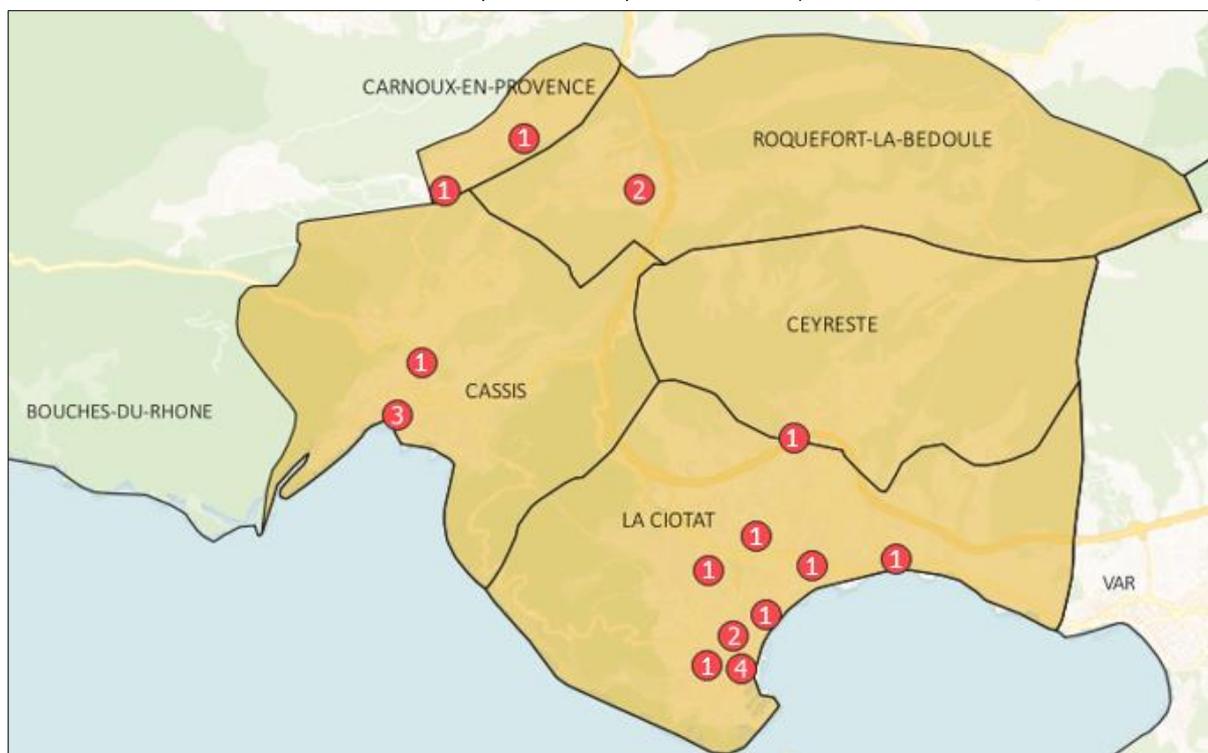
Carte 7 : Localisation des sages-femmes par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



6.1.1.2. Pharmacie

Le territoire compte **27 pharmacies**⁶, ce qui représente une densité de 4,6 pharmacies pour 10 000 habitants, alignée à la moyenne départementale et régionale.

Carte 8 : Localisation des pharmacies par commune (Données RPPS 2019, Carte Acsantis)



1.1.1.1. Modalités d'exercice et structures coordonnées

Selon les données Rezone CPTS, le territoire de la CPTS compte 1 centre de santé polyvalent (La Ciotat), représentant 2,4% des actes généralistes réalisés sur le territoire, et un Pôle de Santé multisites La Ciotat/Ceyreste.

1.1.2. Offre de second recours

1.1.2.1. Les médecins spécialistes

Le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) de décembre 2019 comptabilise **213 médecins spécialistes en activité sur les cinq communes**. Les données issues du DRSM Paca-Corse 2020 permettent d'en donner une traduction, en termes de densité pour 10 000 habitants, pour les spécialités figurant dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Densité (pour 10 000 habitants) des spécialistes libéraux (Source CartoSanté)

	Territoire CPTS	Département	Région
Médecins spécialistes	11,3	13,7	12,2
Pédiatres	3,2	3,7	3,1

⁶ Source DRSM Paca-Corse 2020.



Le principal Centre Hospitalier de proximité sur le territoire de la CPTS est celui de la Ciotat. Pour autant, des logiques de complémentarité ont lieu sur les zones intermédiaires (Carnoux-en-Provence et Roquefort-la-Bédoule) et certaines filières (exemple de la cardiologie à la Clinique la Casamance à Aubagne). La diversité d'orientation des flux, entre le Centre Hospitalier de la Ciotat, la Clinique de la Ciotat, le Centre Hospitalier d'Aubagne et la Clinique de la Casamance notamment pose des enjeux pour les liens ville-hôpital et la nécessité de travailler le projet de santé de la CPTS en lien avec ces établissements.

En outre, le rapport d'activité et positionnement du CH de la Ciotat, datant de 2021, montre un bassin de recrutement provenant principalement de la Ciotat (52,4%), mais aussi à l'Ouest du territoire dont des communes situées dans le Var. Cela pose l'enjeu de la coopération inter-CPTS, déjà bien engagée à ce jour, notamment avec la CPTS Var Ouest.

Tableau 10 : Bassin de recrutement du CH de La Ciotat (Source Rapport d'Activité CH La Ciotat, année 2021)

Code PMSI		Proportion 2016-2020	Effectif 2020	Eff/1000 hab	Population
13600	La Ciotat	52,4%	4231	111,58	37920
83270	Saint-Cyr-sur-Mer	12,0%	1010	85,38	11830
83330	Le Beausset	6,5%	574	37,3	15387
13260	Cassis	3,7%	373	47,86	7793
83740	La Cadière-d'Azur	2,8%	194	36,85	5264
83500	La Seyne-sur-Mer	2,3%	219	3,65	59999
83140	Six-Fours-les-Plages	2,3%	185	5,32	34803
83150	Bandol	1,8%	140	15,97	8769
13830	Roquefort-la-Bédoule	1,7%	176	34,93	5038

viii.

Les deux centres hospitaliers publics (La Ciotat et Aubagne) disposent de la capacité suivante⁸ :

- Le Centre Hospitalier de la Ciotat dispose de 489 lits et places répartis comme suit :
 - o 57 lits de médecine,
 - o 32 de chirurgie,
 - o 20 lits de gynéco-obstétrique,
 - o 304 places d'hébergement,
 - o 20 lits de HAD,
 - o 56 places de SSIAD.
- Le Centre Hospitalier d'Aubagne d'une capacité de 397 lits et place répartis comme suit :
 - o 177 lits de médecine (dont 60 places de CAMSP),
 - o 54 de chirurgie,
 - o 16 lits de gynéco-obstétrique,
 - o 20 lits de moyen-séjour,
 - o 30 de long-séjour,
 - o 42 places d'hébergement (dont 12 en accueil de jour Alzheimer),
 - o 58 places de SSIAD.

Le diagnostic territorial mené dans le cadre de la préfiguration du projet de santé a permis d'organiser des entretiens qualitatifs avec les directions de ces 2 centres hospitaliers. Ces entretiens ont permis de confirmer la **volonté d'ouverture de ces établissements au territoire**, avec une double opportunité :

⁸ Source Fédération Hospitalière de France.



- La réécriture du projet d'établissement du CH de La Ciotat, prévue pour le dernier trimestre 2021, qui coïncidera avec l'écriture du projet de santé de la CPTS Vignes & Calanques et permettra de réfléchir ensemble à la cohérence et l'articulation entre les projets,
- La finalisation du projet de Nouvel Hôpital à Aubagne, qui laisse entrevoir des modalités de coopération resserrées avec les soins de ville.

En matière de psychiatrie, le territoire de la CPTS est identique au secteur psychiatrique (13G10), rattaché au Centre Hospitalier de Valvert.

Il est important de noter que les **passages aux urgences non suivis d'hospitalisation** sont supérieurs aux moyennes de référence et atteignent 26,6% des passages (soit 14 621 patients), contre 23,2% en moyenne départementale, 23% en région PACA et 22,2% en France. Ces indicateurs questionnent **la permanence des soins** et **l'organisation de l'offre de soins non programmés** sur le territoire et doit inciter à mener une réflexion pour éviter les passages inutiles aux urgences hospitalières.

En revanche, d'une manière générale, les données quantitatives relatives à la **communication entre médecins de ville et les services hospitaliers semblent bonnes**, puisque la part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville représente 43,5% contre 40,8% en moyenne nationale (Données Rezone).

1.1.3. Offre sociale et médico-sociale

1.1.3.1. *A destination des personnes âgées*

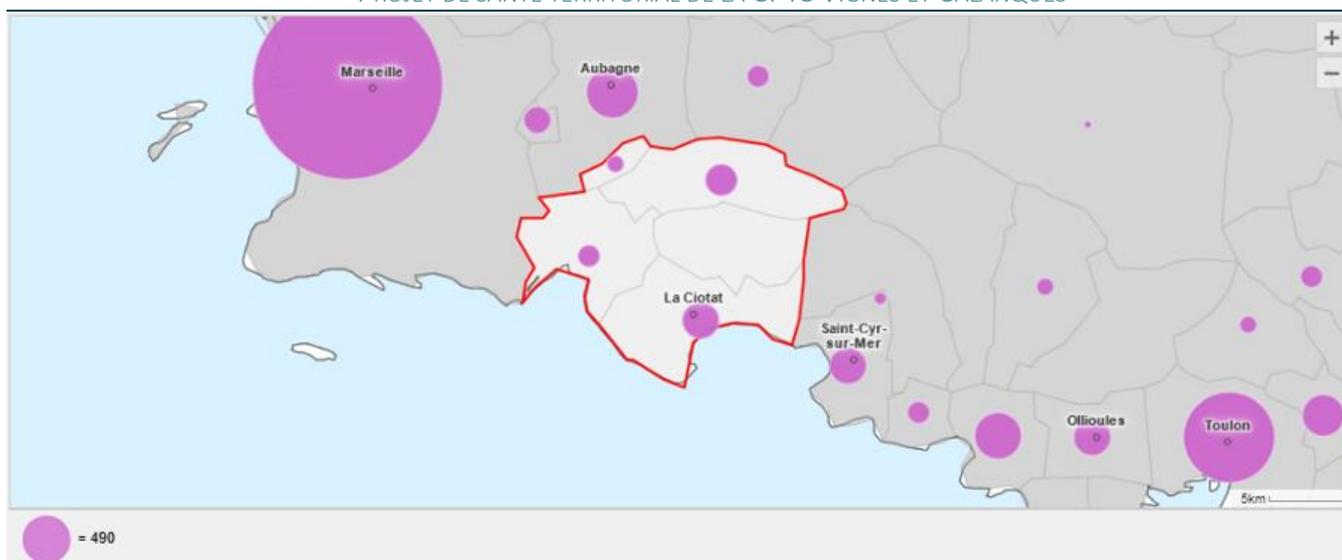
Le territoire compte ⁹ :

- 9 EHPAD,
- 1 résidence autonomie à la Ciotat, 2 résidences à Cassis,
- Aucune place en accueil de jour ou hébergement temporaire pour personnes âgées,
- 2 SSIAD basés à la Ciotat et rattachés au CCAS pour l'un et au Centre Hospitalier pour le second et l'antenne du SSIAD d'Aubagne située à la Ciotat.

Les structures d'hébergement pour personnes âgées sont relativement bien réparties sur le territoire, bien que la Ciotat concentre 333 des 783 places, contre 245 places à Roquefort-la-Bédoule, 130 à Cassis, 75 à Carnoux-en-Provence et aucune à Ceyreste, comme le montre la carte ci-dessous.

Carte 11 : Localisation de l'offre en structures d'hébergement pour personnes âgées sur le territoire (Source Observatoire des Territoires)





Cela représente un **taux d'équipement relativement contrasté** relativement au reste du territoire, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Taux d'équipement pour 1000 personnes, en structures de prise en charge médico-sociale pour personnes âgées (Source Drees, FINESS 2016)

Indicateurs	5 communes au 1er janv. 2020	Paca
1 - Maisons de retraite (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)	91,9	90,4
2 - Logements foyer (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)	0,0 ▼	12,4
3 - Accueil de jour pour personnes âgées (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)	3,7 ▲	2,2
4 - Hébergement temporaire pour personnes âgées (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)	0,7 ▼	1,3

Source : Drees, Finess - 2016

1.1.3.2. A destination des personnes en situation de handicap

Toujours selon les données FINESS¹⁰, le territoire compte 118 places en établissements d'hébergement pour adultes et 156 pour enfants, 150 en structures d'insertion professionnelle, 54 en services d'accompagnement pour adultes et 15 au sein de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Le médico-social du handicap présente un **taux d'équipement favorable** relativement au reste du territoire.

Tableau 11 : Taux d'équipement pour 1000 personnes, en structures de prise en charge médico-sociale pour adultes et enfants handicapés (Source Creai Paca-Corse 2016)

¹⁰ Données 2016 disponibles sur SirsPaca



Indicateurs	5 communes au 1er janv. 2020	Bouches-du- Rhône
Taux d'équip. en struct. d'héberg. pour adultes handic. (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)	4,2 ▲	3,2
Taux d'équip. en struct. d'insertion prof. (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)	5,4 ▲	3,5
Taux d'équip. en services d'accomp. pour adultes handic. (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)	1,9 ▲	1,1
Taux d'équip. en struct. de prise en charge pour enf. handic. (pour 1 000 personnes de moins de 20 ans)	13,2 ▲	10,1
Taux d'équip. en services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enf. handic. (pour 1 000 personnes de moins de 20 ans)	1,3 ▼	1,9

Source : Creai Paca-Corse - 2016

1.1.3.3. Dispositifs santé-social

Le territoire de la CPTS n'étant pas classé parmi les Quartiers Politique de la Ville (QPV), il n'existe pas d'Atelier Santé Ville dédié ni de Délégué du préfet jouant ce rôle. Les acteurs du territoire sont donc l'ensemble des acteurs du droit commun mais également des acteurs associatifs dont le recensement est réalisé par la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Pratic'Santé.

Au niveau hospitalier, le territoire dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) située au sein du Centre Hospitalier de la Ciotat.

En outre, le Pôle de Santé de la Ciotat-Ceyreste, basé sur 3 cabinets médicaux et 1 cabinet infirmier, porte un projet en cours de lancement de « consultation des démunis », afin de favoriser l'accès aux soins sur le territoire, en partenariat avec l'espace précarité de la ville de la Ciotat.

En dernier lieu, la **prévention et la prise en charge des conduites addictives** est une problématique fréquemment évoquée lors du diagnostic territorial, du fait de l'absence de médecin au CSAPA de la Ciotat et de la saturation des dispositifs existants à Aubagne.

1.1.3.4. Réseaux de santé et PTA

Le territoire de la CPTS comporte notamment :

- Le réseau Périnatal Sud, adossé à l'AP-HM, dont fait partie le CH de La Ciotat, et concernant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néo-natale,
- La filière gériatrique et l'équipe mobile en lien, portée par les Centres Hospitaliers d'Aubagne et de la Ciotat, qui devrait être opérationnelle à la fin de l'année 2021,
- Le réseau de Soins Palliatifs à domicile, porté par l'Association RESPECT13, regroupant l'ensemble des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs des structures hospitalières,
- Le réseau visant à sécuriser le maintien au domicile et les sorties d'hospitalisation (ILHUP),
- La MAIA Pays d'Aubagne La Ciotat,
- Une Plateforme Territoriale d'Appui active et identifiée (PTA Pratic'Santé).



III. LES ENJEUX POUR LA CPTS VIGNES & CALANQUES

3.1. PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE UTILISEE

3.1.1. Le questionnaire

Dans le cadre des travaux préparatoire à la CPTS, avec la collaboration de la CPAM, un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire.

Le questionnaire¹¹ visait non seulement à sensibiliser les professionnels de santé du territoire à l'émergence de la CPTS, mais aussi à apprécier la nature des difficultés qu'ils rencontrent en matière d'organisation des parcours de santé, et les différents outils, dispositifs et supports qu'ils jugent les plus utiles pour améliorer les choses. Il a été conçu de façon à être le plus court possible (10 minutes) afin de disposer du plus grand nombre de répondants. Il a été relayé par la CPAM, et par les porteurs de projet de la CPTS.

Au total, **67 réponses** se sont révélées exploitables. On estime que le taux de réponses exploitables représente environ **12 %** des professionnels installés sur le territoire. Les résultats de l'enquête, présentés ci-dessous, doivent donc être présentés avec les précautions relatives au taux de participation. Ils restent néanmoins des indicateurs nécessaires à l'appréciation du futur projet de santé de la CPTS.



3.1.2. Les entretiens

¹¹ Voir [Annexe en lien](#).



Des entretiens individuels ont été réalisés entre février et juin 2021, auprès d'un panel de **13 professionnels et acteurs en lien avec les parcours de soins** (1 psychologue, 1 pharmacien, 2 médecins généralistes, 1 sage-femme, 2 IDE, MAIA Aubagne, CMPP La Ciotat, Directeur CH La Ciotat, Directrice adjointe CH Aubagne, Présidente et Coordinatrice Pôle de Santé de la Ciotat, et PTA Pratic'Santé), afin de recueillir leur opinion sur l'offre de santé du territoire et le projet de CPTS en lien.

3.1.3. L'analyse documentaire

Enfin, une étude documentaire a été réalisée. Les documents suivants ont servi de support à la réalisation du diagnostic, en complément du questionnaire et des entretiens :

- Lettre d'intention de la CPTS validée par l'ARS,
- Projet régional de santé,
- Projet territorial de santé mentale,
- Programme d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes démunies,
- Bases de données statistiques, dont données INSEE, Assurance Maladie, Observatoire Régional de la Santé (ORS), CartoSanté, CPTS Rezone, SirséPACA.

3.2. LES DIFFICULTES EXPRIMEES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Plusieurs questions ont été posées pour apprécier la nature des difficultés que rencontrent les professionnels dans leur pratique d'exercice courant. Neuf thématiques étaient proposées, sur chacune desquelles les répondants étaient invités à noter le niveau de difficulté :

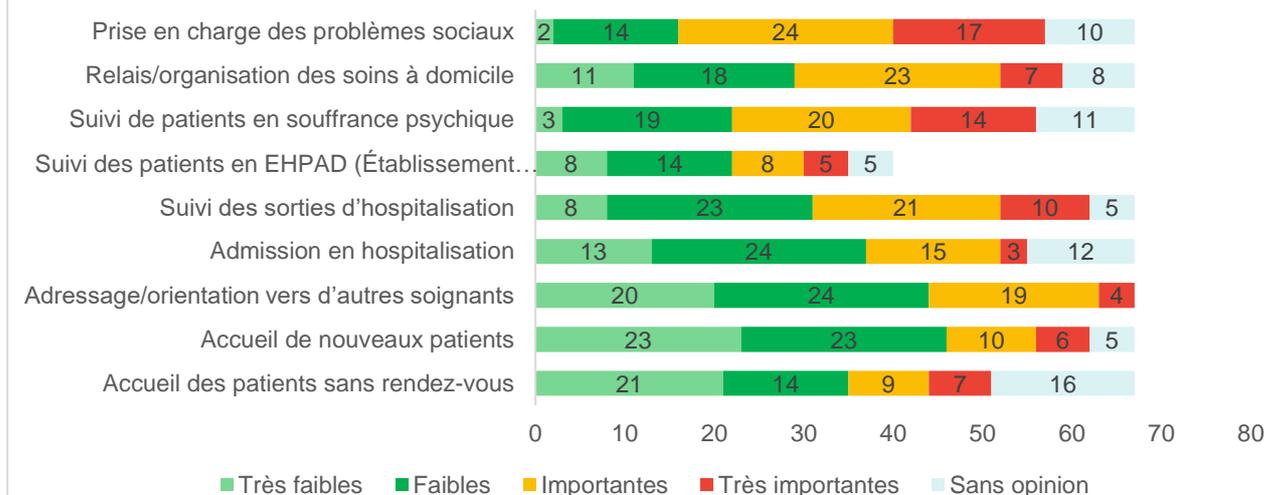
- Accueil des patients sans rendez-vous
- Accueil de nouveaux patients
- Adressage/orientation vers d'autres soignants
- Admission en hospitalisation
- Suivi des sorties d'hospitalisation
- Suivi des patients en EHPAD
- Suivi de patients en souffrance psychique
- Relais/organisation des soins à domicile
- Prise en charge des problèmes sociaux

Le graphique suivant montre les principales difficultés déclarées par les professionnels.

Graphique 4 : Principales difficultés rencontrées par les professionnels répondants



Principales difficultés rencontrées



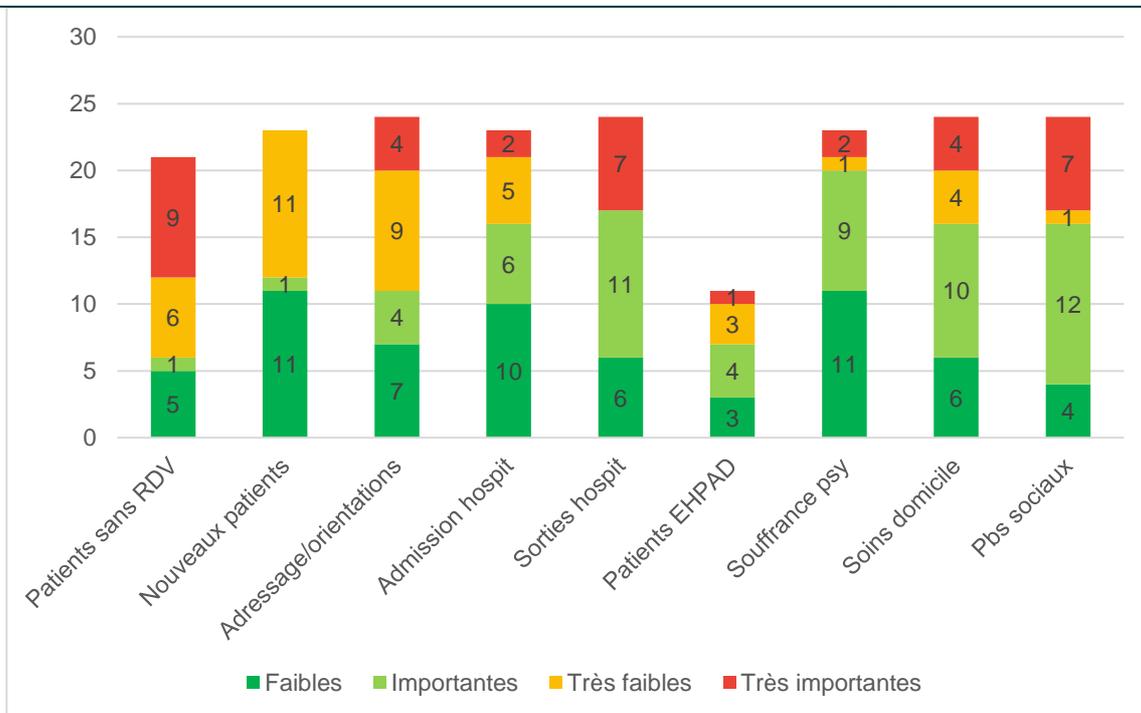
L'analyse de ces résultats fait ressortir les difficultés prioritaires suivantes :

1. **La prise en charge des problèmes sociaux**, du fait notamment de la méconnaissance des orientations possibles à proposer aux patients.
2. **Le suivi de patients en souffrance psychique**. Les entretiens menés dans le cadre du diagnostic montrent la faiblesse des liens avec les ressources territoriales, souvent saturées (CMP, CMPP, CAMSP, hôpital de jour...), et les difficultés d'accès aux soins notamment en matière d'urgences pédopsychiatriques et de bilans liés aux troubles du neurodéveloppement et troubles du spectre autistique. Les professionnels évoquent également des difficultés dans les suivis à domicile, du fait notamment d'un isolement sur ces sujets et d'un manque de formation en lien avec les pathologies rencontrées.
3. **Le suivi des sorties d'hospitalisation**. La communication avec les établissements hospitaliers, la coordination autour des patients et les informations reçues en sortie d'hospitalisation font partie des difficultés prioritairement citées. Reviennent fréquemment, lors des entretiens complémentaires, la problématique des prestataires privés à domicile intervenant de façon très réactive et efficace en sortie d'hospitalisation et court-circuitant l'entourage de soins du patient (IDE, pharmaciens).
4. **Les relais/organisation des soins à domicile**.

Il importe de souligner que les professionnels n'ont pas noté toutes les thématiques (catégorie « vide » sur le graphique). On peut considérer que les non-réponses indiquent les thématiques pour lesquelles les professionnels ne se sentent pas particulièrement concernés, comme le suivi des patients en EHPAD. L'analyse des difficultés exprimées, par type de profession, dans les graphiques représentés ci-dessous, doit nous fournir des éclairages sur les problématiques prégnantes ou non par profession.

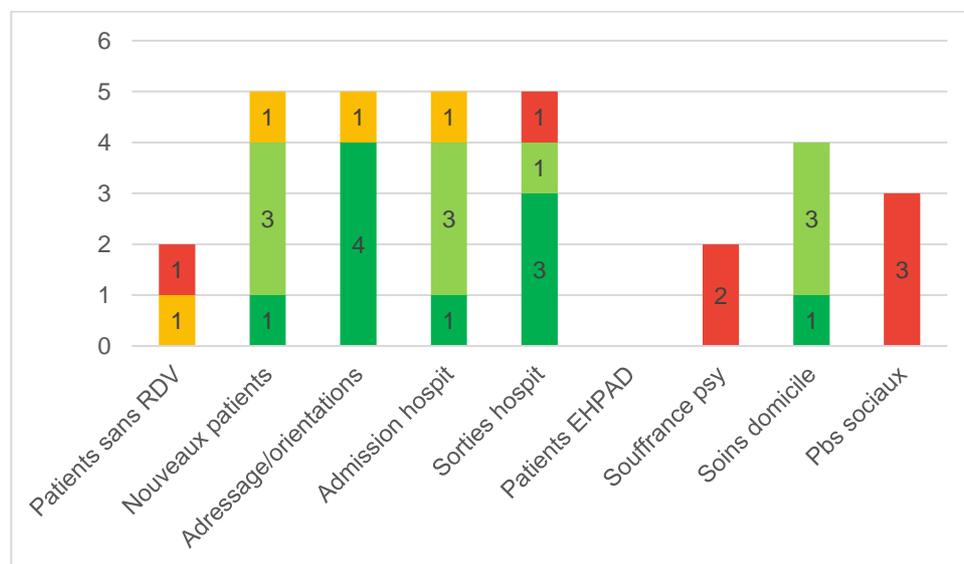
Graphique 5 : Principales difficultés rencontrées par les IDE





Les résultats pour la profession infirmière corroborent les résultats globaux en matière de prise en charge des problèmes sociaux, de suivi des patients en souffrance psychique et de sorties d’hospitalisation. Des difficultés sont également exprimées en matière d’accueil de nouveaux patients et de patients sans rendez-vous, qu’il s’agira d’approfondir dans l’organisation des groupes de travail visant à formaliser le projet de santé.

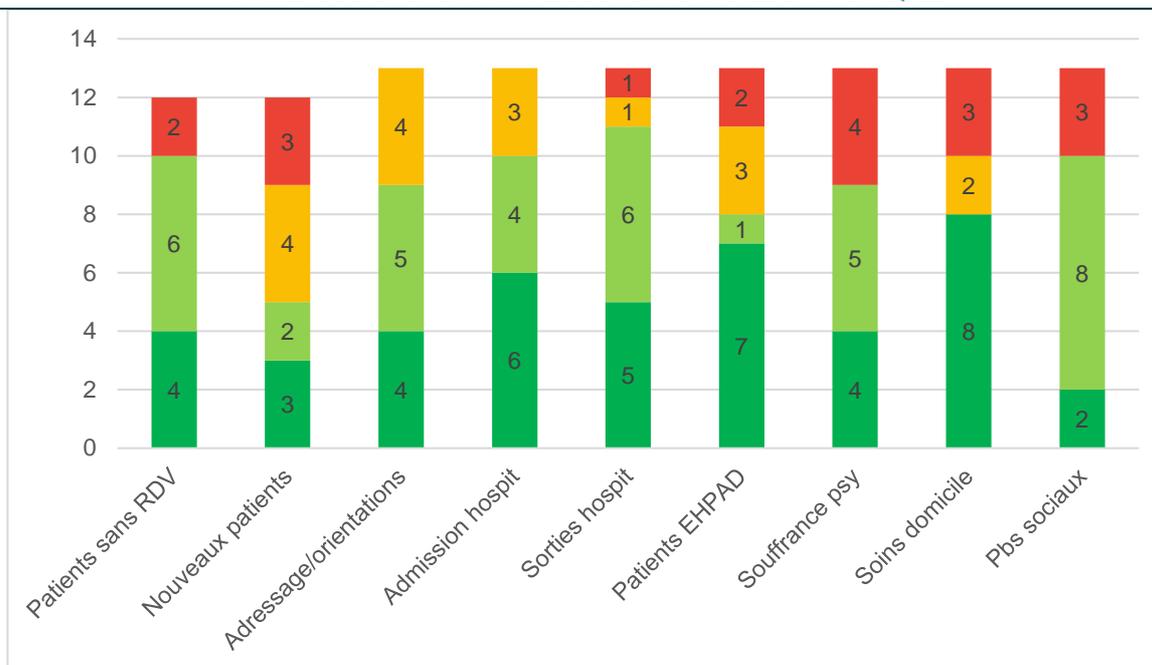
Graphique 6 : Principales difficultés rencontrées par les masseurs-kinésithérapeutes



La profession des masseurs-kinésithérapeutes semble tout autant impactée par le suivi des patients en souffrance psychique sur le territoire et la prise en charge des problèmes sociaux, ce qui confirme ces priorités d’action pour la CPTS.

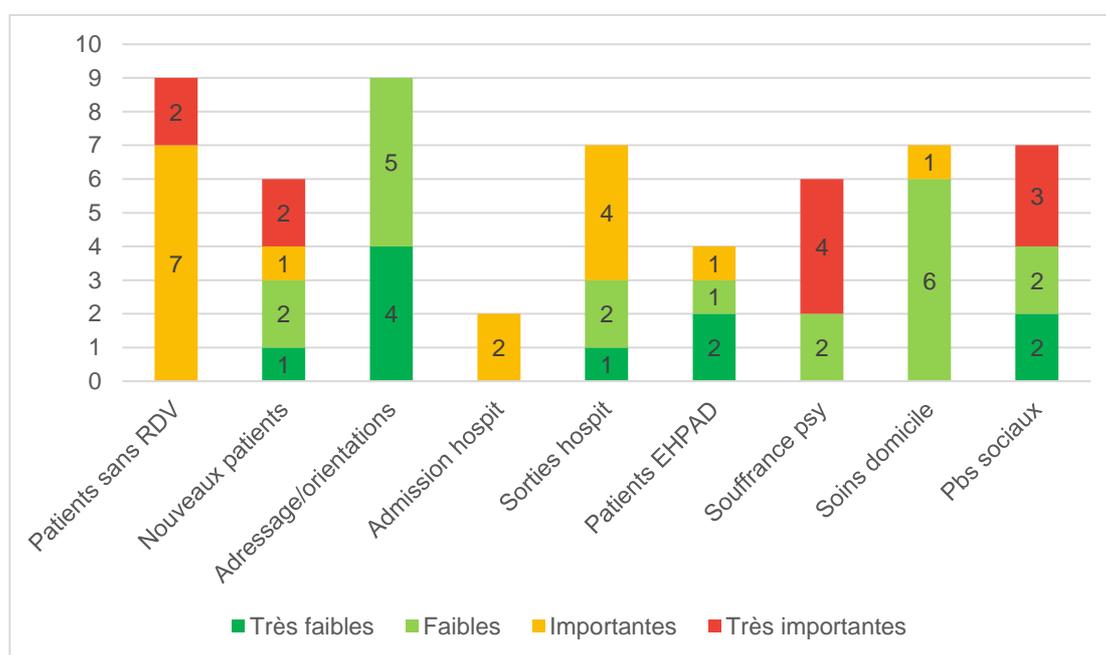
Graphique 7 : Principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes





L'accueil de nouveaux patients est la première difficulté exprimée par les médecins généralistes sur le territoire, suivi des soins à domicile. La prise en charge des problèmes sociaux et le suivi des patients en souffrance psychique ressortent également parmi les difficultés exprimées, confirmant les difficultés partagées entre professionnels sur le territoire.

Graphique 8 : Principales difficultés rencontrées par les pharmaciens



Enfin, les pharmaciens semblent en première ligne face aux problématiques sociales et à la souffrance psychique des patients. L'accueil des patients sans rendez-vous est une difficulté exprimée par les pharmaciens, qu'il s'agira de creuser lors de la mise en place des groupes de travail.

Le questionnaire comprenait, pour conclure la partie dédiée aux besoins et difficultés, une question librement libellée, sur les autres difficultés rencontrées par les professionnels de santé.

Cette question ouverte a recueilli 41 réponses, résumées ci-après :



- Les difficultés en lien avec l'**accès aux soins** sont citées à 11 reprises, et concernent en premier lieu la psychiatrie dont les urgences psychiatriques pour enfants, l'accès aux soins non programmés, la possibilité de réaliser des examens urgents (radiographies, prises de sang) et de réaliser des examens sur un temps dédié pour patients difficilement transportables (hôpital de jour), les longs délais de prises de rendez-vous, le transport pour les patients en situation de dépendance et l'accès aux soins palliatifs,
- Les difficultés liées à la **coordination des soins** arrivent également en priorité (10 occurrences), et confirment les difficultés déjà citées en lien avec les sorties d'hospitalisation, les difficultés en lien avec la coordination des soins à domicile, l'absence de liens et le manque de communication interprofessionnelle du fait du manque d'outils dédiés notamment, et les difficultés de coordination avec les structures liées à la santé mentale des enfants (CAMSP, CMPP, IME),
- Les **liens avec les établissements de santé** sont également cités à 9 reprises et concernent la totalité du parcours hospitalier (organisation de l'hospitalisation, accès aux informations pendant et en sortie de séjour),
- Le **manque de temps médical** est cité à 3 reprises, du fait de l'ampleur des tâches administratives,
- Le **manque de connaissance des spécialités** est également cité à 3 reprises, à la fois entre professionnels de santé mais aussi par les patients vis-à-vis des professionnels installés sur le territoire,
- En dernier lieu, sont cités les **difficultés liées à l'isolement des patients**, la méconnaissance des aides sociales existantes, la prise en charge des personnes âgées et l'aide aux aidants.

3.3. LES ATTENTES EN LIEN AVEC LE PROJET DE CPTS

3.3.1. Les attentes exprimées

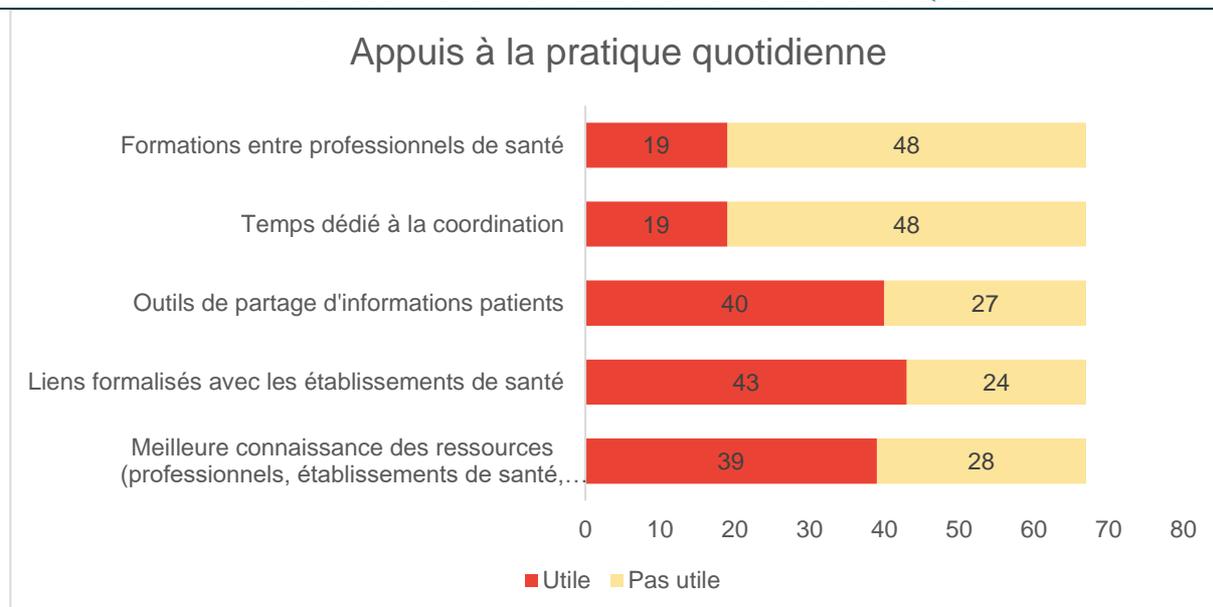
La deuxième partie du questionnaire envoyé aux professionnels de santé portait sur les outils et dispositifs qu'ils jugeaient plus ou moins utiles pour lever certaines des difficultés rencontrées. Il était demandé de sélectionner, en fonction de leur utilité ressentie, cinq items :

- Une meilleure connaissance des ressources (professionnels, établissements de santé, structures médico-sociales),
- Des liens formalisés avec les établissements de santé,
- Des outils de partage d'information patients,
- Du temps de coordination dédié,
- Des formations entre les professionnels de santé.

Le graphique suivant montre les principales attentes exprimées par les professionnels.

Graphique 9 : Appuis à la pratique quotidienne jugés nécessaires par les professionnels répondants





L'attente principale concerne donc la **formalisation des liens avec les établissements de santé**, qui font partie des enjeux majeurs pour les CPTS et qui rejoignent les éléments de diagnostic soulevés précédemment. Il s'agit notamment, d'après les entretiens qualitatifs menés, de bénéficier :

- D'outils de communication et de partage d'informations avec les établissements de santé,
- De travailler sur les modalités d'organisation des admissions et des sorties, y compris les week-ends et jours fériés,
- D'accéder au plateau technique hospitalier afin de réaliser des bilans regroupés (bilans effectués sur une journée d'hospitalisation) ou des examens en urgence (exemple : radiologie).

Disposer d'outils de partage d'informations patients fait également partie des priorités identifiées, et fait lien avec les difficultés exprimées par les professionnels et relatées ci-dessus.

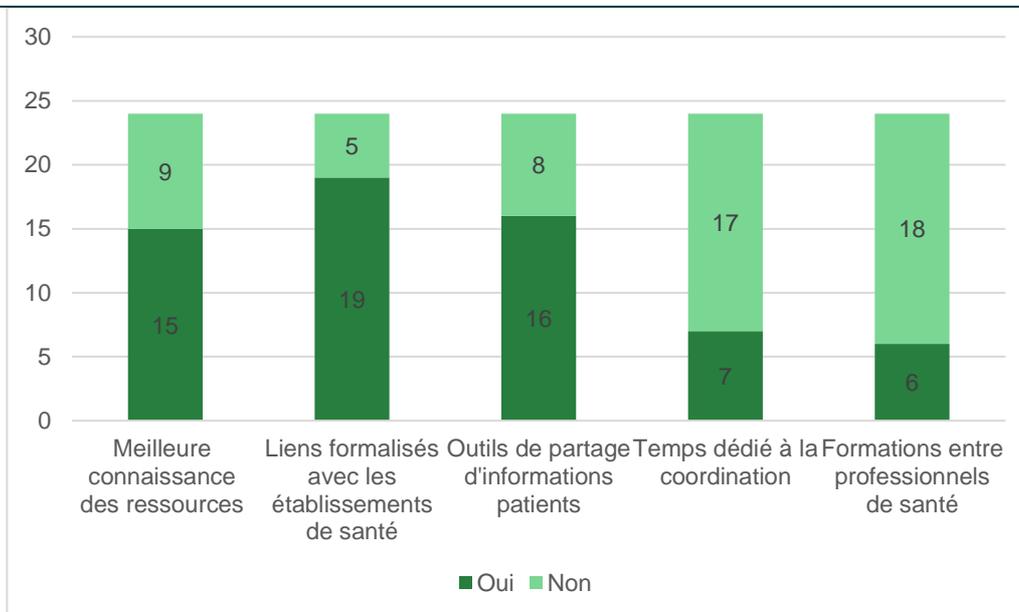
Mieux connaître les ressources du territoire, arrivant en troisième position des attentes des professionnels, confirme également les éléments relevés ci-dessus. Il s'agit de rendre plus lisible l'offre territoriale et de disposer au sein de la CPTS d'un annuaire partagé, opérationnel et actualisé.

Enfin, les graphiques ci-dessous montrent que :

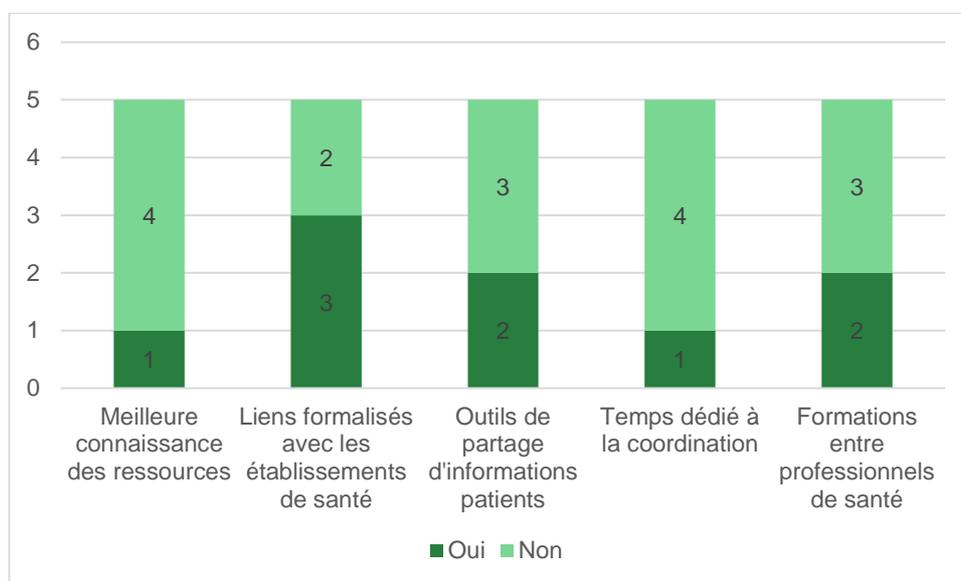
- Les IDE, médecins généralistes et pharmaciens confirment les trois attentes prioritaires en lien avec le projet de CPTS,
- Les masseurs-kinésithérapeutes sont plus partagés et demandeurs notamment de formations entre professionnels de santé.

Graphique 10 : Besoins d'appuis à la pratique quotidienne exprimés par les IDE

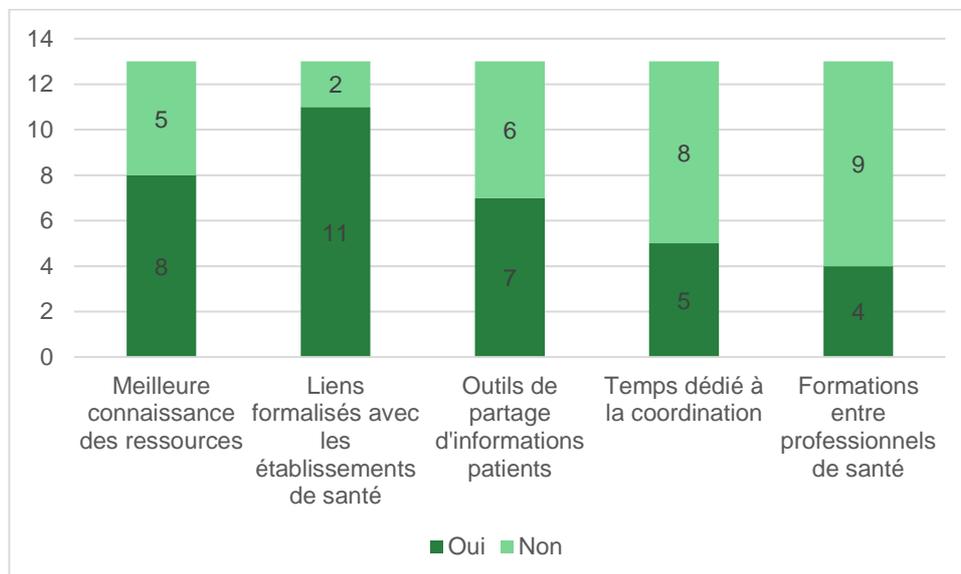




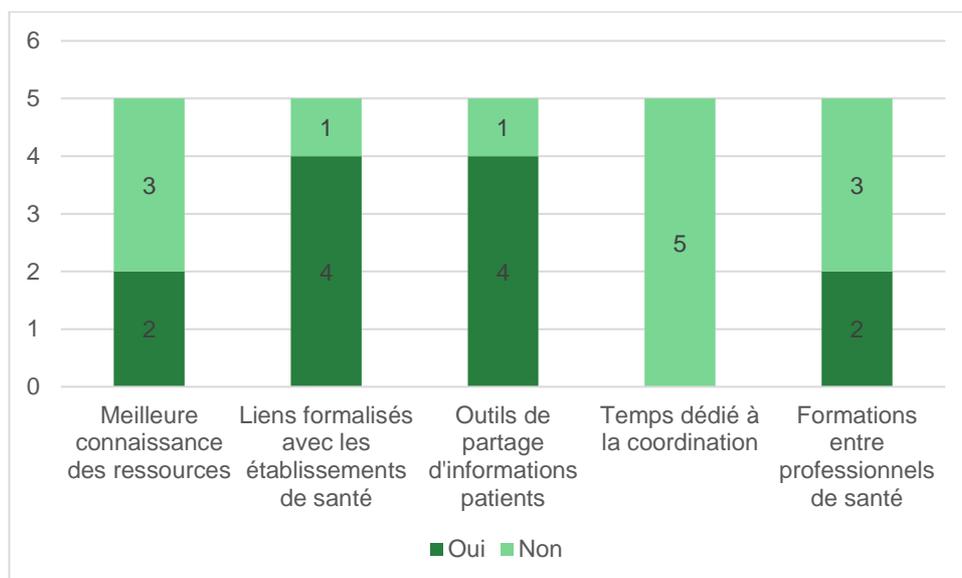
Graphique 11 : Besoins d'appuis à la pratique quotidienne exprimés par les kinésithérapeutes



Graphique 12 : Besoins d'appuis à la pratique quotidienne exprimés par les médecins généralistes



Graphique 13 : Besoins d'appuis à la pratique quotidienne exprimés par les pharmaciens



3.4. LA DYNAMIQUE DE TRAVAIL AU SEIN DE LA CPTS

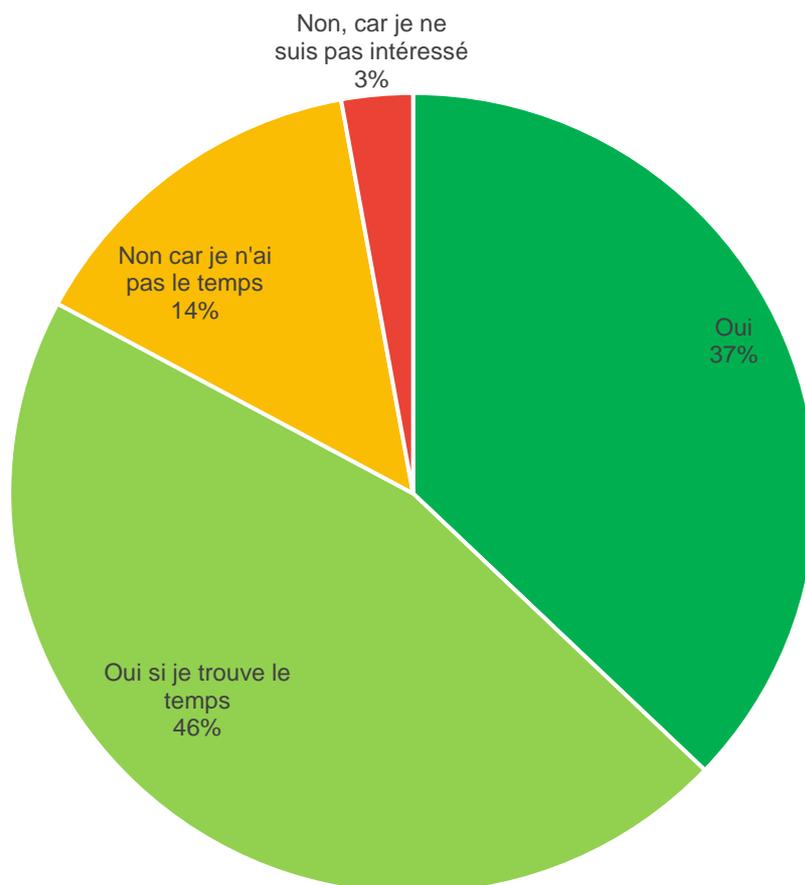
En conclusion du questionnaire, il était demandé aux répondants leur intérêt à participer aux travaux de groupe en lien avec le projet de la CPTS et à recevoir des informations au sujet de ces travaux.

Sur les 67 répondants, **26 (soit 39%)** se déclarent intéressés pour être tenus informés. En outre, 29 professionnels ont déclaré souhaiter participer aux groupes de travail.

Graphique 14 : Professionnels intéressés pour participer aux travaux de groupe



La participation au projet de santé de la CPTS



Ces résultats doivent être pris avec précaution, compte tenu du faible taux de réponse au questionnaire. Ils indiquent cependant le travail de mobilisation à mener sur le territoire, en parallèle de la gestion de la crise sanitaire. Il s’agira de rassembler le plus de professionnels de santé que possible pour formaliser le projet de santé autour des points saillants du diagnostic relatifs aux besoins de santé de la population et aux attentes des professionnels pour mieux y répondre.

3.5. SYNTHÈSE DES FORCES ET FAIBLESSES DE LA CPTS

Les éléments présentés dans la matrice SWOT ci-dessous permettent de mettre en avant les principales forces et faiblesses identifiées en lien avec le projet de CPTS, mais également les opportunités et menaces liées à l’environnement d’action et qui pourront être prises en compte dans la formalisation du projet de santé.

+ Forces	- Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des acteurs et de leurs compétences - Dynamisme et engagement des porteurs de projet : CPTS visible et attractive - Dynamique de coopération pluriprofessionnelle : de bonnes relations, qui peuvent être formalisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible mobilisation de certaines professions (MKDE, pédicures-podologues, diététiciens) - Relations institutionnelles plus compliquées sur certains territoires (Cassis),



<ul style="list-style-type: none"> - Dynamique d'adhésions (nombre, professionnels et territoires), 182 adhérents en 2021, début de la campagne d'adhésion pour 2022. - Référents géographiques de la CPTS identifiés et actifs, répartis et relais de la CPTS sur l'ensemble des 5 communes - Force opérationnelle en lien avec le COVID - Reconnaissance des partenaires et acteurs institutionnels - Site internet et communication organisés et repérés par les professionnels de santé 	
 Opportunités	 Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Une diversité de ressources qui permet d'envisager un large panel d'actions - Crise COVID (exposition médiatique, dynamique d'action collective) - Pôle de Santé de la Ciotat : une expérience à valoriser et une articulation à imaginer ensemble - Une PTA (futur DAC) active avec une articulation à clarifier DAC/CPTS, - Des établissements hospitaliers qui portent une volonté d'ouverture au territoire, dans un contexte de réécriture du projet d'établissement du CH La Ciotat et du projet Nouvel Hôpital d'Aubagne, - Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de Valvert 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des professionnels aux frontières de plusieurs CPTS (Carnoux-en-Pce, Saint-Cyr-sur-Mer), - Crise COVID : sur-sollicitations et épuisement des professionnels, - Exercice isolé, environnement concurrentiel parfois peu propice à la coopération, - Territoire de Cassis « scindé » entre Espace de Santé et Centre-Ville : absence de coopération et de liens interprofessionnels, - Confusions possibles Pôle de Santé de la Ciotat / CPTS Vignes & Calanques par les professionnels, besoin de clarifier l'articulation.

Note importante :

Le diagnostic territorial a été établi sur un territoire initialement défini de 5 communes. Une problématique territoriale est intervenue lors du dépôt du projet de santé. La commune de Carnoux en Provence était également identifiée sur le territoire d'une CPTS voisine.

Bien que les actions entreprises et la mobilisation des professionnels de santé de cette commune, nous amené à une volonté de conservation du territoire initialement défini, une réunion de concertation fût organisée dans les locaux de ARS PACA en date du 20 avril 2022.

Deux heures d'échanges inter CPTS ont amené à une redéfinition du territoire. La CPTS des vignes et calanques compte désormais sur son territoire les communes de La Ciotat, Cassis, Ceyreste et Roquefort la Bédoule.

Cette modification n'impactant pas notre diagnostic territorial et les conclusions établies, des mises à jour ont été réalisées dans le projet de santé sans pour autant changer l'ensemble du contenu.



IV. PROPOSITION DE PROJET DE SANTE DE LA CPTS

4.1. DES TRAVAUX CONTRAINTS DE S'ADAPTER AU CONTEXTE SANITAIRE

En 2020, des professionnels de santé du territoire ont engagé les premières réflexions pour élaborer, avec l'ensemble des professionnels du territoire, un projet de CPTS. Une lettre d'intention, préparée à partir de janvier 2020 a été validée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en septembre 2020 et les travaux ont été lancés en 2021, avec l'accompagnement du Cabinet Acsantis.

Ces travaux ont démarré par une phase de diagnostic territorial, basé sur des analyses de données, des entretiens avec des professionnels de santé du territoire, et un questionnaire envoyé par courriel en avril 2021, par l'Assurance Maladie, auprès de tous les professionnels du territoire. Les résultats de ce diagnostic ont été partagés lors d'une réunion ouverte à l'ensemble des professionnels, le 24 juin 2021. La crise du Covid-19 a rendu obligatoire l'organisation de cette réunion sous forme de visioconférence.

Sur la base des résultats du diagnostic et des missions socles confiées aux CPTS, 37 professionnels se sont mobilisés autour de différentes thématiques de travail, pour élaborer les grandes actions qui pourraient être envisagées dans le cadre de la CPTS afin de faciliter l'exercice des professionnels et les parcours de soins de la population du territoire. Les réunions de ces groupes se sont déroulées entre août et novembre 2021, en présentiel ou en visioconférence.

Les professionnels se sont mobilisés pour participer aux groupes de travail, en parallèle de leurs activités professionnelles respectives et de leur engagement dans les actions en lien avec la crise sanitaire (vaccination notamment), témoignant d'un véritable engagement pour le projet de CPTS.

Ce programme d'actions forme l'ossature du projet de santé de la CPTS Vignes et Calanques. Ce dernier est le prérequis demandé par l'ARS et l'Assurance Maladie pour constituer la CPTS et contractualiser sur les actions qui seront engagées.

4.2. DES TRAVAUX ELABORES PAR DES PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE

Les travaux d'élaboration du projet de santé de la CPTS ont été orientés et suivis par le groupe de porteurs de projet de la CPTS (Conseil d'Administration de l'Association Vignes et Calanques), et accompagnés sur le plan opérationnel par la Présidente de l'Association, à qui a été confié le rôle de coordonnatrice des groupes de travail.

Instances	Composition	Missions
Conseil d'Administration de l'Association Vignes & Calanques (porteurs de projet)	Mme Elodie GRILLOU, Présidente, IDEL Mme Laurence STABLOT, Vice-Présidente, IDEL Mr Florian DE PISCHOFF, Secrétaire, MG Mme Sophie JEANSELME, Secrétaire adjointe, orthophoniste Mme Karine CAIN, Secrétaire adjointe, IDEL Mr Geoffroy PONTE, Trésorier, IPA Mr Éric FONTIN, Trésorier adjoint, pharmacien Mme Françoise GERMAIN, membre, gynécologue Mme Marjorie POUCEL, membre, MKDE Mr José STERENZY, membre, pharmacien Mme Alexandra VITTORI, membre, IDEL	Validation des orientations stratégiques (objectifs et actions du projet de santé), définition des modalités organisationnelles et mobilisation des acteurs du territoire



<p>Coordonnatrice des groupes de travail</p>	<p>Mme Elodie GRILLOU, IDEL</p>	<p>Suivi opérationnel des groupes de travail</p>
<p>Groupes de travail</p>	<p>Un total de 37 professionnels de santé exerçant sur le territoire.</p> <p>Accès aux soins et soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme Nathalie BARRIOL, IDEL, - Mr Bernard BOTELLA, MG, - Mme Karine CAIN, IDEL, - Mme Françoise GERMAIN, gynécologue, - Mme Véronique GILLES-CAU, MG, - Mr Richard HUET, chirurgien-dentiste, - Mme Audrey PALMERO, pharmacienne, - Mr Florian DE PISCHOFF, MG, - Mr Geoffroy PONTE, IPA, - Mme Laurence STABLOT, IDEL. <p>Attractivité du territoire et formation des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme Karine CAIN, IDEL, - Mme Elodie GRILLOU, IDEL, - Mme Sophie JEANSELME, orthophoniste. <p>Lien ville-hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme Sophie BALANA, IDEL, - Mme Nathalie BARRIOL, IDEL, - Mr Bernard BOTELLA, MG, - Mme Karine CAIN, IDEL, - Mr Florian DE PISCHOFF, MG, - Mme Nadine DUMOLLARD, IDEL, - Mme Julia FRIBURGER, MG, - Mme Françoise GERMAIN, Gynécologue, - Mme Martine LAUGERO, MG, - Mme Sophie JEANSELME, orthophoniste, - Mme Marine MARANT, IDEL, - Mme Sonia MARGUET, MG, - Mme Isabelle MARTINEZ, IDEL, - Mr Dominique NEGRE, MG, - Mme Audrey PALMERO, pharmacien, - Mme Laurence STABLOT, IDEL, - Mr Lionel VALERI, Médecin retraité CH La Ciotat. <p>Patients Alzheimer et syndromes apparentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mr Bernard CHOAY, MG, - Mme Déborah DANDINE, orthophoniste - Mme Ornella FERNANDEZ-LUCI, IDEL - Mme Miranda PFISTER, orthophoniste, - Mme Marjorie POUCEL MEDARD, MKDE, - Mme Jana REI, MG, 	<p>Élaboration du programme d'actions de la CPTS par l'organisation de 2 à 3 réunions de travail sur chacun des axes stratégiques retenus.</p>



- Mme Laure TOROSSIAN, IDEL,
- Mme Alexandra VITTORI, IDEL.

Patients psychiatriques :

- Mme Sophie BALANA, IDEL,
- Mme Martine LAUGERO, MG,
- Mme Audrey PALMERO, pharmacienne,
- Mme Véronique SOTTON, psychologue,
- Mr Pierre TYRAN, IDEL,
- Mme Marion VENTURI, IDEL,
- Mme Peggy VENTURI, IDEL,
- Mme Marine VIGIE, Sage-femme,
- Mme Alexandra VITTORI, IDEL.

Patients fragiles (grand âge) :

- Mme Marine BARBE BANOS, MG,
- Mr Thierry COPPEAUX, IDEL,
- Mme Marjorie MEDARD, MKDE,
- Mme Alexandra VITTORI, IDEL.

Prévention :

- Mme Karine CAIN, IDEL,
- Mme Françoise GERMAIN, gynécologue,
- Mme Cécile GRELLIER, MKDE,
- Mr Richard HUET, dentiste,
- Mme Sophie JEANSELME, orthophoniste,
- Mme Sonia MARGUET, MG,
- Mr Geoffroy PONTE, IDEL,
- Mme Marine VIGIE, sage-femme.

4.3. LE PROJET DE SANTE DE LA CPTS

Le diagnostic du territoire et des besoins des professionnels de santé ont conduit à retenir 8 axes thématiques pour le projet de la CPTS :

1. Accès aux soins et attractivité du territoire,
2. Accès aux soins non programmés,
3. Lien ville-hôpital,
4. Prise en charge des patients atteints de démences de type Alzheimer et syndromes apparentés,
5. Prise en charge des patients atteints de troubles et pathologies psychiatriques,
6. Prise en charge de la population fragile (grand âge),
7. Actions territoriales de prévention,
8. Accompagnement et formation des professionnels de santé.

Pour chacun de ces axes, les groupes ont précisé le diagnostic des difficultés, identifié les principales causes et envisagé les solutions que la CPTS pourrait mettre en œuvre, avec l'appui de l'ensemble de ses membres et partenaires et en tenant compte des ressources déjà disponibles.





Améliorer l'accès aux soins et l'attractivité du territoire

a. Constats

Plusieurs constats sont partagés au niveau du territoire :

- Des patients n'ont **pas de médecin traitant déclaré** (8,8% soit 4839 patients), ce qui est un chiffre inférieur aux moyennes de référence, mais qui pourrait être encore amélioré, notamment en lien avec les personnes les plus éloignées des soins,
- La démographie médicale du territoire est favorable. Néanmoins, une proportion importante de médecins – en particulier spécialistes – a plus de 60 ans, ce qui implique une **vigilance sur l'évolution de la démographie médicale** et invite à renforcer l'attractivité du territoire pour favoriser de nouvelles installations,
- Une **saturation de certains dispositifs et spécialités** est constatée (chirurgiens-dentistes, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres, ophtalmologues, psychologues pour enfants), questionnant l'accès aux soins en la matière,
- Les attentes exprimées par les professionnels dans le cadre du diagnostic concernent notamment une **meilleure connaissance des ressources territoriales**. Il s'agit de rendre plus lisible l'offre riche et dense du territoire, de permettre l'identification des spécialités des professionnels, mais aussi d'acteurs/interlocuteurs référents au sein des organisations (contacts facilités).

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Jouer un rôle de relais sur les recherches de médecin traitant

Organiser l'information pour faciliter les réponses aux recherches de médecin traitant, en partenariat avec la CPAM et les partenaires territoriaux.

Objectif 2 – Expérimenter des solutions innovantes permettant de gagner du temps médical et renforcer l'accès aux soins

Permettre de dégager du temps médical, pour desserrer progressivement les contraintes et les surcharges d'activités des professionnels de santé du territoire.

Cela passe par l'expérimentation de solutions nouvelles comme la télémédecine, le développement de procédures communes de travail facilitant la coordination des interventions, ou encore par des conseils ou des appuis pour favoriser la création de nouvelles organisations, permettant d'améliorer la coordination des professionnels de santé.

Objectif 3 – Créer des conditions favorables à l'installation et l'exercice professionnel

Il s'agit d'accompagner les professionnels de santé du territoire en favorisant l'accès aux informations concernant l'offre de soins sur le territoire. Il s'agit aussi de développer l'accueil de stagiaires afin de favoriser les nouvelles installations et ainsi renforcer l'offre de soins.



c. Programme d'actions



ACCES AUX SOINS ET ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE

Objectif 1 : Jouer un rôle de relais sur les recherches de médecin traitant

Action 1.1. Effectuer le recensement des patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, en lien avec la CPAM

Action 1.2. Proposer une communication, en lien avec la CPAM et les partenaires (CCAS, PASS), pour encourager les patients à choisir leur médecin traitant

Action 1.3. Mettre en place des partenariats territoriaux permettant aux structures d'identifier les patients éloignés des soins et de les relayer à la CPTS (CCAS, PASS, Pôle de Santé de la Ciotat/Ceyreste...)

Action 1.4. Organiser un système de relai (ex : messagerie sécurisée) des demandes de patients éloignés des soins vers les professionnels du territoire volontaires

Objectif 2 : Expérimenter des solutions innovantes permettant de gagner du temps médical et renforcer l'accès aux soins

Action 2.1. Organiser le recours à la téléconsultation pour les soins de second recours et l'accès à certaines spécialités (dermatologie, gynécologie, cardiologie) en accompagnant les professionnels (équipement, formation, organisation)

Action 2.2. Développer des protocoles de coopération interprofessionnels afin de gagner du temps sur les prises en charge et de conserver une qualité des soins

Action 2.3. Réaliser un inventaire de l'offre de soins sur le territoire régulièrement mis à jour (MSP, ESP, Centres Médicaux) afin d'encourager les professionnels à s'inscrire dans ces projets

Action 2.4. Aider les initiatives des professionnels de santé qui favorisent l'exercice coordonné des soins de premier recours. L'appui de la CPTS portera sur la méthode, le conseil ou le partage d'expérience

Action 2.5. Mettre en place des actions « d'aller-vers » à destination des personnes éloignées des soins, en capitalisant sur les actions existantes (exemple du bus itinérant de l'Association Handident)

Objectif 3 : Créer des conditions favorables à l'installation et l'exercice professionnel

Action 3.1. Recenser et partager les informations sur l'offre de soins territoriale

Action 3.2. Référencer l'ensemble des lieux/maîtres de stage du territoire

Action 3.3. Favoriser les liens entre instituts de formation et terrains de stage

Action 3.4. Intervenir dans les instituts de formation sur des sessions type journée découverte, pour présenter la CPTS et son territoire

Action 3.5. Référencer et rencontrer l'ensemble des associations d'étudiants des différentes professions de santé





Améliorer l'accès aux soins non programmés

a. Constats

On définit les soins non programmés comme « ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences »¹².

Lorsque les demandes de soins non programmés sont adressées dans les heures ouvrées des cabinets médicaux, elles sont traitées par chaque professionnel ou groupe de professionnels dans le cadre d'exercice coordonné. Lorsque les demandes de soins non programmés sont adressées en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, elles relèvent de la régulation organisée dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA).

Sur le territoire de la CPTS, les **passages aux urgences non suivis d'hospitalisation** sont supérieurs aux moyennes de référence, ce qui questionne **la permanence des soins** et **l'organisation de l'offre de soins non programmés** sur le territoire et doit inciter à mener une réflexion pour éviter les passages inutiles aux urgences hospitalières.

Par ailleurs, plusieurs constats sont partagés par les professionnels au niveau du territoire :

- **L'information** sur l'offre de soins non programmés est **insuffisante**,
- La **communication et la coordination** entre professionnels de santé concernant les SNP est perfectible,
- Il est nécessaire de **conforter l'offre existante** par le biais de solutions dites innovantes, qui permettraient d'étendre les disponibilités pour ces soins,
- L'articulation de l'offre de soins non programmés avec le **suivi courant des patients** doit être favorisée, en assurant les retours d'information au premier cercle de soins des patients,
- En matière d'**urgences dentaires**, les Cabinets prévoient des créneaux d'urgence pendant leur journée de travail. Une astreinte dentaire existe pour les dimanches et jours fériés mais son fonctionnement est perfectible.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Faire connaître et développer l'offre de soins non programmés sur le territoire

Il s'agit notamment de mieux identifier pour les professionnels de santé du territoire l'offre et l'organisation adoptées pour les soins non programmés, et de co-construire des solutions permettant de développer l'offre sur le territoire.

Objectif 2 – Améliorer la coordination des soins non programmés sur le territoire de la CPTS

¹² Définition issue du rapport Thomas Mesnier Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires, Ministère de la Santé, Mai 2018 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf



L'offre de soins non programmés doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins : si une prise en charge devait être exceptionnellement réalisée par une autre équipe de soins dans le cadre de soins non programmés, cette dernière devra s'assurer un retour d'informations aux professionnels du cercle de soins habituel du patient. En outre, l'offre du territoire doit se coordonner avec le SAMU et le futur Service d'Accès aux Soins.

Objectif 3 – Développer des solutions innovantes pour les soins non programmés

Travailler sur la recherche de solutions innovantes permettant d'augmenter les capacités d'accueil des praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes en particulier) pour les soins non programmés.



c. Programme d'actions



ACCES AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

Objectif 1 : Faire connaître et développer l'offre de soins non programmés sur le territoire

Action 1.1. Établir un questionnaire permettant d'avoir un retour de pratiques et de problématiques de terrain

Action 1.2. Réaliser un état des lieux de l'offre de SNP sur le territoire afin d'identifier les manques

Action 1.3. Proposer aux Cabinets médicaux de créer des créneaux d'urgence dédiés

Action 1.4. Favoriser le soutien infirmier sur le médecin d'astreinte afin de renforcer la capacité de répondre aux demandes, notamment le week-end

Action 1.5. Diffuser auprès des professionnels de la CPTS et des partenaires de la régulation (15, futur SAS) une information claire, exhaustive et mise à jour biannuellement sur l'organisation des soins non programmés sur les différentes communes

Objectif 2 : Améliorer la coordination des soins non programmés sur le territoire de la CPTS

Action 2.1. Organiser les retours systématiques (mail, messagerie sécurisée...) au médecin traitant de la prise en charge des patients qui consultent hors parcours de soin ou pris en charge par le SAMU.

Action 2.2. Coordonner l'offre de SNP de la CPTS avec le SAMU et le futur SAS

Objectif 3 : Développer des solutions innovantes pour les soins non programmés

Action 3.1. Organiser le travail protocolisé entre IDE/pharmaciens et médecins généralistes sur la réponse aux SNP à domicile

Action 3.2. Développer la téléconsultation assistée par un professionnel de santé pour répondre aux demandes de SNP à domicile

Action 3.3. Proposer aux chirurgiens-dentistes la téléconsultation pour répondre aux demandes urgentes des patients difficiles à mobiliser



Renforcer les liens ville-hôpital

a. Constats

Les réponses au questionnaire envoyé par l'Assurance Maladie aux professionnels de santé du territoire en avril 2021 font apparaître qu'une grande majorité des professionnels rencontrent d'importantes difficultés en matière de **communication avec les établissements hospitaliers**, à la fois pour l'admission de patients en hospitalisation et pour leur suivi à la sortie.

En outre, l'attente principale exprimée par les répondants aux questionnaires concerne la **formalisation des liens avec les établissements de santé**. Il s'agit notamment, d'après les entretiens qualitatifs menés, de bénéficier :

- D'outils de communication et de partage d'informations avec les établissements de santé,
- De travailler sur les modalités d'organisation des admissions et des sorties, y compris les week-ends et jours fériés,
- D'accéder au plateau technique hospitalier afin de réaliser des bilans regroupés (bilans effectués sur une journée d'hospitalisation) ou des examens en urgence (exemple : radiologie).

Par ailleurs, les médecins hospitaliers interrogés par le groupe de travail font les mêmes constats du **manque de liens avec la ville**, et souhaiteraient accéder aux contacts des professionnels de santé libéraux pour faciliter les transmissions.

Trois objectifs ont été définis afin d'améliorer les difficultés constatées et de répondre aux attentes exprimées.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 - Développer l'information et la communication entre les professionnels

Pallier un défaut global de communication entre les professionnels ambulatoires et les structures hospitalières, qui rend difficile l'accès à un avis de la part des spécialistes hospitaliers, de partager les informations sur l'épisode de soins d'un patient ou encore de se coordonner pour préparer leur sortie d'hospitalisation. Cet objectif concerne des outils de communication mais aussi une information plus détaillée sur les ressources, services et compétences des établissements et du territoire.

Objectif 2 – Optimiser les parcours patients entre la ville et l'hôpital

Il s'agit de faciliter l'accès aux établissements hospitaliers (entrées en hospitalisation, journées ambulatoires). Il s'agit aussi de favoriser les admissions directes et d'éviter les passages par les urgences hospitalières quand ils peuvent être évités. Enfin, le travail de coordination des sorties d'hospitalisation fait partie de cet objectif.



Objectif 3 - Développer la collaboration interprofessionnelle avec la HAD

Le développement de la collaboration entre professionnels de ville et professionnels de la HAD doit permettre de façon générale de resserrer les liens et la compréhension mutuelle des conditions d'exercice respectives. Il doit aussi favoriser une prise en charge plus fluide des patients.



c. Programme d'actions



LIENS VILLE-HÔPITAL

Objectif 1 : Développer l'information et la communication entre les professionnels

Action 1.1. Développer les outils de communication sécurisés et partagés entre établissements de santé et professionnels de ville notamment pour permettre l'accès au dossier médical hospitalier par le médecin traitant

Action 1.2. Renforcer la communication avec les services des établissements en ayant un annuaire de correspondants hospitaliers avec adresse email dédiée aux professionnels de santé libéraux

Action 1.3. Renforcer l'identification des praticiens des établissements et des professionnels du territoire, à travers la création et l'accès à un annuaire détaillé et mis à jour en continu

Objectif 2 : Optimiser les parcours patients entre la ville et l'hôpital

Action 2.1. Organiser des journées ambulatoires au sein des différents établissements (CH Ciotat, Soins Palliatifs Aubagne...)

Action 2.2. Créer une possibilité d'admissions directes sans passage par le service des urgences

Action 2.3. Créer une procédure permettant la prise en charge directe des analyses biologiques en établissement de santé dès que nécessaire (week-ends notamment)

Action 2.4. Intégrer un coordinateur de parcours dans les Commissions de sortie des établissements de santé afin d'anticiper les sorties (notamment 48H avant le week-end afin d'organiser le relai avec les professionnels de santé de ville et les éventuelles demandes d'aides sociales), en complémentarité avec le DAC

Action 2.5. Créer une liaison CPTS-CCAS-DAC et favoriser les liens inter-CPTS pour mieux maîtriser les sorties d'hospitalisation

Objectif 3 : Développer la collaboration interprofessionnelle avec la HAD

Action 3.1. Permettre une meilleure communication entre le spécialiste et le médecin généraliste grâce à un outil commun

Action 3.2. Mettre en place un partenariat avec la HAD afin d'assurer la coordination des parcours de soin, en définissant un dossier de soins informatisé qui permettrait de communiquer en ligne en temps réel les communications et prescriptions

Action 3.3. Soutenir l'organisation de rencontres inter-CPTS et HAD



Prise en charge des patients atteints d'Alzheimer

a. Constats

Plusieurs constats sont partagés entre professionnels de santé du territoire :

- L'**isolement des aidants** face à la charge que représente le maintien à domicile des patients atteints d'Alzheimer et dérivés,
- La complexité de ces maladies, pouvant évoluer brutalement et nécessitant des **prises en charge urgentes**,
- L'**absence d'unité de court séjour gériatrique** sur le territoire oblige souvent à un passage par le service des urgences, qui peut être long et traumatisant pour la personne concernée,
- L'aggravation de la situation d'un.e patient.e nécessite la mise en place urgente d'aides à domicile, qui se heurte souvent aux lenteurs administratives,
- La **méconnaissance entre professionnels intervenant à domicile** (MG, IDE, kinés, aides à domicile, pharmaciens, orthophonistes) entraînant une mauvaise communication et coordination de la sphère de soin des personnes,
- Un **manque général de places adaptées au besoin des patients** est relevé : structures de court séjour, accueils de jour notamment,
- Le constat précédent est majoré par une **méconnaissance des structures existantes**, mais aussi le manque d'évaluation des besoins des patients permettant de quantifier et d'objectiver son état de santé pour l'orienter vers une structure adaptée à ses besoins,
- Un **manque de communication et d'interconnaissance entre professionnels libéraux et structures médico-sociales**, qui permettrait une meilleure prise en charge globale de la personne.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Permettre une prise en charge coordonnée par les professionnels intervenant à domicile

Il s'agit de favoriser l'interconnaissance et la coordination des professionnels intervenant auprès de la personne en mettant à disposition un répertoire des ressources territoriales afin de faciliter les orientations, de favoriser le recours aux outils de communication et de liaison entre professionnels, et d'organisation des formations afin d'améliorer les prises en charge des patients concernés.

Objectif 2 – Renforcer les liens entre professionnels de ville et structures sanitaires et médico-sociales

Mettre en place des modalités de coordination et des outils de communication afin de favoriser les partages d'information, faciliter la continuité des prises en charge et développer des actions communes.



c. Programme d'actions



PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'ALZHEIMER

Objectif 1 : Permettre une prise en charge coordonnée par les professionnels intervenant à domicile

Action 1.1. Mise en place d'un répertoire des différentes ressources territoriales et structures d'accueil, disponible pour les professionnels, afin d'orienter au mieux les patients et leur famille, en lien avec le COPIL « filière gérontologique » Aubagne-La Ciotat

Action 1.2. Créer un cahier d'information interdisciplinaire à domicile (annuaire, numéros urgents, accès outils numériques...) pour favoriser les échanges et la connaissance dans la sphère de soins

Action 1.3. Renforcer la communication entre la sphère de soins et les assistantes sociales

Objectif 2 : Renforcer les liens entre professionnels de ville et structures sanitaires et médico-sociales

Action 2.1. Identifier un référent par structure pour mettre les professionnels de santé en liaison directe avec les dispositifs existants, en fonction des besoins du patient

Action 2.2. Collaborer avec les structures existantes afin de créer des actions communes (exemple ateliers « La tête et les jambes » de stimulation cognitive et d'activité physique, en place uniquement sur Carnoux)

Action 2.3. Informer et organiser les relais vers les dispositifs d'appui à la coordination existants (ie. DAC)

Action 2.4. Mettre en place des outils communs de partage d'informations entre établissements et professionnels de ville



Prise en charge des patients psychiatriques

a. Constats

Sur le territoire, les affections psychiatriques représentent la **cinquième pathologie la plus fréquente** parmi les patients ayant une ALD.

En outre, le suivi des patients en souffrance psychique est identifié lors du diagnostic territorial par les professionnels de santé comme **l'une de leurs difficultés principales** dans l'organisation des parcours. Les entretiens menés dans le cadre du diagnostic montrent la faiblesse des liens avec les ressources territoriales, souvent saturées (CMP, CMPP, CAMSP, hôpital de jour...), et les difficultés d'accès aux soins notamment en matière d'urgences pédopsychiatriques et de bilans liés aux troubles du neurodéveloppement et troubles du spectre autistique. Les professionnels évoquent également des difficultés dans les suivis à domicile, du fait notamment d'un isolement sur ces sujets et d'un manque de formation en lien avec les pathologies rencontrées. La prévention et la prise en charge des **addictions** sont également fréquemment évoquées.

Ces constats sont complétés par les membres du groupe de travail dédié :

- **L'offre territoriale est parfois méconnue**, nécessitant de rendre l'information de l'offre de soins plus lisible, notamment les différents services hospitaliers et structures ressources du territoire, leur rôle et leur fonctionnement. Un recensement de l'offre de soin en psychiatrie semble ainsi nécessaire pour pouvoir établir "un réseau de soin", adresser efficacement au bon professionnel, améliorer la coordination des soins, et ainsi mettre en place une prise en charge efficace ;
- Une **méconnaissance des modalités d'hospitalisation** (HO, HDT, HL...) et des procédures par les différents acteurs (soignants, pompiers, police...) qui interviennent pour des hospitalisations dans l'urgence notamment ;
- Un **manque de coordination et communication** entre les différents acteurs, les professionnels de ville se sentant seuls et souvent démunis et les soignants de ville n'étant pas systématiquement intégrés dans le projet de soin établi par le psychiatre et son équipe (CMP, Hôpital de jour...) ;
- L'accueil en service d'urgence par les équipes dédiées aux soins psychiatriques se termine à 17h. Ces horaires sont parfois un **frein à des prises en charge en urgence**, les soignants se retrouvant démunis ;
- La difficulté - voire l'impossibilité - à obtenir (selon la commune) des **visites à domicile** par des équipes des services de psychiatrie du secteur pour des suivis ou évaluations psychiatriques (notamment pour les patients chroniques et instables, en rupture de prise en charge ou de traitement).

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Améliorer la connaissance des ressources territoriales

Pallier un manque global d'information partagée sur les ressources du territoire en matière de santé mentale, les formulaires et procédures permettant la prise en charge des personnes concernées.

Objectif 2 – Prévenir les risques de ruptures de soins en favorisant la coordination



Il s'agit d'éviter les ruptures de soin constatées, notamment entre la ville et l'hôpital. Cet objectif concerne les moyens de renforcer les partages et la communication interprofessionnels.



c. Programme d'actions



PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

Objectif 1 : Améliorer la connaissance des ressources territoriales

Action 1.1. Faciliter l'accès à un répertoire recensant l'offre de soins du territoire, (professionnels en ville, structures...) pour faciliter les orientations des patients et de leur famille, en partenariat avec le DAC

Action 1.2. Faciliter l'accès aux formulaires et procédures (modalités d'hospitalisation, procédures à suivre) en lien notamment avec des hospitalisations d'urgence (HO, HDT, HL...) via la mise à disposition de documents types et de procédures, sur le site internet de la CPTS

Objectif 2 : Prévenir les risques de ruptures de soins en favorisant la coordination

Action 2.1. Coopérer avec le secteur de la psychiatrie pour améliorer la communication (comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation) et le partage d'informations (conditions et ressources du patient à domicile par exemple)

Action 2.2. Coopérer avec les services psychiatrie et addictions afin de travailler ensemble pour une prise en charge plus cohérente et de meilleure qualité

Action 2.3. Faciliter l'accès à un outil de communication et de coordination (avec dossier médical partagé) commun ville-hôpital pour favoriser les transmissions d'informations vers le médecin généraliste et les équipes prenant en charge à domicile



Prise en charge de la population fragile (grand âge)

a. Constats

Le territoire de la CPTS est caractérisé par un **indice de vieillissement élevé**, atteignant près de 140 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre environ 80 dans les Bouches-du-Rhône et 100 en région PACA¹³.

Parmi les personnes âgées, les membres du groupe de travail ont défini les personnes dites « fragiles » par la présence de **3 critères combinés : l'âge, la perte d'autonomie et l'isolement social**. Lorsque ces facteurs se cumulent ou croissent, les besoins de prise en charge se complexifient en même temps que le nombre d'intervenants. En revanche, sont exclus de la réflexion sur cet axe les patients avec pathologies à prise en charge particulière (ex : patients atteints de maladies neurodégénératives, ou de pathologies psychiatriques), qui font l'objet d'autres axes stratégiques.

Pour ces patients, les difficultés suivantes sont constatées par les membres du groupe de travail :

- Le **repérage** des situations complexes est rendu difficile par la méconnaissance des critères à prendre en compte et induit des prises en charge tardives,
- Un **manque de coordination** entre professionnels intervenant au domicile, avec un cloisonnement constaté par discipline, qui diminue la qualité des prises en charge,
- L'**accès aux soins** est parfois compliqué, du fait du manque de professionnels de santé pouvant se déplacer à domicile ou des difficultés d'accès aux cabinets, dont les cabinets dentaires en particulier (difficultés d'acheminement des patients, ruptures de soins lorsque plusieurs interventions ne peuvent pas être assurées...).
- Une **méconnaissance des ressources territoriales** (structures d'aide, associations, professionnels de santé pouvant accompagner un patient...) et des démarches administratives à effectuer,
- Le **partage d'informations et la communication interdisciplinaire sont insuffisants tout au long des prises en charge**, notamment en sortie d'hospitalisation, mais aussi entre professionnels de ville (médecins généralistes et pharmaciens, ou médecins généralistes et médecins d'autres spécialités par exemple, chirurgiens-dentistes...), posant des difficultés dans le suivi des patients : les examens médicaux et les consultations de routine sont compliqués à organiser, par manque de coordination interprofessionnelle, et coûteux mentalement et physiquement pour les patients,
- Ce manque de coordination et de connaissance rendent compliquée la **mise en place d'une équipe autour d'un patient**, notamment de manière urgente, lors de la survenue ou l'aggravation d'une problématique ou en sortie d'hospitalisation.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Optimiser le repérage des situations des personnes fragiles à domicile

Il s'agit d'organiser l'évaluation multidimensionnelle des situations à domicile, à travers la création ou l'utilisation d'outils communs.

¹³ Source Observatoire des Territoires, données INSEE.



Objectif 2 – Faciliter la communication et la coordination interdisciplinaire

Cela passe par l'adoption d'outils d'information partagés et le développement de procédures communes de travail facilitant la coordination des interventions.

Objectif 3 – Optimiser l'accès aux soins à domicile

Il s'agit de mettre en œuvre les conditions d'accès aux soins pour les personnes fragiles à domicile, y compris pour les soins urgents.



c. Programme d'actions



PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION FRAGILE

Objectif 1 : Optimiser le repérage des situations des personnes fragiles à domicile

Action 1.1. Intégrer le programme ICOPE de repérage de la fragilité

Action 1.2. Former les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs intervenant au domicile au repérage de la fragilité

Objectif 2 : Faciliter la communication et la coordination interdisciplinaire

Action 2.1. Répertorier l'ensemble des professionnels de santé et des acteurs territoriaux intervenant dans les prises en charge des personnes fragiles et mettre à disposition le répertoire sur le site internet de la CPTS

Action 2.2. Créer un cahier d'information interdisciplinaire à domicile (annuaire, numéros urgents, accès outils numériques...) pour favoriser les échanges et la connaissance dans la sphère de soins intervenant à domicile

Objectif 3 : Optimiser l'accès aux soins à domicile

Action 3.1. Mettre en place un système d'alerte (n° ou messagerie dédiés) - réservé aux professionnels de santé - pour chaque catégorie de professionnels (MG, IDE, kiné, Pharma...)

Action 3.2. Faciliter l'accès au dossier médical pour tous les PS intervenants

Action 3.3. Favoriser le développement de la téléconsultation, assistée par un professionnel de santé, pour un accès aux soins plus rapide

Action 3.4. Organiser la coopération avec l'Association « Handident » afin d'étendre son action (bus itinérant) au territoire de la CPTS en permettant la participation de professionnels du territoire à son action

Action 3.5. Coopérer avec les acteurs territoriaux pour accélérer/faciliter les démarches administratives destinées aux personnes fragiles pour la mise en place d'aides à domicile



Les actions territoriales de prévention

a. Constats

De manière générale, le diagnostic montre **des statistiques favorables en matière d'accès à la prévention sur le territoire**. La situation socioéconomique favorable signifie une meilleure réceptivité et disponibilité aux actions d'information et de prévention, mais nécessite aussi de penser des modalités d'actions spécifiques pour les populations plus en difficulté.

En outre, au-delà des statistiques quantitatives, le diagnostic territorial et notamment les entretiens et le questionnaire ont permis de mettre en avant les besoins en matière de **prévention liée à la santé sexuelle et reproductive, la prévention de l'obésité notamment auprès des adolescents**.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Favoriser l'orientation des patients, la connaissance et l'utilisation des dispositifs de prévention existants

Il s'agit de pallier le manque d'information sur les rôles des différents acteurs et les actions respectivement menées, afin de les relayer auprès des professionnels de santé. Il s'agit aussi de coconstruire des actions de prévention entre professionnels de ville et acteurs territoriaux.

Objectif 2 – Favoriser l'accès à la prévention en matière de santé sexuelle et de santé des femmes

Cet objectif vise à agir sur la santé sexuelle et reproductive, qui fait partie des priorités relevées par les professionnels de santé sur le territoire.

Objectif 3 – Promouvoir la santé des enfants et des adolescents

Cet objectif vise à promouvoir la santé des enfants et des adolescents, en favorisant l'accès aux actions de prévention mises en œuvre sur le territoire.



c. Programme d'actions



ACTIONS TERRITORIALES DE PREVENTION

Objectif 1 : Favoriser l'orientation des patients, la connaissance et l'utilisation des dispositifs de prévention existants

Action 1.1. Identifier un référent au sein de chaque structure de prévention afin de faciliter l'orientation des patients

Action 1.2. Organiser une fois par mois, des journées de formation et d'information à destination des professionnels de santé, permettant l'actualisation des connaissances sur les nouveaux protocoles et la mise à niveau des champs de compétences

Objectif 2 : Favoriser l'accès à la prévention en matière de santé sexuelle et de santé des femmes

Action 2.1. Organiser des journées de dépistage, des séminaires et des actions de prévention thématiques :

- Campagnes de dépistage en partenariat avec les établissements scolaires (collège, lycée, LEP) : contraception, MST....
- Ateliers de rencontre des adolescents en association avec les infirmières des structures
- Journée de sensibilisation aux vaccinations Papillomavirus

Action 2.2. Sensibiliser les médecins généralistes aux actions de vaccination HPV

Action 2.3. Coopérer avec les acteurs hospitaliers pour améliorer les transmissions dans le cadre des suivis de grossesse

Objectif 3 : Promouvoir la santé des enfants et des adolescents

Action 3.1. Réaliser une enquête auprès des IDE des structures de prévention (associations, PMI, Pôle de santé de la Ciotat, établissements scolaires, Centre Social de l'Abeille, Service adolescent et jeune adulte de la Clinique des Cyprès...) et des professionnels de santé pour déterminer les besoins en termes d'actions prioritaires à mener

Action 3.2. Coopérer avec les acteurs de prévention pour renforcer l'offre disponible sur le territoire



5. AXE STRATEGIQUE 8 – ACCOMPAGNEMENT ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Accompagnement et formation des professionnels de santé

a. Constats

Le diagnostic territorial a mis en exergue la nécessité de favoriser la coordination entre professionnels, en lien notamment avec la coordination des parcours de santé complexes. Des thématiques de formation ont été identifiées, en lien avec les priorités d'action déterminées dans le cadre du diagnostic, et lors des échanges menés dans le cadre des groupes de travail.

En outre, l'accès aux outils numériques permettant le partage d'informations et la communication interprofessionnelle ne va pas de soi : les professionnels de santé ont besoin d'être formés et accompagnés dans leur prise en main et leur utilisation.

Enfin, l'accueil de stagiaires au sein des différentes professions de santé est une priorité pour la CPTS, tout autant que le partage d'expériences entre professionnels, y compris aux niveaux intergénérationnels. La participation de professionnels de santé retraités aux actions de la CPTS liées au COVID (vaccination notamment) ont créé des liens et ont favorisé l'émergence d'un projet, à l'initiative de professionnels retraités, de tutorat à destination des professionnels de santé étudiants ou nouvellement installés. Le projet de CPTS souhaite intégrer cette initiative afin de la soutenir et favoriser son déploiement sur le territoire.

Cet axe, transversal, émerge avec la **volonté partagée de favoriser la formation, la solidarité, l'interconnaissance professionnelle et d'enrichir les connaissances collectives** au sein de la CPTS.

b. Objectifs spécifiques

Objectif 1 – Faciliter la formation et la coordination interprofessionnelles autour des parcours de santé

L'objectif est d'identifier les thématiques, selon les souhaits des professionnels, qui pourront faire l'objet de formations. Il s'agit aussi de faciliter le déploiement des outils numériques, en accompagnant et formant les professionnels de santé à leur utilisation.

Objectif 2 – Favoriser l'accueil des stagiaires et l'échange d'expériences entre professionnels

Cet objectif vise à favoriser l'accueil de stagiaires sur le territoire, et encourage les échanges d'expériences notamment entre différentes générations de professionnels, à travers la mise en place de tutorats assurés par des professionnels de santé retraités volontaires.



c. Programme d'actions



ACCOMPAGNEMENT ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Objectif 1 : Faciliter la formation et la coordination interprofessionnelles autour des parcours de santé

Action 1.1. Organiser des formations interprofessionnelles en lien avec les parcours de santé de la CPTS

Action 1.2. Solliciter les adhérents à chaque Assemblée Générale de l'Association afin de connaître les domaines dans lesquels ils souhaiteraient se former

Action 1.3. Organiser une réunion/séminaire dédiés à la formation une fois par trimestre, en faisant intervenir un organisme agréé

Action 1.4. Sensibiliser et former les professionnels de santé aux moyens de communication et de coordination numériques

Objectif 2 : Favoriser l'accueil des stagiaires et l'échange d'expériences entre professionnels

Action 2.1. Créer un livret commun avec un cahier des charges concernant l'accueil de stagiaires et les contacts des instituts de formation

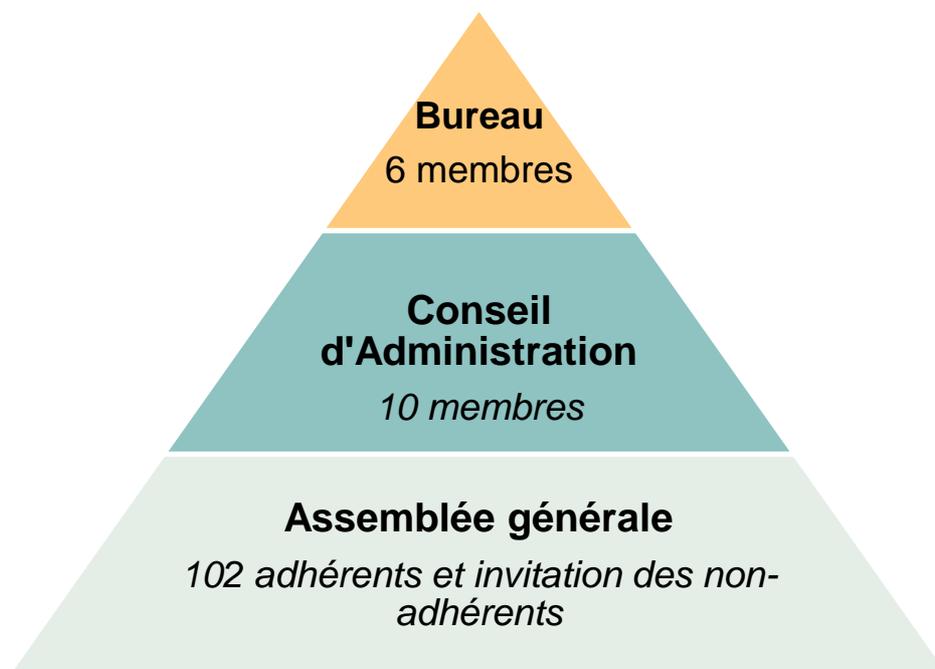
Action 2.2. Soutenir les initiatives de tutorat entre professionnels de santé retraités et étudiants ou professionnels nouvellement installés



V. LA GOUVERNANCE DE LA CPTS DES VIGNES & CALANQUES

Le 26 novembre 2019, les professionnels porteurs de l'initiative ont organisé une assemblée générale constitutive de la CPTS, rassemblant 55 professionnels de santé présents et 11 représentés. Les premiers statuts ont été votés à l'unanimité, le jour-même.

A l'heure actuelle, la gouvernance prévue dans les statuts est organisée de la manière suivante :



Description de l'Assemblée Générale : 102 d'adhérents, une réunion par an.

Description du Conseil d'Administration (élu le 26 novembre 2019) : 12 membres

- Mr Eric FONTIN, pharmacien, La Ciotat,
- Mr Sébastien GENKO, MKDE, La Ciotat,
- Mme Françoise GERMAIN, gynécologue-obstétricien, La Ciotat,
- Mme Elodie GRILLOU, IDEL, La Ciotat/Ceyreste,
- Mme Audrey MARQUEZ, orthophoniste, La Ciotat,
- Mme Caroline PATTI, IDEL, La Ciotat/Ceyreste,
- Mr Florian DE PISCHOFF, MG, La Ciotat,
- Mr Olivier SCEPI, pharmacien, La Ciotat,
- Mme Laurence STABLOT, IDEL, La Ciotat/Ceyreste,
- Mr José STERENZY, pharmacien, Roquefort la Bédoule
- Mme Stéphanie URION, IDEL, La Ciotat,
- Mme Katia VINCENTI, IDEL, La Ciotat/Ceyreste.

Enfin, le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Bureau composé de :

- Une **Présidente** : Mme Elodie GRILLOU, IDEL,
- Une **Vice-Présidente** : Mme Laurence STABLOT, IDEL,
- Un **Secrétaire** : Mr Sébastien GENCO, MKDE,
- Un **Secrétaire adjoint** : Mme Stéphanie URION, IDEL,
- Une **Secrétaire suppléante** : Mme Katia VINCENTI, IDEL,
- Un **Trésorier** : Mr Olivier SCEPI, pharmacien,
- Un **Trésorier adjoint** : Mr Eric FONTIN, pharmacien.



VI. LES OUTILS ET COMPETENCES

6.1. LES RESSOURCES HUMAINES

La coordination de la CPTS : une fonction support indispensable pour le déploiement des projets

Cette fonction permet – lorsqu'elle est déjà recrutée - de coordonner la mise en place des groupes de travail thématiques dans un premier temps puis, par la suite, la mise en œuvre des actions, garantir le lien entre les différents acteurs et suivre les indicateurs de pilotage et d'évaluation - indicateurs permettant d'établir les bilans d'activité. Cette fonction est nécessaire pour appuyer le bureau et mobiliser les professionnels sur les actions utiles à leurs pratiques et au service à rendre à la population.

Organiser et animer les liens entre les acteurs de différents secteurs (1^{er} recours, sanitaire, médico- social et social) constitue un changement organisationnel et l'enjeu principal des CPTS. Seule une coordination par une personne physique peut garantir la mise en place des projets et veiller à la bonne utilisation des ressources impliquées en lien avec le bureau de l'Association.

Les principales missions de coordination d'une CPTS sont :

- Formaliser et suivre la mise en œuvre des fiches actions ;
- Animer les groupes de travail, solliciter les acteurs volontaires pour participer aux groupes ;
- Veiller au respect des calendriers, organiser les circuits d'information et la communication autour des travaux réalisés ;
- Solliciter des financements complémentaires pour mener à bien les actions définies (exemple en répondant à de appels à projets) ;
- Organiser l'évaluation des actions ;
- Faire connaître et faire vivre le projet de santé de la CPTS (adhésion des professionnels, le lien avec les partenaires, la CPAM, l'ARS...) de façon générale ;
- Veiller à disposer de l'état de l'offre et des ressources disponibles (annuaire à jour).

Ces missions nécessitent des compétences spécifiques. C'est pourquoi la Présidente actuelle, Mme Elodie Grillou, suit actuellement la formation « Coordinateur de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires », dispensée par l'EHESP. Par ailleurs, afin de formaliser les contours du poste, une fiche de poste a été développée et validée par le Conseil d'Administration lors de la réunion d'octobre 2021 (Annexe 6). Le recrutement de la coordinatrice sera à l'ordre du jour du Conseil d'Administration de décembre 2021.

6.2. LE SYSTEME D'INFORMATION

Le système d'information (SI) est l'ensemble des services numériques répondant aux besoins des professionnels de santé de la CPTS.

Les enjeux liés au SI pour une CPTS sont les suivants :

Pour le patient :

- Permettre l'accès aux soins :
 - Développer la télémédecine :
 - Pour anticiper la réduction du nombre de médecins généralistes,
 - En particulier pour les personnes âgées et/ou isolées.
- Assurer la qualité de son suivi :
 - Harmonisation des outils et de leurs usages,
 - Coordination des actions des professionnels de santé sur le territoire,
 - Meilleure communication entre les professionnels de santé du territoire,
 - Accès aux spécialités (téléconsultation, téléexpertise...).



Pour les professionnels de santé :

- Partager des informations (patients, formations, réunions pluriprofessionnelles via une messagerie instantanée sécurisée, annuaire des acteurs de la santé avec fonction et compétences...);
- Gagner du temps médical (agendas partagés, outils de travail collaboratifs, télémédecine...);
- Maintenir voire développer l'activité.

Trois niveaux de réponses sont importants à distinguer afin d'inscrire la conception du système d'information dans le cadre des projets en cours au niveau national et régional :

- Au niveau national :
 - DMP,
 - Messagerie sécurisée,
 - E-prescription.
- Au niveau régional :
 - Les outils de coordination fournis dans le cadre du programme e-parcours (AZUREZO),
 - Les outils que mettront en place les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).
- Au niveau de la CPTS :
 - Le site Internet de la CPTS
 - Le système d'information et d'organisation interne à la CPTS.

VII. LA COMMUNICATION

Les travaux de préfiguration de la CPTS des Vignes & Calanques ont nécessité des premières actions de communication et de rencontres partenariales Plusieurs méthodes ont été utilisées :

- Une diffusion par e-mail du questionnaire à destination des professionnels de santé du territoire, via la liste de diffusion de la CPAM,
- Des réunions de présentation :
 - La Ciotat, octobre 2019 & novembre 2019,
 - Roquefort la Bédoule, octobre 2020,
 - Une Assemblée Générale en visioconférence en janvier 2021,
 - Une participation au séminaire avec la CPTS Var Ouest dédiée au sevrage tabagique : présentation de la CPTS
- Des rencontres physiques au cabinet des professionnels de santé, organisées par les porteurs de projet,
- Des échanges téléphoniques avec les professionnels de santé,
- Des réunions avec les mairies des 5 communes du territoire,
- Une rencontre avec les directions des 2 centres hospitaliers de la Ciotat et Aubagne,
- La promotion de la CPTS au cours d'évènements avec la distribution de flyers et de roll up,
- L'envoi de SMS aux adhérents à chaque action organisée par la CPTS,
- L'envoi d'emails et de formulaires en ligne réguliers,
- L'envoi de newsletters trimestrielles.



Par ailleurs, les actions portées par la CPTS en lien avec la gestion de crise sanitaire (centre de vaccination, village dépistage, distribution d'EPI) ont été autant d'occasions de communiquer autour de la CPTS.

Enfin, un site internet a également été créé, avril 2020.

La communication et la mise à jour régulière du site internet devront être travaillés par la fonction de coordination afin de maintenir une bonne mobilisation de la CPTS.



VIII. ANNEXES

a. ANNEXE 1. LE QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Participation au Projet de Santé de la CPTS des vignes et calanques validé par l'ARS PACA

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Vignes et Calanques est une association pluriprofessionnelle créée en novembre 2019 et validée par l'Agence Régionale de Santé PACA en septembre 2020. Elle couvre les communes de la Ciotat, Cassis, Ceyreste, Carnoux en Provence et Roquefort la Bédoule.

L'objectif est de rassembler sur ce territoire l'ensemble des professionnels de santé qui le souhaitent, afin de nous organiser autour d'un projet de santé, pour répondre à des problèmes communs, gagner du temps et faciliter l'accès aux soins et l'organisation du parcours des patients sur notre territoire.

La CPTS a déjà été à l'appui de nombreuses initiatives ces derniers mois pour la gestion du COVID. Elle souhaite aujourd'hui poursuivre son travail, et créer avec le plus grand nombre de professionnels intéressés un projet utile à tous.

Votre réponse à ce court questionnaire (10 minutes maximum), permettra de recueillir vos avis, d'identifier les problèmes fréquemment rencontrés dans votre pratique, et de connaître les professionnels avec et pour lesquels la CPTS est appelée à travailler.

"Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin."

Le format de ce questionnaire requiert l'utilisation d'un PC.



Quelle est votre profession ? *

- Médecin généraliste
- Médecin d'une autre spécialité
- Masseurs-kinésithérapeute
- Infirmier
- Dentiste
- Sage-femme
- Pédicure-Podologue
- Diététicien
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Pharmacien
- Autre : _____



Cela fait combien de temps que vous êtes installé sur le territoire ? *

- moins de un an
- de 1 à 5 ans
- de 5 à 10 ans
- de 10 à 20 ans
- plus de 20 ans

Sur quelle(s) commune(s) exercez-vous ? Cochez-la ou les réponses. Veuillez choisir toutes les réponses qui correspondent à votre situation *

- La ciotat
- Ceyreste
- Cassis
- Carnoux-en-Provence
- Roquefort la Bédoule
- St Cyr sur Mer
- Autre

Quelles sont vos conditions actuelles d'exercice ? *

- Seul
- Cabinet avec d'autres professionnels
- En équipe de Soins Primaires (ESP) avec quelques professionnels
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
- Centre de Santé
- Etablissement ou service de santé (hôpital ou clinique)
- Etablissement ou service médicosocial (EHPAD, MAS, IME...)
- Autre : _____



Dans votre pratique quotidienne, à quels niveaux de difficulté classeriez-vous les démarches d'organisation des prises en charge suivantes ? *

	Très faibles	Faibles	Importantes	Très importantes	Sans opinion
Accueil des patients sans rendez-vous	<input type="checkbox"/>				
Accueil de nouveaux patients	<input type="checkbox"/>				
Adressage/orientation vers d'autres soignants	<input type="checkbox"/>				
Admission en hospitalisation	<input type="checkbox"/>				
Suivi des sorties d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>				
Suivi des patients en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)	<input type="checkbox"/>				
Suivi de patients en souffrance psychique	<input type="checkbox"/>				
Relais/organisation des soins à domicile	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge des problèmes sociaux	<input type="checkbox"/>				



Pouvez-vous citer d'autres difficultés d'organisation de la prise en charge de vos patients ? *

Votre réponse

Qu'est-ce qui vous serait le plus utile pour aider et soutenir votre pratique quotidienne ? *

- Meilleure connaissance des ressources (professionnels, établissements de santé, structures médico-sociales)
- Liens formalisés avec les établissements de santé
- Outils de partage d'informations patients
- Temps de coordination dédié
- Formations interprofessionnelles
- Autre : _____

PARTICIPATION A L'ELABORATION DU PROJET DE CPTS VIGNES ET CALANQUES

Le projet de CPTS des Vignes et Calanques a identifié 6 axes d'actions prioritaires :

- Améliorer et renforcer les liens ville-hôpital
- Gérer les soins non programmés et répondre aux urgences afin d'éviter la saturation des services des urgences
- Organiser les parcours de santé des patients
- Mise en place d'actions ciblées de dépistage et de prévention
- Améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles et pathologies psychiatriques
- Compléter la prise en charge des patients atteints de démences de type Alzheimer et syndromes apparentés, et des aidant
- Améliorer la prise en charge de la population dite fragile (grand âge)
- Accompagner les professionnels de santé et étudiants dans leur formation et leur parcours professionnel.

Sur chacun de ces axes, un groupe de professionnels se réunira deux ou trois fois dans les prochains mois pour réfléchir aux programmes d'actions.

Est-ce que vous seriez prêt à participer à des travaux de groupe en lien avec ces thématiques ? *

- Oui
- Oui si je trouve le temps
- Non car je n'ai pas le temps
- Non, car je ne suis pas intéressé



Si oui, à quel(s) axe(s) d'actions envisageriez-vous de participer ? Cochez en deux.

- Axe 1 - Lien ville-hôpital
- Axe 2 - Soins non programmés et gestion des urgences
- Axe 3 - Accès aux soins de premier et second recours, parcours patients
- Axe 4 - Communication des ressources à l'échelle du territoire
- Axe 5 - Prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés
- Axe 6 - Prise en charge des patients atteints de troubles et pathologies psychiatriques
- Axe 7 - Prise en charge de la population dite fragile (Grand âge)
- Axe 8 - Accompagnement des professionnels de santé
- Axe 9 - Actions de prévention et de dépistage
- Axe 10 - Outils de coordination entre professionnels de santé
- Axe 11 - Accompagnement des étudiants

Souhaitez-vous être tenu informé des travaux ?

	oui	non
Axe 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Axe 11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, à quelle adresse mail?

Votre réponse _____



b. ANNEXE 2. LES FICHES ACTIONS

Voir annexe 2 – document joint.

c. ANNEXE 3. LE BUDGET

BUDGET PREVISIONNEL		
	Pour la période de : 01/01/2023-31/12/2023	Nombre de mois :
		12
CHARGES DE PERSONNEL		
Poste	Hypothèse	Montant
Coordination	Net mensuel 2600€ soit 3250€ brut mensuel (25% de charges) & 35% de charges patronales équivalent à 4387,5€ brut mensuel chargé pour 3 jours par semaine (0,6 ETP)	31 590 €
CHARGES DE FONCTIONNEMENT		
Postes	Hypothèses	Montants
Loyers et charges locatives		
Loyer	Hypothèse de 300€ par mois à ajuster. Plutôt 500€/mois	6 000 €
Eau / électricité	Hypothèse de 100€ par mois	1 200 €
Nettoyage	Hypothèse de 25€ par mois	300 €
Achats et fournitures		
Petits consommables et fournitures administratives	Hypothèse de 70 € /mois	840 €
Frais postaux	Hypothèse de 30 €/mois	360 €
Communication		
Téléphonie	Hypothèse d'une 1 ligne fixe et 1 ligne portable à 40 € par mois chacune	960 €
Outils de communication (cartes, flyers, affiches, bannières...)	Hypothèse de 1000€ par an	1 000 €
Site internet et maintenance	Hypothèse 500€ par an / Hypothèse 1500€	1 500 €
Système d'information		
Matériel informatique et équipements	Achat d'un ordinateur, 1 imprimante & équipement téléphonique + abonnement internet	2 000 €
Abonnement visio	Hypothèse de 140€ par an	140 €
Agenda partagé	Sur devis - Hypothèse de 1500€ à ajuster	1 500 €
FCPTS		
Adhésion FCPTS	Fédération Nationale des CPTS (600 €/an)	600 €
Autres charges courantes		
Frais bancaires & assurances (responsabilité civile et locaux le cas échéant)	Frais bancaires (20 €/mois) & assurances (50€/mois) / Comptable mission: 150€/mois	2 640 €
CHARGES ASSOCIATIVES		
Postes	Hypothèses	Montants
Frais divers	Déplacements, remboursements de frais engagés	900 €
Indemnisation de temps de travail sur mission des membres du bureau	1 réunion thématique de 2h tous les 3 mois réunissant 7 membres du bureau Hypothèses : - Indemnisation 2h de réunion OU 2h de formation : 100€ par professionnel - Location d'une salle : 400€ - Buffet : estimation de 10€ par personne'	4 680 €
Indemnisation de temps de travail sur les missions (groupes de travail)	6 réunions de 2h par an réunissant 12 membres Hypothèses : - Indemnisation 2h de réunion OU 2h de formation : 80€ par professionnel - Location d'une salle : 400€ - Buffet : estimation de 10€ par personne'	8 880 €
TOTAL CHARGES		64 790 €



d. ANNEXE 4. LE PLAN D' ACTIONS

Stratégie d'ensemble de mise en œuvre du projet de santé de la CPTS	
<i>Feuille de route qui permet 1) renforcer les outils, les services rendus et les partenariats qui permettent d'asseoir la légitimité et la connaissance de la CPTS 2) de capitaliser sur ces avancées pour mobiliser ensuite les professionnels dans des groupes de travail dont le déploiement suivra la construction des rapports de confiance</i>	
Quoi	Quand
Développement des outils : recensement, annuaires, cartographie, cahier d'information pluridisciplinaire, système d'information, site internet et communication	Année 1 - Semestre 1
Travail sur les partenariats de la CPTS : objectif de conventionnement sur les actions répertoriées dans les différents axes stratégiques. Ces bases de partenariat, déjà entreprises pendant la phase de construction de la CPTS, sont portées par la gouvernance (membres du bureau et du CA) et seront déclinées par la suite du point de vue opérationnel (groupes de travail, réunions de concertation...) par la coordonnatrice	Année 1 - Semestre 1
Démarrer les réunions de travail avec les acteurs partenaires	A1-S2
Démarrage actions liées à l'accès aux soins, dont les ACI demandent un démarrage dès 6 mois après la signature et donc une mise en œuvre avancée en année A2. Concerne aussi les liens ville-hôpital, HAD et renforcement liens et relais avec le DAC pour les situations complexes	A1-S2
Séminaires, ateliers, sensibilisation sur les thématiques des parcours, qui permettent de renforcer l'interconnaissance des professionnels sur le territoire : moments conviviaux et informatifs	A1-S2
Lancement des réunions de travail sur les sujets thématiques	A2 -S1 et S2 et A3
Selon la maturité des groupes et des sujets, monter les groupes de travail pour les thématiques ciblées	A2 -S1 et S2 et A3
Poursuite Séminaires, ateliers, Formations	A2 -S1 et S2 et A3



e. ANNEXE 5. EXEMPLE D'OUTIL DE COMMUNICATION UTILISE PAR LA CPTS

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

ORGANISÉ PAR
Gynécologie Sans Frontières

VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES
LA LOI VOUS PROTÈGE

VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES
APPELEZ LE 3919
*appel anonyme et gratuit

UNE JOURNÉE DE SENSIBILISATION POUR LES PROFESSIONNELS

4 NOVEMBRE 2021

13H00 - 21H00

LES DIVERSES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES LES MOYENS DE LUTTE

LA CHAUDRONNERIE
19 PROMENADE JEFF MUSSO
13 600 LA CIOTAT

Nombre limité de places
Inscription gratuite mais obligatoire
Auprès de Gynécologie Sans Frontières : colloquevffciotat@gmail.com



f. ANNEXE 6. LA FICHE DE POSTE DE DIRECTRICE/COORDINATRICE DE LA CPTS



Fiche de poste Directeur / Coordinateur de la CPTS des vignes et calanques

FICHE DE POSTE	
Intitule du poste	Directeur/Coordinateur de Communauté professionnelle territoriale de santé
Nature du poste	Coordination d'une structure de soins coordonnée territoriale – Administratif
PRESENTATION DU SERVICE	
Mission principal du service	Gestion opérationnelle et politique de santé de la structure. Conduite de la stratégie d'évolution de la CPTS
Composition du service (effectif)	1 à 3 salariés
Positionnement de l'agent dans l'organigramme du service	Exerce son activité sous la supervision hiérarchique du président(e). Met en place les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés par le Conseil d'administration.
MISSIONS ET ACTIVITES DU POSTE	
Missions principales	Participer à la rédaction du projet de santé et l'animer Développer l'exercice coordonné et pluriprofessionnel Développer l'offre de soins de la ville Faciliter les actions de santé de la ville Œuvrer en soutien à la gestion de la CPTS
Missions et activités du poste	<ul style="list-style-type: none"> • Mission 1 : Mettre en œuvre le projet de santé et autres projets Favoriser la dynamique pluriprofessionnelle Effectuer des reportings réguliers au CA et président, les coordinateurs et pilotes Participer et soutenir l'organisation des actions de chaque mission Vérifier la coordination des actions et la cohésion d'ensemble • Mission 2 : Représentation de la CPTS auprès des instances – Appui à la gouvernance Promouvoir la CPTS auprès des PS, des structures, des partenaires, des usagers et des CPTS voisins. Encourager les adhésions au projet de santé et la structuration de l'exercice coordonné Représenter la CPTS dans les instances institutionnelles, territoriales. Assurer l'interface avec l'ARS PACA, LA CPAM dans le suivi

Document rédigé par la CPTS des vignes et calanques, Version 1 du 3/11/2021
Page 1/2





Fiche de poste Directeur / Coordonnateur de la CPTS des vignes et calanques

	<p>de l'ACI</p> <p>Participer à la construction du budget et son suivi Gérer la répartition du budget sous la responsabilité du CA et en lien avec expert-comptable Assurer la gestion et le suivi des achats et des contrats de prestation Assurer le management de l'équipe, adaptabilité, capacité à convaincre et fédérer m'équipe Assurer la veille juridique et réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mission 3 : Participer à la vie de l'association et à la gestion RH <p>Organiser les activités internes, les instances de la CPTS Organiser et superviser la communication, les activités marketing et les journées événementielles. Suivi de l'utilisation et gestion des SI, des outils numériques Rédiger le rapport d'activité annuel de la CPTS Positionner la CPTS dans une dynamique d'ouverture, partenariats, recherche de financements, rédaction de documents ad hoc</p>
<p>Intérêts, contraintes, difficultés du poste</p>	<p>Véhicule et permis B obligatoire Disponibilité occasionnelle en soirée Nombreux déplacements sur le territoire et hors territoire.</p>
<p>COMPÉTENCES REQUISES SUR LE POSTE</p>	
<p>Profil du poste</p>	<p>Les « savoirs » : Connaissance du territoire Connaissance des PS et des organisations de chacun Connaissance du système de santé, des politiques et acteurs. Connaissance en gestion administrative, financière, management et communication.</p> <p>Les « savoir-faire » : Organiser et prioriser le travail, capacité relationnelle Savoir tisser le lien avec les PS Animation de réunion, gestion projet Méthodologie et conduite de projets Capacité d'analyse et de synthèse Utilisation et compréhension des outils informatiques Capacité en gestion de budget</p> <p>Les « savoir-être » être : Assise relationnelle et diplomate Capacité d'adaptation et d'écoute Esprit du travail en collaboration et en partenariat Polyvalence, autonomie et initiative</p> <p>Rigueur et organisation professionnelle Disponibilité</p>



g. ANNEXE 7. LES STATUTS JURIDIQUES DE L'ASSOCIATION VIGNES & CALANQUES



STATUTS

ASSOCIATION COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE DES VIGNES ET CALANQUES (CPTS des vignes et calanques)

Association déclarée par application de la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901.

PREAMBULE

La présente association CPTS des vignes et calanques est régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901, du décret du 16 août 1901 en vue de constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) prévue par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, des articles L. 1411-1, L.1411-11 à L.1411-13, L.1434-12 et L.1434-13 du code de la santé publique et 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.

Les prescriptions de l'article 65 de la loi préconisant le regroupement des équipes de soins primaires (ESP) en CPTS, La CPTS des vignes et calanques pourra également être vecteur d'identification et de référencement des ESP situées sur son territoire.

La présente association a pour objet de constituer le cadre juridique CPTS, en vue d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé sur le territoire de la CPTS des vignes et calanques tel que défini par le projet de santé, et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L.1411-1 du code de la santé publique.

TITRE 1 - CONSTITUTION ET OBJET DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 1 - NOM

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre :

COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE DES VIGNES ET CALANQUES.



Par abréviation : CPTS des vignes et calanques.

ARTICLE 2 - BUT ET OBJET

L'association CPTS des vignes et calanques a pour objet, sur le territoire géographique défini, regroupant les communes de La Ciotat, Ceyreste, Cassis, Roquefort la Bédoule et Carnoux en Provence, tel que défini par le projet de santé :

- De faire évoluer, conformément à la loi de modernisation du système de santé, l'offre de soins de premier et second recours auprès de la population, en réponse aux besoins identifiés par le diagnostic de territoire et les professionnels de terrain.
- De développer la coordination de l'offre de soins entre professionnels de santé médicaux, paramédicaux et établissements médicosociaux afin, notamment de réduire les hospitalisations évitables.
- D'organiser une prise en charge pluriprofessionnelle autour du parcours de soins des patients.
- De contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins non programmés, de la prise en charge des patients dans le cadre de ces soins et à la mise en place d'actions de prévention.
- De participer à des actions de santé publique, notamment en matière de prévention, d'éducation thérapeutique pouvant inclure, une partie ou la totalité des membres de l'association.
- De développer des modalités de prise en charge permettant le maintien des patients à domicile.
- De développer des programmes d'action couvrant des thématiques variées, en lien avec le projet de santé et issues de leurs propres choix tels que la prise en charge des personnes vulnérables, la réalisation de soins palliatifs à domicile ...
- D'éviter les ruptures de soins des patients.
- De favoriser l'évaluation quotidienne des besoins des patients et l'interaction des différents professionnels de santé intervenant au chevet du patient.
- De développer un système de partage des données, sécurisé au service de la qualité des soins en utilisant une application agréée, messagerie sécurisée et hébergeur de santé.
- De mettre en œuvre le projet de santé de la CPTS.
- De favoriser l'égal accès aux soins ainsi que la qualité et l'efficacité de ces derniers au sein du territoire de la CPTS, l'adhésion au projet de santé des professionnels sanitaires et médicosociaux ainsi que des établissements publics et privés de santé.
- De proposer et réaliser des actions de formation et d'accompagnement pour les professionnels de santé appartenant à la CPTS.
- De pourvoir au financement du dispositif CPTS.

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.

L'association garantit la liberté de choix des patients et l'indépendance des professionnels de santé. Elle s'interdit conformément aux règles légales et déontologiques, toute discrimination des patients pour quelque motif que ce soit. L'Association se proclame apolitique, mais elle se réserve le droit de mener une réflexion sur la politique de santé.

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 3 - SIÈGE SOCIAL

Le siège social est fixé à :



Maison des Associations, Place Evariste GRAS, 13600 La Ciotat.

Il pourra être transféré en tout lieu du territoire de la CPTS sur simple décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 4 - DUREE

La durée de l'association est illimitée.

TITRE 2 - COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 5 - MEMBRES DE L'ASSOCIATION

L'association est exclusivement composée de personnes physiques, telles que définies à l'article 6 des présents statuts, concourant à la réalisation des objectifs du projet de santé de la CPTS des vignes et calanques.

Chaque membre bénéficie du droit de vote pour l'ensemble des décisions collectives relevant de la compétence de l'assemblée générale ordinaire et/ou extraordinaire et éventuellement du conseil d'administration.

Chaque membre bénéficie d'une voix lors des décisions collectives relevant de la compétence de l'assemblée générale ordinaire et/ou extraordinaire et éventuellement du conseil d'administration.

Un membre ne peut recevoir qu'une (1) délégation de vote (mandat écrit ou pouvoir) par séance d'assemblée générale ordinaire et/ou extraordinaire, en vue de représenter un autre membre lors des prises de décisions collectives de l'Association (AGO, AGE, Conseil d'administration)

Particularités des personnes morales et des professionnels de santé salariés d'une structure ou établissement de soins, et modalités d'interactions avec la CPTS des vignes et calanques :

L'intégration des personnes morales au sein de la CPTS des vignes et calanques se fera sans cotisation annuelle sous réserve de la mise en œuvre d'une convention de partenariat ou d'un accord de fonctionnement commun daté et signé par les deux parties.

Les modalités d'interactions avec les personnes morales s'effectueront telles que définies dans le règlement intérieur de la CPTS des vignes et calanques.

Particularité des professionnels de santé salariés d'une structure ou établissement de soins : ces derniers peuvent adhérer à la CPTS des vignes et calanques en nom propre, cependant leur statut ne leur permettra pas de bénéficier du droit de vote lors de décision collective. Leur adhésion leur permettra de suivre l'actualité de la CPTS et de participer à des actions de santé publique ou relevant du projet de santé.

ARTICLE 5.1 – Membres fondateurs

Les membres fondateurs se définissent par les 18 membres faisant partie du conseil d'administration au moment de la fin de rédaction du projet de santé de la CPTS des vignes et calanques en fin d'année 2021, et répertoriés sur une liste annexée à ces présents statuts.

Les membres fondateurs pourront demeurer adhérents de l'association même s'ils ne répondent plus aux conditions d'adhésion à l'association définies à l'article 5 et 6 des présents statuts, sous réserve d'être à jour de leur cotisation annuelle.



Les membres fondateurs pourront se représenter à la gouvernance sans application des mesures restrictives exposées au sein du règlement intérieur en conservant les mêmes prérogatives que l'ensemble des membres de la gouvernance.

ARTICLE 6 – ADMISSION DE NOUVEAUX MEMBRES

L'association est ouverte :

- Aux professionnels de santé en exercice libéral (titulaires ou remplaçants), conventionnés et inscrits auprès de leur ordre professionnel s'il existe.
- Aux professionnels de santé salariés d'un membre de la CPTS à jour de cotisation annuelle.
- Aux professionnels de santé n'étant pas salariés d'une structure ou d'un établissement de soins, et exerçant sur le territoire de la CPTS.
- Aux professionnels de santé retraités ayant exercé leur art sur toute ou partie du territoire de la CPTS.

Pour faire partie de l'association, il faut remplir les conditions suivantes :

- Répondre à un des items précédemment cités
- Avoir rempli un bulletin d'adhésion adressé au conseil d'administration selon les modalités en vigueur (site internet, bulletin papier remis en mains propres ou par voie postale au siège social ou par mail).
- S'engager à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association.
- S'engager à payer sa cotisation annuelle et son renouvellement.

Le conseil d'administration se réserve le droit de refuser une adhésion, notamment lorsque les conditions ci-dessus ne sont pas respectées. Le refus d'adhésion est notifié immédiatement si les conditions ne sont pas respectées de manière équivoque (lors de l'analyse du bulletin d'adhésion) ou à la suite d'une réunion du conseil d'administration.

Les décisions du conseil d'administration n'ont pas à être motivées.

Chaque membre de l'association s'engage à être en règle avec la législation en vigueur.

Les professionnels membres d'une autre CPTS, ne pourront être membres du bureau ou du conseil d'administration de l'association CPTS des vignes et calanques que s'ils ne sont pas déjà membres du bureau ou du conseil d'administration d'une autre CPTS, et s'ils s'engagent à ne pas le devenir pendant la durée de leur mandat ou à démissionner avant de prendre leur fonction dans l'autre CPTS.

Pour ces professionnels, il sera nécessaire de démontrer lors de leur acte de candidature, de l'intérêt de leur rattachement à deux CPTS différentes et de leur engagement à ne pas nuire au bon fonctionnement de chacune des CPTS dont ils sont membres.

Article 6.1 – Responsabilité

Chaque membre de l'association est responsable personnellement des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

Article 6.2 - Déontologie

Chaque membre de l'association est soumis aux dispositions législatives et réglementaires applicables à sa profession et notamment aux règles de la déontologie qui lui sont propres.

Tout adhérent s'engage à respecter :

- Le principe de la liberté de choix du professionnel de santé par le patient,
- Le principe du secret professionnel,
- Le principe de l'indépendance professionnelle



- Les limites de l'exercice de son art.

Chaque professionnel de santé membre de l'association conservera sa propre patientèle, laquelle demeurera privée.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

Les membres versent une somme annuelle au titre de leur cotisation, dont le montant est fixé annuellement par Assemblée Générale.

Seuls les adhérents à jour de leur cotisation peuvent voter lors de l'Assemblée Générale de l'année en cours.

ARTICLE 8 – RADIATIONS

La qualité de membre peut se perdre automatiquement ou suite à un vote du conseil d'administration :

Les membres perdront automatiquement la qualité de membre dans les cas suivants :

- La démission.
- Le décès, les héritiers et ayants droits n'acquièrent pas la qualité de membre de l'association.
- La cessation d'activité de professionnel de santé par la retraite ou le changement d'activité professionnelle. A la demande du professionnel de santé retraité, sa qualité de membre pourra être conservée selon les modalités décrites à l'article 6 des présents statuts.
- La radiation par exclusion prononcée par le conseil d'administration.

L'exclusion d'un membre peut être prononcé par le conseil d'administration dans les cas suivants :

- Comportement contraire à la réglementation en vigueur, à l'esprit ou aux intérêts de l'association ou susceptible de perturber son bon fonctionnement, pour non-respect des présents statuts et du règlement intérieur. Dans ce cas, l'intéressé devra préalablement avoir été invité à faire valoir ses moyens de défense devant le conseil d'administration, dans un délai d'un (1) mois suivant la réception d'une lettre recommandée avec avis de réception émise par le président de l'association. La décision est prise à la majorité de trois quarts ($\frac{3}{4}$) des membres du conseil d'administration en exercice. ▪ En cas de non-participation aux travaux et projets de la CPTS pendant plus d'un an. Dans ce cas, l'intéressé devra préalablement avoir été invité à faire valoir ses moyens de défense devant le conseil d'administration, dans un délai d'un (1) mois suivant la réception d'une lettre recommandée avec avis de réception émise par le président de l'association. La décision est prise à la majorité simple des membres du conseil d'administration en exercice.
- Le non-paiement de la cotisation annuelle à la date de l'assemblée générale suivante, après deux (2) rappels demeurés infructueux et après que l'intéressé ait été invité à fournir des explications écrites au président de l'association dans un délai de (1) mois suivant la réception d'un courriel avec accusé de réception. Cette décision est prise à la majorité simple des membres du conseil d'administration en exercice.
- En l'absence d'exercice au sein du territoire de la communauté notamment dans le cadre d'une installation vers un autre territoire pendant une période supérieure à six (6) mois, le conseil d'administration pourra se prononcer à la majorité simple sur la perte de la qualité de membre.
- En cas de dénigrement avéré de la CPTS ou d'un de ses membres. Cette décision est prise à la majorité simple des membres du conseil d'administration en exercice.
- En cas de diffusion avéré de documents internes à la CPTS, en dehors de ses membres ou de ses partenaires, ayant un impact sur l'image, le fonctionnement ou le projet de la CPTS. Cette décision est prise à la majorité simple des membres du conseil d'administration en exercice.

La radiation sera la conséquence d'un manquement aux dispositions législatives et réglementaires applicables à chaque professionnel de santé sur décision du conseil d'administration.



ARTICLE 9 – AFFILIATION

La CPTS des vignes et calanques peut par ailleurs adhérer à d'autres associations, unions ou regroupements par décision de l'Assemblée Générale.

TITRE 3 – RESSOURCES

ARTICLE 10 – RESSOURCES

Les ressources de l'associations se composent :

- des cotisations des adhérents
- des subventions de l'Etat, de l'assurance maladie, de l'ARS PACA, des régions, des départements, des communes, des communautés de communes, et leurs établissements publics, ou toute autre subvention publique.
- des dons de toute nature et de tout donateur.
- d'apports en nature ou de la mise à disposition de biens, matériels ou ressources humaines de ses membres.
- de toutes les ressources autorisées par les lois, la jurisprudence, les règlements et les réponses ministérielles.

TITRE 4 – ADMINISTRATION – ORGANISATION - FONCTIONNEMENT

ARTICLE 11 – ASSEMBLEE GENERALE

Les décisions collectives des membres sont prises en assemblée *ordinaire* ou *extraordinaire*, réunies au besoin par vidéoconférence ou conférence par téléphone et convoquées par le président.

Leurs décisions régulièrement adoptées sont obligatoires pour tous, y compris les membres absents lors des délibérations.

L'assemblée générale *Ordinaire* et *Extraordinaire* comprend tous les membres de l'association à jour de leur cotisation qui, seuls, ont droit de vote.

Chaque membre est porteur d'une (1) voix et ne peut recevoir qu'un (1) seul pouvoir.

En cas de mise au vote d'une décision impliquant directement un membre de la CPTS, hors élection des membres du conseil d'administration ou du bureau, le dit-membre de la CPTS ; qu'il soit présent ou représenté, ne peut pas participer au vote.

Article 11.1 – Assemblée générale Ordinaire (A.G.O.)

Elle se réunit une fois par an.

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

Les modalités de convocation seront fixées par le règlement intérieur.



L'ordre du jour est joint aux convocations.

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

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

L'Assemblée Générale fixe le montant des cotisations annuelles à verser par les différents membres.

Ne peuvent être abordés que les points inscrits à l'ordre du jour.

Aucun quorum n'est requis à la tenue de l'Assemblée Générale.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés.

En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au renouvellement des membres sortants du conseil.

Toutes les délibérations sont prises à mains levées ou à bulletin secret sur demande d'au moins 3 membres du conseil d'administration. Le mode de scrutin peut être électronique ou conventionnel.

La décision du mode de scrutin est prise avant le vote par les membres présents.

L'élection des membres du Conseil d'Administration sera obligatoirement faite à bulletin secret.

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

Une feuille de présence est établie et signée par les membres de l'association présents ou représentés. Elle est certifiée par les membres du bureau, la liste des membres ayant pris part au vote par voie électronique y est annexée.

Article 11.2 - Assemblée Générale Extraordinaire (A.G.E.)

Si besoin est, ou sur la demande d'un tiers des membres inscrits, le président convoque une Assemblée Générale Extraordinaire, selon les modalités prévues aux présents statuts. Les modalités de convocation sont les mêmes que pour l'Assemblée Générale Ordinaire.

L'A.G.E. a compétence pour procéder, sur proposition du bureau et/ou du président de l'association, à la modification des statuts, décider la dissolution, la liquidation, la fusion ou la transformation de l'association.

D'une façon générale, elle a compétence pour prendre toute décision de nature à mettre en cause son existence, à porter atteinte à son objet essentiel ou tout événement exceptionnel impliquant l'avenir de l'association.

Aucun quorum n'est requis à la tenue de l'Assemblée Générale.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés.

En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

ARTICLE 12 – CONSEIL D'ADMINISTRATION



L'association est dirigée par un conseil d'administration de 6 à 12 membres maximum, élus pour 3 années et renouvelables par tiers chaque année lors de l'AGO.

Les membres de l'association veilleront, tant que possible, à garantir la représentation de la pluriprofessionnalité au sein du conseil d'administration.

Les membres sont rééligibles.

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

En cas de vacances, le conseil pourra pourvoir au remplacement de ses membres jusqu'à l'Assemblée Générale.

Il est procédé à leur remplacement définitif lors de l'Assemblée Générale.

Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'expiration du mandat des membres remplacés.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par semestre, sur convocation du président, ou à la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix. En cas de partage, la voix du président est prépondérante. Tout membre du conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Le premier conseil d'administration est composé des membres fondateurs.

Article 12.1 - Conditions d'éligibilités au sein du conseil d'administration.

Afin de présenter au conseil d'administration, chaque professionnel de santé qui souhaite être élu doit :

- Exercer suivant le mode libéral ou indépendant sans être lié à une structure ou établissement de soins.
- Être en règle de toutes ses cotisations ordinaires, sociales et autres et de toutes ses impositions (une attestation sur l'honneur devant être fournie afin d'en justifier).
- Avoir honoré toutes les démarches administratives nécessaires à ses fonctions.
- Être en règle de toutes ses cotisations à la CPTS des vignes et calanques.
- Justifier d'une ancienneté au sein de la CPTS des vignes et calanques d'au moins un an à la première réélection du conseil d'administration et de deux ans à la seconde réélection du conseil d'administration.

Article 12.2 - Pouvoirs

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire autoriser tous les actes ou opérations dans la limite de son objet et qui ne sont pas du ressort de l'assemblée générale ou du bureau.

Il définit la politique et les orientations générales de l'association.

Il élit les membres du bureau et met fin à leurs fonctions. Il surveille la gestion des membres du bureau et a le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

Il décide de l'acquisition et de la cession de tous biens meubles et objets mobiliers, fait effectuer toutes réparations, tous travaux et agencements, et achète ou vend tous titres et toutes valeurs.



Il prend à bail et acquiert tout immeuble nécessaire à la réalisation de l'objet de l'association, confère tous baux et hypothèques sur les immeubles de l'association, procède à la vente ou à l'échange desdits immeubles, effectue tous emprunts et accorde toutes garanties et sûretés.

Il statue sur l'admission et l'exclusion des membres.

Il autorise les actes et engagements dépassant le cadre des pouvoirs du président.

Il arrête le budget et les comptes annuels de l'association.

Cette énumération n'est pas limitative.

Article 12.3 - Fonctionnement de conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par semestre, sur convocation du président, ou à la demande du quart de ses membres.

L'ordre du jour est établi par le président.

Les administrateurs peuvent prendre part aux délibérations par tous moyens mis en place par le conseil d'administration et notamment électroniques. Le vote électronique est valable sur les questions fermées, c'est-à-dire dont la liste des réponses est limitativement énumérée dans la convocation.

Le conseil d'administration peut valablement délibérer, à la condition de réunir un quorum représentant au minimum la moitié (½) des administrateurs de l'association présents ou représentés. Sont considérés comme présents les membres ayant voté par voie électronique. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la réunion du conseil d'administration, ce dernier sera convoqué de nouveau à quinze (15) jours d'intervalle aux mêmes conditions de quorum (moitié (1/2) des administrateurs).

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix.

Le vote par procuration est autorisé dans la limite d'un (1) mandat par membre, les pouvoirs en blanc étant attribués au président.

En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Le mandat de membre du conseil d'administration prendra fin automatiquement par la démission, la perte de la qualité de membre de l'association, l'absence non excusée à trois réunions consécutives du conseil d'administration.

La présence de personnes tierces n'est pas autorisée, sauf accord exprès des membres du conseil d'administration. Le(s) coordinateur(s) salarié(s) sont invités à participer aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

ARTICLE 13 – LE BUREAU

L'association est administrée par un bureau.

Article 13.1 – conditions d'éligibilités au sein du bureau

Afin de se présenter au bureau, chaque professionnel de santé qui souhaite être élu doit :



- Remplir les mêmes conditions que pour se présenter au conseil d'administration.
- Justifier de sa participation active à la vie associative et au projet de la CPTS des vignes et calanques.

Article 13.3 – Composition du bureau

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, un bureau composé de :

- Un président et un vice-président
- Un trésorier et un trésorier adjoint
- Un secrétaire et un secrétaire adjoint

En fonction de l'évolution de l'association, le bureau pourra être élargi sur décision en assemblée générale ordinaire ou extraordinaire.

Les membres du bureau sont élus à bulletin secret lors de la première réunion du Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale.

L'élection s'effectue à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième.

En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Si l'un des membres du bureau cesse définitivement d'exercer son mandat, il est procédé à son remplacement au cours de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit la vacance.

Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à la date où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

En cas de faute grave dans l'exercice de son mandat, et après avoir été mis en mesure de présenter sa défense, tout membre du bureau est déclaré démissionnaire d'office par le Conseil d'Administration se prononçant à la majorité des deux tiers.

Aucune fonction ne peut être cumulée au sein du bureau.

Les fonctions, attributions et pouvoirs respectifs des membres du bureau seront précisés dans le règlement intérieur.

Le bureau peut entendre toute personne susceptible d'éclairer des délibérations.

La présence de personnes tierces n'est pas autorisée, sauf accord exprès des membres du bureau et sur invitation du président. Le(s) coordinateur(s) salarié(s) sont invités à participer aux travaux du bureau avec voix consultative.

Article 13.3 – Pouvoirs du bureau

Le bureau est chargé de préparer les décisions du conseil d'administration et agit sur délégation de celui-ci.

Le bureau participe à la gestion courante de l'association, et veille à la mise en oeuvre des décisions de l'assemblée générale. A ce titre, le bureau est investi des pouvoirs les plus étendus, pour gérer, diriger et administrer l'association sous réserve de ceux dévolus aux assemblées générales et au conseil d'administration.

Article 13.4 – Fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit selon la fréquence définie par le règlement intérieur.



Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, sauf dans les cas où une majorité qualifiée est requise en vertu des dispositions du règlement intérieur.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du bureau donnent lieu à l'établissement d'un relevé de décisions approuvé par le conseil d'administration lors de sa réunion suivante, signé par le président et le secrétaire ou leurs remplaçants.

Les relevés de décisions sont établis sans blancs ni ratures, sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'association.

ARTICLE 14 – PRESIDENT DE L'ASSOCIATION

Article 14.1 - Qualités

Le président de l'association est le représentant légal de celle-ci. Il est chargé d'exécuter les décisions du bureau, de l'assemblée générale et du conseil d'administration et d'assurer le bon fonctionnement de l'association.

Ses actes engagent l'association à l'égard des tiers (banques, associations, justice...)

Il peut déléguer, par écrit, et sur autorisation du bureau, tout ou partie de ses pouvoirs. La délégation totale ou partielle des pouvoirs du président emporte responsabilité du délégataire pour les actes accomplis dans ce cadre.

Le président peut mettre fin, à tout moment et sans motif à cette délégation.

Article 14.2 – Pouvoirs

Le président de l'association assure la gestion quotidienne de l'association. Il agit au nom et pour le compte du bureau et de l'association, et notamment :

- Assurer le fonctionnement et la gestion quotidienne de l'association
- Représenter l'association dans tous les actes de la vie civile. Il a notamment, qualité pour ester en justice au nom de l'association, tant en demande qu'en défense. En cas de représentation en justice, le président ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale.
- Convoquer, présider et diriger les travaux des assemblées générales, du conseil d'administration et du bureau et fixer les ordres du jour.
- Exécuter les décisions arrêtées par le bureau et le conseil d'administration.
- Signer tout contrat d'achat ou de vente et, plus généralement, tous actes et tous contrats nécessaires à l'exécution des décisions émanant du bureau, du conseil d'administration et des assemblées générales.
- Œuvrer et fonctionner au nom de l'association, auprès de toute banque ou établissement de crédit, tout compte de dépôt ou compte courant.
- Présenter les budgets annuels, ordonner les dépenses et contrôler l'exécution des budgets et des comptes annuels.
- Remplir toutes les formalités de déclarations et publications prescrites par le législateur.
- Présenter un rapport de gestion et un rapport moral à l'assemblée générale annuelle.
- Embaucher, gérer ou licencier du personnel salarié après avis du conseil d'administration.

Il doit être majeur pour réaliser les actes de constitution, de modification ou de transmission du patrimoine de l'association.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre des pouvoirs ci-dessus définis, devra être autorisé préalablement par le conseil d'administration.



En cas d'absences, maladie, révocation ou d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président ou tout autre membre désigné par le bureau.

ARTICLE 15 – VICE-PRESIDENT DE L'ASSOCIATION

Le vice-président a vocation à assister le président de l'association dans l'exercice de ses fonctions.

Il peut agir sur délégation du président de l'association et sous son contrôle ou après un vote pris par les membres du bureau. Il peut recevoir des attributions spécifiques et temporaires, définies par le président de l'association.

Le vice-président remplace le président de l'association en cas d'empêchement, de démission ou de décès de celui-ci.

ARTICLE 16 – SECRETAIRE DE L'ASSOCIATION et éventuellement adjoint

Le secrétaire, en collaboration avec le président, veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'association.

Il établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux des réunions du bureau, du et des assemblées générales.

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

ARTICLE 17 – TRESORIER DE L'ASSOCIATION et éventuellement adjoint

Le trésorier établit, ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'association. Il procède à l'appel annuel des cotisations. Il établit un rapport financier, qu'il présente avec les comptes annuels lors de l'assemblée générale ordinaire annuelle. Il fait ouvrir et fonctionner au nom de l'association, auprès de toute banque ou tout établissement de crédit, tout compte de dépôt ou compte courant. Il crée, signe, accepte, endosse et acquitte tout chèque et ordre de virement pour le fonctionnement des comptes.

Il peut, par délégation, et sous le contrôle du président de l'association, procéder au paiement des dépenses d'investissement inférieures à 3000 euros et à l'encaissement des recettes.

Pour toute dépense d'investissement supérieure à 3000 euros, le trésorier procède au règlement après délibération du conseil d'administration. En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, l'assemblée générale alloue chaque année un budget prévisionnel de dépenses. Le contrôle des dépenses de fonctionnement engagées par l'association est effectué par le trésorier et ce, sous le contrôle du président de l'association.

ARTICLE 18 – INDEMNITES DES MEMBRES

Toutes les fonctions, y compris celles des membres du Conseil d'Administration et du bureau, sont gratuites et bénévoles.

Seuls les frais occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés sur justificatifs.

Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale Ordinaire expose, par bénéficiaire, les remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.



Le règlement intérieur prévoit la nature des frais remboursables, la nature des missions et la qualité des bénéficiaires pouvant prétendre à des défraiements.

ARTICLE 19 – REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé en Assemblée Générale, vient fixer les divers points non prévus par les présents statuts, ayant trait à :

- L'administration interne de l'association,
- La fixation des obligations étendues des pouvoirs du professionnel de santé libéral coordinateur de soins au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé,
- Les modalités de mise en commun des informations au profit des membres adhérents,
- Les outils d'évaluation des pratiques professionnelles et l'analyse de ces pratiques concernant chaque intervenant professionnel de santé,
- L'organisation de réunions de concertation des professionnels de santé au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé,
- L'organisation de réunions d'information ou de formation de l'ensemble des membres,
- Les diverses modalités d'enregistrement de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé constituées par les membres adhérents de l'association auprès de l'Agence Régionale de Santé en vue de la contractualisation de leurs projets respectifs
- Les modalités tenant aux propositions faites aux instances et institutions quant aux projets envisagés dans le domaine de l'organisation de la santé et des soins,
- Les modalités de transmission de chaque projet à l'Agence Régionale de Santé en vue de la signature d'un contrat déclinant les engagements réciproques des différents acteurs.

Le règlement intérieur fixe en outre :

- Les conditions d'utilisation des fonds reçus par l'association,
- Les conditions et l'habilitation des membres en vue d'une redistribution des fonds selon un protocole validé en Assemblée Générale, dédiés à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ou aux professionnels de santé.

ARTICLE 20 – DISSOLUTION

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou judiciaire, la dissolution de l'association est proposée à l'assemblée générale extraordinaire par :

- Le président de l'association
- Une décision à la majorité simple du bureau

La dissolution de l'association ne peut être prononcée que par une assemblée générale extraordinaire, convoquée spécialement à cet effet et statuant aux conditions de quorum et de majorités indiquées à l'article 11.2 des présents statuts.

En cas de dissolution, l'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation.

A la clôture des opérations de liquidation, il conviendra de distinguer parmi les ressources suivantes :

- L'actif qui provient des financements publics : dans cette hypothèse, la dévolution sera opérée selon les dispositions prévues dans la convention tripartite entre l'association, la caisse primaire d'assurance maladie et l'ARS.
- L'actif qui provient des cotisations des membres, de dons ou d'apports en nature : dans cette hypothèse, l'actif sera transféré :
 - Soit à une autre association même n'ayant pas le même objet social,
 - Soit à une autre personne morale de droit privé (fondation, syndicat...)



- Soit à l'association nouvellement créée installée sur tout ou partie du territoire de la communauté, à la suite d'autorisation de l'ARS
- Soit à une personne morale de droit public (collectivité territoriale, établissement public...)

Dans ces quatre derniers cas de dévolution, il est nécessaire que l'attributaire ait la capacité de recevoir des libéralités si la dévolution se fait à titre gratuit, et de ne pas être un écran dissimulant frauduleusement les membres.

Le choix de la dévolution sera décidé en assemblée générale extraordinaire, aux règles de quorum et de majorité prévues par l'article 11.2 des présents statuts.

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

ARTICLE 21 – LIBERALITES

L'association pouvant accepter des legs, testaments et donations, le rapport et les comptes annuels, tels que définis à l'article 11 sont adressés chaque année au préfet du département.

L'association s'engage à présenter ses registres et pièces de comptabilité sur toute réquisition des autorités administratives en ce qui concerne l'emploi des libéralités qu'elle serait autorisée à recevoir, à laisser visiter ses locaux par les représentants compétents de ces autorités et à leur rendre compte du fonctionnement de l'association.

« Fait à La Ciotat, le 02 JUILLET 2021 »

Signatures de deux représentants (noms, prénoms et fonctions) au minimum, nécessaires pour la formalité de déclaration de l'association.

GRILLOU Elodie

Présidente



STABLOT Laurence

Vice-présidente

