



Intitulé du projet

Projet de santé CPTS La Cévenole

Date de dépôt

Statut juridique de la structure préfiguratrice porteuse du projet	<input checked="" type="checkbox"/> Association loi 1901
Nom de la structure	CPTS La Cévenole
N° Association (le cas échéant)	Association loi 1901 n° W3011008884-JO Identifiant SIRET : 918 220 534 00013
Coordonnées de la structure	Adresse postale : Siège social : Reseda- Maison de la Santé 34 B avenue Jean Baptiste Dumas, 30100 Alès Téléphone : Courriel : cpts.lacevenole@gmail.com
Personne contact	NOM : Salanova PRENOM : Amandine Profession : Médecin Généraliste Téléphone : Courriel :
Représentant légal de la structure	Nom : SALANOVA Prénom : Amandine Profession : Médecin G
Taille de la CPTS (population)	<input type="checkbox"/> Taille 1 (moins de 40 000 habitants) <input type="checkbox"/> Taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants) <input checked="" type="checkbox"/> Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants) <input type="checkbox"/> Taille 4 (plus de 175 000 habitants)
Département (s) et territoire (s) ou commune(s) concernés	Département (s) : Gard (30) Commune(s) concernées : Aigremont, Alès, Anduze, Bagard, Boisset-et-Gaujac, Brouzet-Lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Les Plans, Lédignan, Martignargues, Maruéjols-Lès-Gardon, Massanes, Maussargues, Mons, Montagnac, Monteils, Moulézan, Méjannes-Lès-Alès, Ners, Ribaute-les-Tavernes, Rousson, Saint-Bénézet, Saint-Christol-Lez-Alès, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Hilaire-De-Brethmas, Saint-Hippolyte-De-Caton, Saint-Jean-Du-Pin, Saint-Julien-Les-Rosiers, Saint-Just-Et-Vacquières, Saint-Martin-De-Valgalgues, Saint-Paul-La-Coste, Saint-Privat-Des-Vieux, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Saint-Etienne-De-l'Olm, Savignargues, Seynes, Soustelle, Vézénobres
Validation de la lettre d'intention	Septembre / 2022

Introduction

L'association « **CPTS La Cévenole** » a été créée le 15 février 2022.

Les professionnels de santé du territoire regroupant les secteurs d'Alès et des alentours et particulièrement ceux de ville ont décidé de se constituer en COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) dans une logique de projet populationnel.

Ce dispositif vise un décloisonnement pluriprofessionnel qui :

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

Le projet de création de la CPTS s'inscrit dans l'objectif de coordonner des actions de santé en ayant la possibilité de les développer et de les diversifier en fonction des besoins de la population, et ceux en adéquation avec la démographie des professionnels de santé sur le territoire.

Le territoire est situé dans le bassin de vie Alésien et au nord du département du Gard. Il regroupe au total 42 communes, soit une population de 101 248 habitants¹.

La force de notre projet est d'être avant tout porté par les professionnels du territoire et de regrouper les équipes de soins primaires, les acteurs de soins de premier et de second recours et les acteurs médico-sociaux et sociaux. Il permet de mettre en place un dispositif souple et adaptatif, à la main des professionnels.

¹ Rezone CPTS (octobre 2022) ; Source : Données INSEE, Recensement 2018.

Sommaire

DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	4
1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic	6
2 - Territoire de la CPTS.....	7
3 - Approche statistique du territoire.....	11
4 - Analyse des données & identification des problématiques	59
5 - Orientations stratégiques du projet de santé.....	67
DEFINITION DES MISSIONS.....	72
1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant.....	77
1B - Prise en charge des soins non programmés en ville	84
2 - Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	90
3 - Développement des actions territoriales de prévention.....	108
4 - Participation à la gestion de crise sanitaire	119
5 - Développement de la qualité et de la pertinence des soins	123
6 - Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	129
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT.....	134
1 - Gouvernance.....	136
2 - Coordination des acteurs	169
3 - Systèmes d'information	172
4 - Budget prévisionnel	175
5 - Planification du projet	184
ANNEXES	189
Données statistiques	190
Statuts juridiques de la CPTS.....	195
Règlement intérieur.....	208
Conventions de partenariats formalisées.....	209

1^{ère} partie

Diagnostic territorial

Introduction

Le diagnostic territorial est l'étape préalable permettant d'identifier les besoins et de définir les objectifs.

Il a été réalisé de manière participative avec l'ensemble des acteurs du territoire (professionnels de santé, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, associations, usagers, partenaires, élus...), afin de recenser et mettre en évidence les forces et les faiblesses, ainsi que les attentes des professionnels et des usagers. Il permet d'identifier les causes de dysfonctionnements et surtout de dégager des axes de progrès.

A partir des éléments recueillis, qui constituent une sorte d'état des lieux général, nous nous sommes attachés à décrire et comprendre les problématiques de santé et leurs déterminants, d'explorer les comportements et les représentations de la population ainsi que des professionnels de santé. Cette analyse approfondie a été nécessaire afin d'identifier les besoins, qu'ils soient latents, ressentis ou exprimés clairement.

Au vu de la ruralité du territoire, de nombreuses données sont neutralisées, ce qui a complexifié l'analyse statistique. Il est donc d'autant plus nécessaire de compléter le diagnostic territorial par une approche qualitative.

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

1 - Méthodologie de réalisation du diagnostic

Les porteurs du projet de santé de la CPTS ont travaillé en échangeant longuement avec les tutelles (l'ARS Occitanie, la CPAM du Gard), les associations de soutien à l'exercice coordonné (le Guichet CPTS, la FECOP, Association Reseda), les collectivités territoriales (Alès Agglomération), les structures d'exercice coordonné existantes sur le territoire ou à proximité (Centre de santé FILIERIS, la CPTS « Entre Châtaigne et Micocoule » à Saint-Jean-du-Gard, la CPTS « Entre Cèze et Gardon en Cévennes » à Saint-Ambroix), le Centre Hospitalier d'Alès en Cévennes et divers établissements médico-sociaux du territoire (Centres Médico-Sociaux, Maison des Adolescents du Gard, le Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence Gard-Lozère)

Le diagnostic territorial repose sur le recueil de données quantitatives et qualitatives, réalisé entre octobre 2022 et mars 2023.

Les principales sources de données quantitatives utilisées proviennent de :

- L'Assurance maladie du Gard [Annexe 3]
- Rezone CPTS [Annexe 1]: production de données par l'Assurance Maladie dans le but d'accompagner les professionnels de santé dans la constitution de leur projet de santé
- L'Observatoire des territoires (Géoclip): diffusion de données relatives aux dynamiques et aux disparités territoriales
- L'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques
- GéoMSA [Annexe 4]: les statistiques de la Mutualité Sociale Agricole, la sécurité sociale agricole
- Diagnostic Local de Santé 2019
- C@rtoSanté
- CépiDC
- Ministère de la santé et des solidarités
- L'Agence Régionale de Santé Occitanie [Annexe 2]
- L'Observatoire de l'emploi en Occitanie (Pôle Emploi)
- L'Observatoire Régional des Urgences Occitanie [Annexe 5]
- Contrat Local de Santé du Pays Cévennes

Par ailleurs, l'association Reseda qui anime le Contrat Local de Santé du Pays Cévennes et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ont mis à disposition de la CPTS des informations complémentaires, qui ont permis de renforcer les données quantitatives (exemple : Diagnostic Local de Santé de 2019).

Afin d'obtenir des données qualitatives, nous avons recueillis le ressenti de nombreux professionnels vis-à-vis de leur exercice. Pour représenter au mieux les besoins de l'ensemble du territoire pouvant varier selon les communes, les professionnels sollicités ont été choisis selon leur profession et lieu d'exercice.

Une communication active a été réalisée dans l'objectif de favoriser la concertation, la participation et la mobilisation des professionnels de santé du territoire.

2 - Territoire de la CPTS

A - Limites géographiques de la CPTS

Nom de la commune / quartier	Code Insee	Code postal	Nombre d'habitants
AIGREMONT	30002	30350	777
ALÈS	30007	30100	41 837
ANDUZE	30165	30140	3 327
BAGARD	30027	30140	2 556
BOISSET ET GAUJAC	30042	30140	2 552
BROUZET-LES-ALES	30055	30580	671
CASSAGNOLES	30071	30350	395
CENDRAS	30077	30480	1 715
DEAUX	30101	30360	651
DOMESSARGUES	30104	30350	743
GÉNÉRARGUES	30129	30140	694
LES PLANS	30197	30340	273
LÉDIGNAN	30146	30350	1 481
MARTIGNARGUES	30158	30360	432
MARUÉJOLS-LÈS-GARDON	30160	30350	261
MASSANES	30161	30350	201
MAURESSARGUES	30163	30350	170
MONS	30173	30340	1 725
MONTAGNAC	30354	30350	200
MONTEILS	30177	30360	656
MOULÉZAN	30183	30350	665
MÉJANNES-LÈS-ALÈS	30165	30340	1 195
NER	30188	30360	710
RIBAUTE-LES-TAVERNES	30214	30720	2 113
ROUSSON	30223	30340	4 251
SAINT-BÉNÉZET	30234	30350	284
SAINT-CHRISTOL-LEZ-ALÈS	30243	30380	7 055
SAINT-CÉSAIRE-DE-GAUZIGNAN	30240	30360	386
SAINT-HILAIRE-DE-BRETHMAS	30259	30560	4 503
SAINT-HIPPOLYTE-DE-CATON	30261	30360	233
SAINT-JEAN-DU-PIN	30270	30140	1 517
SAINT-JULIEN-LES-ROSIERS	30274	30340	3 401
SAINT-JUST-ET-VACQUIÈRES	30275	30580	315
SAINT-MARTIN-DE-VALGALGUES	30284	30520	4 497
SAINT-PAUL-LA-COSTE	30291	30480	291
SAINT-PRIVAT-DES-VIEUX	30294	30340	5 275
SAINT-SÉBASTIEN-D' AIGREFEUILLE	30298	30140	503
SAINT-ÉTIENNE-DE-L'OLM	30250	30360	405
SAVIGNARGUES	30314	30350	235
SEYNES	30320	30580	159
SOUSTELLE	30323	30110	122
VÉZÉNOBRES	30348	30360	1 816
		Total	101 248 habitants ²

² Source : Rezone CPTS (octobre 2022).

B – Taille de la population

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

C – Cartographie du territoire



Figure 1 : Délimitation géographique de la CPTS La Cévenole

D - Caractéristiques générales du territoire

Pour envisager et créer le territoire de la CPTS La Cévenole, nous nous sommes basés dans la mesure du possible sur les limites de santé déjà existantes sur le bassin Alésien. En

particulier sur les limites territoriales des permanences de soins mais aussi en tenant compte des limites administratives d'Alès Agglomération.

Cependant, nous avons extrait les communes initialement prédéfinies par les permanences de soins qui étaient déjà engagées dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (soins de premier recours) qui elle-même était engagée sur d'autres CPTS avoisinantes à savoir : CPTS Regards, CPTS Entre Châtaigne et Micocoule et CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes.

D'autres communes ont été extraites par conflit de mitoyenneté et de zones frontières avec la CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes, dans l'unique but de conserver une logique territoriale avec les professionnels de santé en action sur ces communes.

L'ensemble des communes concernées par les deux paragraphes sont en accord avec ces décisions et il a été convenu d'initier un travail partenarial conjoint entre CPTS dans un souci de cohérence des offres de soins dans les limites géographiques des territoires.

Le territoire de la CPTS est marqué par une histoire minière. Le groupement mutualiste Filieris est présent depuis fort longtemps et continu de proposer une offre de soins à travers de nombreux centres de santé. Ces centres de santé influent sur l'offre de soins du territoire.

La mobilisation autour du projet sera maintenue durant la phase projet de santé et continuée durant le déploiement des missions de la CPTS, afin de garantir un maximum de représentativité proportionnelle et pluriprofessionnelle. A l'heure actuelle, 191 professionnels de santé ont adhéré à la CPTS (72 infirmiers, 37 pharmaciens, 25 médecins généralistes, 3 médecins spécialisés, 7 psychologues cliniciens, 4 masseurs-kinésithérapeutes, 2 sage-femmes, 2 chirurgiens-dentistes, 4 ergothérapeutes, 8 orthophonistes, 1 orthoptiste, 5 diététiciens, 1 podologue, etc.). Par ailleurs, 1 sage-femme retraité et 1 psychiatre retraité ont adhéré à la CPTS ainsi que des cadres de santé, chefs de service et directeurs d'établissements.

Le territoire du projet de la CPTS La Cévenole est situé dans le bassin de vie Alésien. Il s'étend sur une surface de 482 km²³. Il compte **101 248 habitants et 42 communes de typologies majoritairement urbaine/semi-rurale**⁴. **Le territoire est assez attractif et reste relativement dense** avec 207,13 habitants au Km² contre 127,37 habitants au Km² pour le Gard⁵.

La ville principale est la commune d'Alès (sous-préfecture) où l'on retrouve l'essentiel de l'activité économique, administrative, sanitaire et sociale. Le territoire de la CPTS est fortement marqué par son passé minier. De plus, on y retrouve 7 quartiers prioritaires de la politique de la ville répartis sur deux communes :

- Alès : Alès Centre, Cauvel, Cévennes, La Royale, Près-Saint-Jean, Rochebelle, Tamaris
- Anduze : Centre-Ville

Ce qui représente 15 020 habitants⁶. Par ailleurs, de nombreuses communes telles que Cendras, Rousson, Saint-Julien-les-Rosiers, Saint-Martin-de-Valgalgues ainsi que le Quartier des Promelles à Alès et le Quartier de Cavalas à Saint-Christol-lès-Alès sont des territoires dits de « veille active ».

³ Source : Agence Régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial », mai 2021, p.3.

⁴ Source : Rezone CPTS (octobre 2022)

⁵ Source : Observatoire des territoires – Insee, recensement 2018

⁶ Source : Insee, 2019.

Une part importante de la population est donc en situation de précarité⁷. Joseph Wresinsky (prêtre)⁸ a défini la précarité dans un rapport du Conseil économique et social comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ». La population du territoire est composée majoritairement de retraités, inactifs, employés et ouvriers. De nombreuses instabilités sont reliées à la précarité tel que l'habitat, l'emploi, le milieu familial, les soins, l'éducation, la mobilité, etc. Ces personnes se retrouvent parfois isolées et ont tendance à attribuer qu'un rôle secondaire à leur état de santé physique et mental⁹.

L'analyse du diagnostic territorial, nous permettra d'exposer les problématiques dévoilées auxquelles nous apporterons une réponse. Améliorer l'accès aux soins pour tous notamment en améliorant la coordination entre les professionnels de santé, les professionnels des structures sociales et médico-sociales est au centre des préoccupations de tous.

En termes d'offres de santé, le territoire de la CPTS La Cévenole est composé de professionnels de santé libéraux et salariés de la Clinique Bonnefon, du Centre Hospitalier Alès-Cévennes ainsi que des trois centres de santé FILIERIS¹⁰. Néanmoins, sur le territoire, il y a un manque de professionnels de santé (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pédiatre...).

Bien que l'accessibilité au numérique soit favorable sur le territoire, nous constatons une fracture numérique. Cette fracture numérique impacte la population dans leurs droits d'accès aux soins tout comme les professionnels de santé dans leur exercice et plus précisément dans le domaine de la E-Santé. Pourtant, 45,3% des locaux sont raccordables à la fibre optique¹¹ et 99,3% de la surface est couverte en 4G par au moins un opérateur (contre 85,7% en France en 2021)¹². Cette fracture s'explique par une population du territoire est qualifiée comme vieillissante (le taux de personnes de personnes âgées sur le territoire (11,9% en 2018) est supérieur au taux en France (9,3% en 2018))¹³.

⁷ Wresinski J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, Journal officiel, 1987, p. 14.

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2005-4-page-38.htm#no2> (Consulté le : 24/11/2022).

⁸ Membre du conseil économique et social de la République française à partir de 1979, il a rédigé le Rapport aux répercussions sociales et politiques importantes à travers l'Europe et dans le Monde intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ».

⁹ Zaouche Gaudron, C. et Sanchou, P. (2005). « Introduction », *Empan*, 4 (60), page 10-13. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2005-4-page-10.htm> (Consulté le : 24/11/2022).

¹⁰ Ces centres de santé contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé. Déclinés sur plusieurs territoires, ils répondent aux besoins identifiés sur chacun d'eux, par les Agences Régionales de Santé. Créé en 1946, FILIERIS est un acteur de santé publique géré par la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) afin d'assurer la gestion du régime spécial de sécurité sociale des mines. Issu de la longue histoire du régime minier, ce réseau de professionnels de santé était réservé aux mineurs ainsi qu'à leurs familles, mais aujourd'hui, il est ouvert à tous.

¹¹ Source : Observatoire des territoires- Arcep, données du 1^{er} trimestre 2019, du 4^{ème} trimestre 2020 et du 2^{ème} trimestre 2021.

¹² Source : Observatoire des territoires- Arcep, données du 3^{ème} trimestre 2017, du 3^{ème} trimestre 2019 et du 1^{er} trimestre 2021.

¹³ Source : Observatoire des territoires- Insee, recensement 2018.

3 - Approche statistique du territoire

Les statistiques présentées ci-dessous sont issues de la consultation de l'outil REZONE CPTS et de l'INSEE. Ces différentes sources peuvent générer des écarts entre les données de population et les données de consommation de soins.

Par ailleurs, certaines données de l'outil Rezone CPTS sont neutralisées et donc non exploitables.

A - Données socio-démographiques

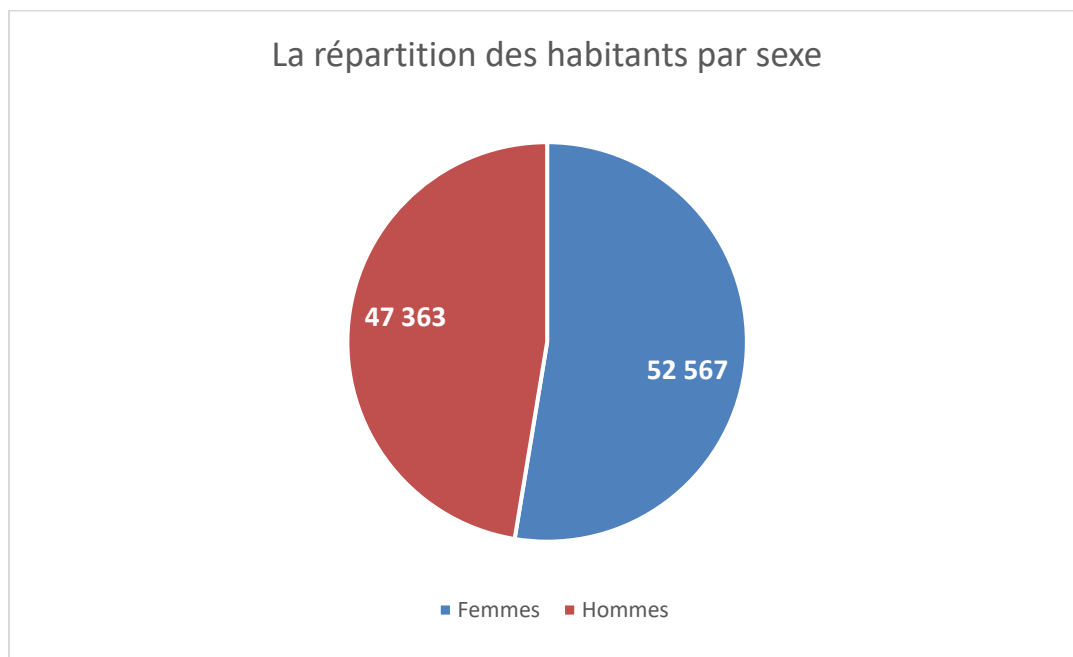


Figure 2 : Répartition des habitants par sexe ; Source : données INSEE, recensement 2018.

Au dernier recensement général de la population, nous avons pu constater que la population était composée majoritairement de femmes en 2018 (52 567 femmes contre 47 363 hommes) avec un total de 99 930 habitants recensés en 2018¹⁴.

¹⁴ Source : Observatoire des territoires, Insee - Recensement 2018

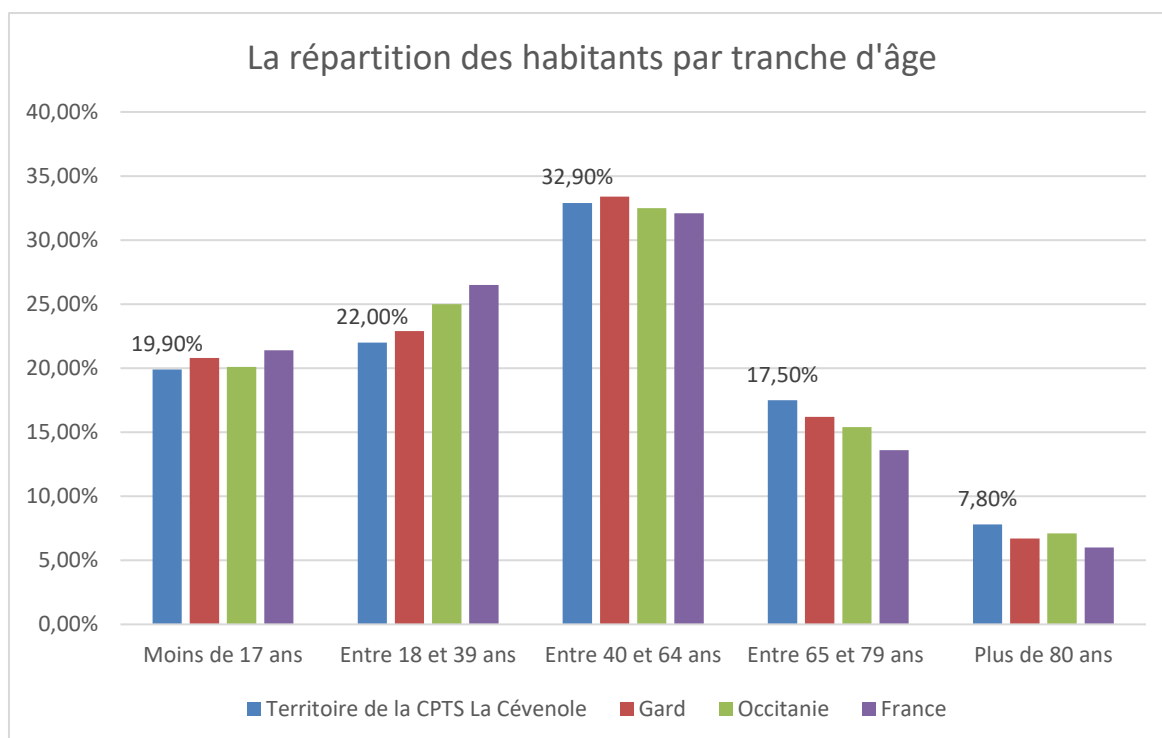


Figure 3 : Répartition des habitants par tranche d'âge ; Source : données INSEE, 2019.

Sur le territoire de la CPTS, peuplé de 101 248 habitants¹⁵, la répartition des habitants par tranche d'âge annonce que le territoire est constitué d'une part plus importante de seniors comparé aux données du Gard et de la Région Occitanie. **La part de 65 à 79 ans et de plus de 80 ans est sur-représentée par rapport au département du Gard** (17,5% pour les 65 à 79 ans et 7,8% pour les plus de 80 ans sur le territoire contre 16,2% pour les 65 à 79 ans et 6,7% pour les plus de 80 ans sur le département du Gard). La part d'habitants âgés entre 40 à 64 ans sur le territoire de la CPTS La Cévenole (32,9%) est quasiment équivalente à celle du département du Gard (33,4%). En revanche, les parts d'habitants âgés de moins de 17 ans et ceux entre 18 à 39 ans sont inférieures sur le territoire de la CPTS comparées aux parts constatées au niveau du Gard et de l'Occitanie. En effet, les moins de 17 ans représentent 19,9% sur le territoire de la CPTS face à 20,8% sur le Gard et 20,1% sur l'Occitanie. D'après Rezone, les 18-39 ans constituent 22% des habitants du territoire, 22,9% du Gard et 25% de l'Occitanie¹⁶.

La population qui réside au sein des communes formant la CPTS est donc relativement âgée. Nous comptons 21 791 personnes âgées de 65 ans et plus sur une population totale de 90 419 habitants¹⁷.

Grâce à l'indice de vieillissement, nous pouvons voir qu'il y a à peu près les mêmes proportions pour les 65 ans et plus et celle des moins de 20 ans sur le territoire de la CPTS La Cévenole. Néanmoins, étant donné qu'il est supérieur à 100, le rapport est plus favorable aux

¹⁵ Source : Rezone CPTS (Octobre 2022).

¹⁶ Source : Observatoire des territoires, Insee, 2019.

¹⁷ Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (Juillet 2022).

personnes âgées contrairement au Gard où il est plus favorable aux jeunes (98,7 dans le Gard contre 115,8 sur le territoire de la CPTS La Cévenole en 2021)¹⁸.

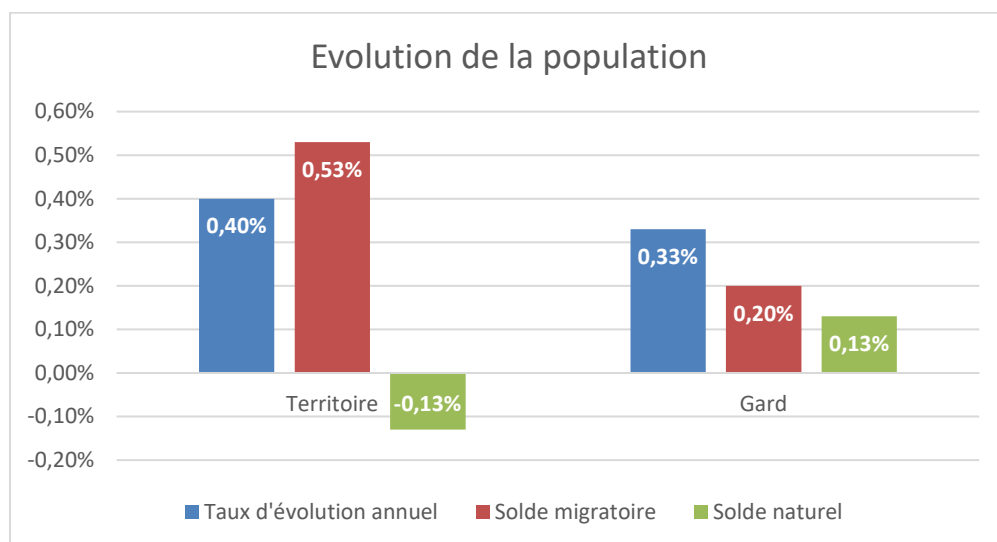


Figure 4 : La croissance démographique entre 2013 et 2018

Entre 2013 et 2018, le taux d'accroissement annuel moyen révèle une augmentation de +0,40% sur le territoire contre une augmentation de +0,33% pour le département du Gard. Cette évolution est principalement due au **solde migratoire qui est important sur le territoire** (+0,53% sur le territoire, +0,20% dans le Gard). En revanche, sur cette même période, le **solde naturel est relativement faible, voire négatif** (-0,13% sur le territoire, +0,13% dans le Gard). En chiffre, la variation annuelle de la population s'élève à une augmentation de 397 habitants sur le territoire. La variation annuelle de la population due au solde migratoire représente une augmentation de 526 habitants alors que le solde naturel représente une baisse de 129 habitants sur le territoire de la CPTS La Cévenole¹⁹.

Tableau 1 : Densité de la population

	CPTS La Cévenole	Gard	France
Population	99 930	745 458	66 732 538
Densité (Habitants au km²)	207,13	127,37	105,47

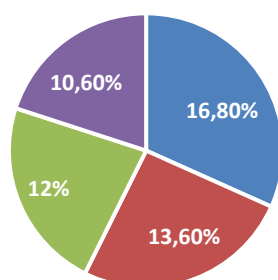
La densité populationnelle du territoire de la CPTS La Cévenole est supérieure à celle du département et du Pays. **Le territoire est assez attractif et reste relativement dense** avec 207,13 habitants au Km² contre 127,37 habitants au Km² pour le Gard²⁰.

¹⁸ Source : GéoMSA, Insee – Recensement 2018.

¹⁹ Source : Observatoire des territoires – Insee, recensement 2013-2018.

²⁰ Source : Observatoire des territoires – Insee, recensement 2018.

Pourcentage de la population couverte par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)



■ Territoire ■ Gard ■ Occitanie ■ France

Figure 5 : La part d'habitants couverts par la Complémentaire Santé Solidaire parmi la population consommante de 17 ans et plus.

La part de la population couverte par la Complémentaire Santé Solidaire est plus importante sur le territoire de la CPTS (16,8%) comparé au Gard (13,6%), à l'Occitanie (12%) ainsi qu'à la France (10,6%)²¹. Nous constatons un écart d'un peu plus de 6 points par rapport en France.²²

²¹ 9,5% de communes ont été neutralisées (Massanes, Maressargues, Les Plans, Montagnac).

²² Source : Rezone, octobre 2022.

Tableau 2 : La composition des ménages en 2018

	CPTS La Cévenole	Gard	Occitanie	France
Nombre de ménages dont la famille principale est formée d'un couple avec enfant(s)	9 930	80 811	621 069	7 537 955
Part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple avec enfant(s)	21,2%	24%	22,7%	25,3%
Nombre de ménages dont la famille principale est formée d'un couple sans enfant	13 239	93 963	742 644	7 752 045
Part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple sans enfant	28,3%	28%	27,2%	26,1%
Nombre de familles monoparentales	5 394	36 093	272 694	3 031 824
Part des ménages dont la famille principale est une famille monoparentale	11,3%	10,5%	9,8%	9,9%
Nombre de ménages d'une seule personne	17 577	119 992	1 040 068	10 926 131
Part des ménages d'une seule personne	37,5%	35,7%	38,1%	36,7%

D'après les indicateurs, nous pouvons constater de nombreuses **situations à risques d'isolement ou de fragilité**. En effet, 91,3% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile. Entre 2009 et 2014, le nombre de personnes âgées vivant seules chez elles est en augmentation (42,3% sur le Pays Cévennes)²³.

D'une part, sur le territoire de la CPTS La Cévenole, **37,5% des ménages sont composés d'une seule personne**. Ce taux est supérieur à ceux du Gard (35,7%) et de la France (36,7%). D'autre part, la **part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple avec enfant(s) est plus faible que la part des ménages dont la famille principale est formée d'un couple sans enfant**. Ce phénomène est commun au département, à la région et au pays. On note une **tendance à la hausse des situations de monoparentalité**. En comparaison au Gard, à l'Occitanie et à la France, le territoire de la CPTS La Cévenole est le territoire où l'on constate une plus grande part de ménages dont la famille principale est une famille monoparentale (11,3% dans le territoire ; 10,5% dans le Gard, 9,8% dans la région Occitanie et 9,9% en France)²⁴.

²³ Source : Diagnostic Local de Santé – 2019.

²⁴ Source : Diagnostic Local de Santé – 2019, Observatoire des territoires, Insee – Recensement 2018.

Tableau 3 : La part d'allocataires du RSA reporté à la population âgée de 15 à 64 ans, exprimé pour 1 000 habitants

Nom des communes	Part d'allocataires du RSA (Pour 1 000 habitants)
Alès	133,7‰
Soustelle	121,3‰
Anduze	117,6‰
Cendras	107‰
Généralgues	81,3‰
Lédignan	81,2‰
Saint-Martin-de-Valgalgues	76,1‰
Saint-Paul-la-Coste	62,6‰
Saint-Christol-lèz-Alès	61,4‰
Maruéjols-lès-Gardon	57,5‰
Rousson	33,9‰
Aigremont	32,4‰
Moulézan	32‰
Saint-Privat-des-Vieux	30,5‰
Saint-Étienne-de-l'Olm	27,5‰
Cassagnoles	25,7‰
Saint-Césaire-de-Gauzignan	21,5‰
Domessargues	20,7‰
Mons	20,1‰
Deaux	17,2‰

Les données statistiques démontrent qu'il y a de la **précarité au sein du territoire de la CPTS**. Alès, Soustelle, Anduze et Cendras affichent un nombre important de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) contrairement à Deaux. D'après l'Insee, 133,7 pour 1 000 habitants à Alès bénéficiaient du RSA ; 121,3‰ à Soustelle ; 117,6‰ à Anduze, 107‰ à Cendras et 17,2‰ à Deaux²⁵.

Certains habitants sont dépendants à 100% de ces prestations sociales. D'après la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), en 2019, les prestations sociales versées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) constitué l'unique ressource de 19% des allocataires²⁶.

²⁵ Source : Observatoire des territoires - Insee, recensement 2018.

²⁶ Source : Observatoire des territoires, Cnaf- 2019.

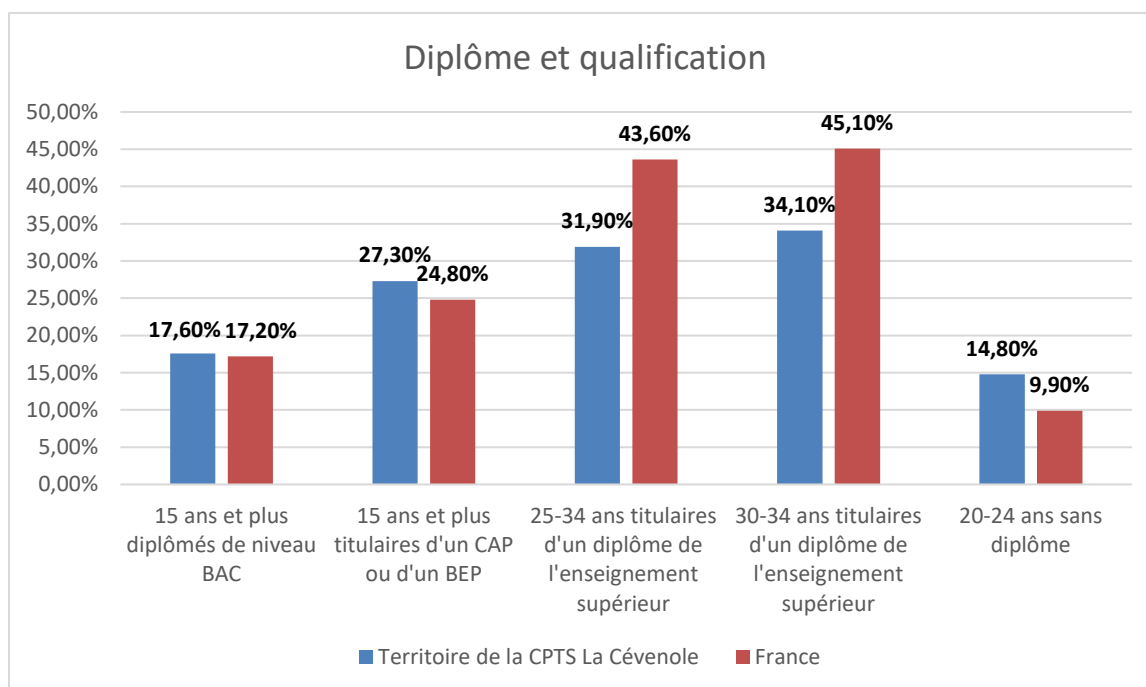


Figure 6 : Les niveaux d'étude des habitants en 2018

Les données statistiques démontrent que **le niveau d'étude est relativement faible sur le territoire de la CPTS La Cévenole**. En comparaison à la France, **la part de 25 à 34 ans et celle de 30 à 34 ans titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur est inférieure sur le territoire** (31,9% pour les 25-34 ans titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur contre 43,6% en France et 34,1% pour les 30-34 ans titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sur le territoire contre 45,1% en France). De plus, **la part des 20 à 24 ans sans diplôme est globalement plus élevée sur le territoire** (14,8% sur le territoire de la CPTS contre 9,9% en France). En revanche, **la part de jeunes de 15 ans et plus non scolarisés diplômés de niveau BAC est quasiment équivalente sur les deux échelons**. En effet, sur l'ensemble des jeunes âgés de 15 ans et plus non scolarisés seulement 17,6% sont diplômés de niveau BAC sur le territoire. Parmi eux, 18,4% sont des femmes et 16,7% sont des hommes. Nous pouvons constater qu'une plus grande part de jeunes de 15 ans et plus sont titulaires d'un CAP ou d'un BEP sur le territoire qu'en France (27,3% contre 24,8%)²⁷.

²⁷ Source : Observatoire des territoires, Insee- 2018.

Tableau 4 : Les taux de chômage et d'emplois précaires en 2018

Chômage et emplois précaires				
	CPTS La Cévenole	Gard	Occitanie	France
Chômeurs de 15 à 24 ans	38,80%	34,20%	30,10%	27,20%
Chômeurs de 15 à 64 ans	19,50%	16,70%	14,50%	13,30%
15-24 ans en emploi précaire	54,70%	55,40%	54,60%	54,20%
15-64 ans en emploi précaire	16,60%	16,40%	16,40%	15,50%
55-64 ans en emploi précaire	10,20%	9,40%	8,70%	7,90%

A travers les déterminants sociaux, nous pouvons affirmer que le territoire de la CPTS La Cévenole est fortement précaire. D'une part, **une partie importante de la population à un faible niveau d'étude**. D'autre part, **une partie considérable de la population bénéficie du Revenu de Solidarité Active**.

Par ailleurs, le **taux de chômage et d'emplois précaires est élevé sur le territoire et touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans**. Parmi l'ensemble des habitants en âge de travailler (de 15 à 64 ans), 19,50% déclarent être au chômage. Au sein de cette population, ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus touchés : **38,80% des 15 à 24 ans sont au chômage**. De plus, il existe une sur-représentation des emplois dits « précaires » au sein du territoire par rapport aux territoires de références. Là encore, ce sont **les jeunes de 15 à 24 ans qui sont davantage touchés** par ce fléau. **Plus de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans occupent des emplois dits « précaires » sur le territoire** de la CPTS La Cévenole (54,70% contre 16,60% pour les 15 à 64 ans). Parmi les habitants de 15 à 64 ans occupant un emploi précaire, 17,3% sont des femmes et 15,8% sont des hommes²⁸.

²⁸ Source : Observatoire des territoires, Insee – recensement 2018.

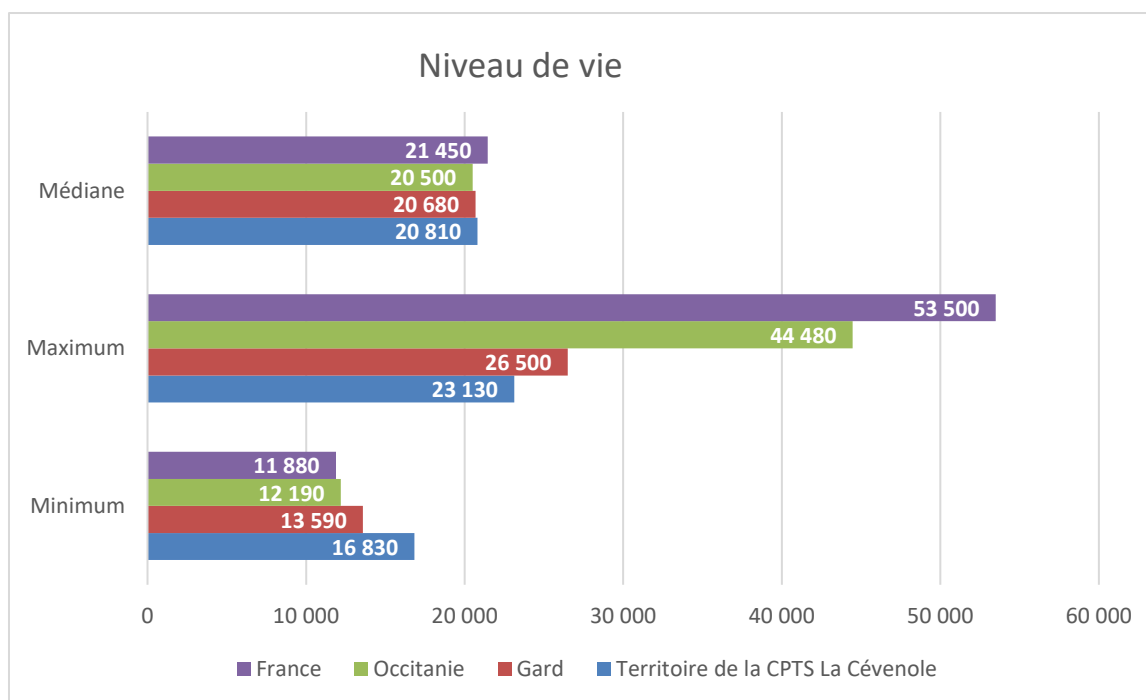


Figure 7 : La médiane du revenu disponible par UC, en euros, en 2018.

La médiane du revenu disponible correspond au niveau au-dessous duquel se situent 50% de ces revenus. De la même manière, il s'agit du niveau au-dessus duquel se situent 50% des revenus. Ce revenu disponible est à la disposition des ménages pour consommer ou épargner.

Sur le territoire de la CPTS, ce revenu médian est égal à 20 810 euros. On y retrouve le revenu médian minimum à Alès (16 830€) et le revenu médian maximum à Montagnac (23 130€).

En France, en 2018, ce revenu médian est égal à 21 450€. En comparaison aux territoires de références, **la médiane la plus faible est sur le territoire de la CPTS La Cévenole**, la région et le département sont plus ou moins égaux (20 680€ dans le Gard contre 20 500€ dans l'Occitanie) et la France a le plus haut niveau de vie médian. De plus, nous pouvons constater de grandes disparités entre les montants minimums et maximums et la médiane sur chacun des territoires²⁹.

²⁹ Sources : Observatoire des territoires, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), 2018.

Tableau 5 : Part des ménages fiscaux imposés en 2018 sur le territoire de la CPTS La Cévenole

	Part des ménages fiscaux imposés
Saint-Privat-des-Vieux	52%
Saint-Julien-les-Rosiers	49%
Saint-Hilaire-de-Brethmas	48%
Bagard	47%
Rousson	46%
Boisset-et-Gaujac	41%
Saint-Christol-lèz-Alès	41%
Ribaute-les-Tavernes	40%
Saint-Martin-de-Valgalgues	37%
Anduze	36%
Alès	33%

Au vu du faible niveau de vie des ménages sur certains territoires, de nombreux ménages ne sont pas imposés fiscalement. Sur le territoire de la CPTS La Cévenole, la part des ménages fiscaux imposés la plus conséquente est sur la commune de Saint-Privat-des-Vieux (52%). Contrairement à Alès où la part de ménages fiscaux imposés est la plus faible (33%)³⁰. En 2019, 16,80% des ménages ont été imposés sur le Gard, 50% en Occitanie et 57,6% en France³¹.

Tableau 6 : Le taux de pauvreté sur des communes du territoire de la CPTS La Cévenole en 2018

	Taux de pauvreté (seuil à 60% du revenu médian)
Alès	30%
Anduze	26%
Saint-Martin-de-Valgalgues	23%
Ribaute-les-Tavernes	19%
Saint-Christol-lez-Alès	19%
Boisset-et-Gaujac	15%
Bagard	15%
Saint-Hilaire-de-Brethmas	15%
Rousson	13%
Saint-Julien-les-Rosiers	13%

De nombreux habitants sont confrontés à de fréquentes situations de précarité financière. En 2019, en France métropolitaine, **9,2 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté monétaire**. Ce seuil de pauvreté est fixé par convention à 60% du niveau de vie médian de la population et correspond à un revenu disponible de 1 102 euros par mois pour une

³⁰ Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), 2018.

³¹ Sources : Insee- DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2022.

personne vivant seule et de 2 314 euros pour un couple avec deux enfants âgés de moins de 14 ans³².

A Alès, en 2018, 30% des individus appartiennent à des ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de 60% de la médiane du revenu disponible à l'ensemble de la population. Sur le territoire de la CPTS La Cévenole, Alès est la commune où l'on retrouve le plus fort taux de pauvreté suivi d'Anduze (26%) puis de Saint-Martin-de-Valgalgues, à l'inverse de Saint-Julien-les-Rosiers et Rousson où l'on remarque que les taux de pauvreté sont les plus bas (13%)³³.

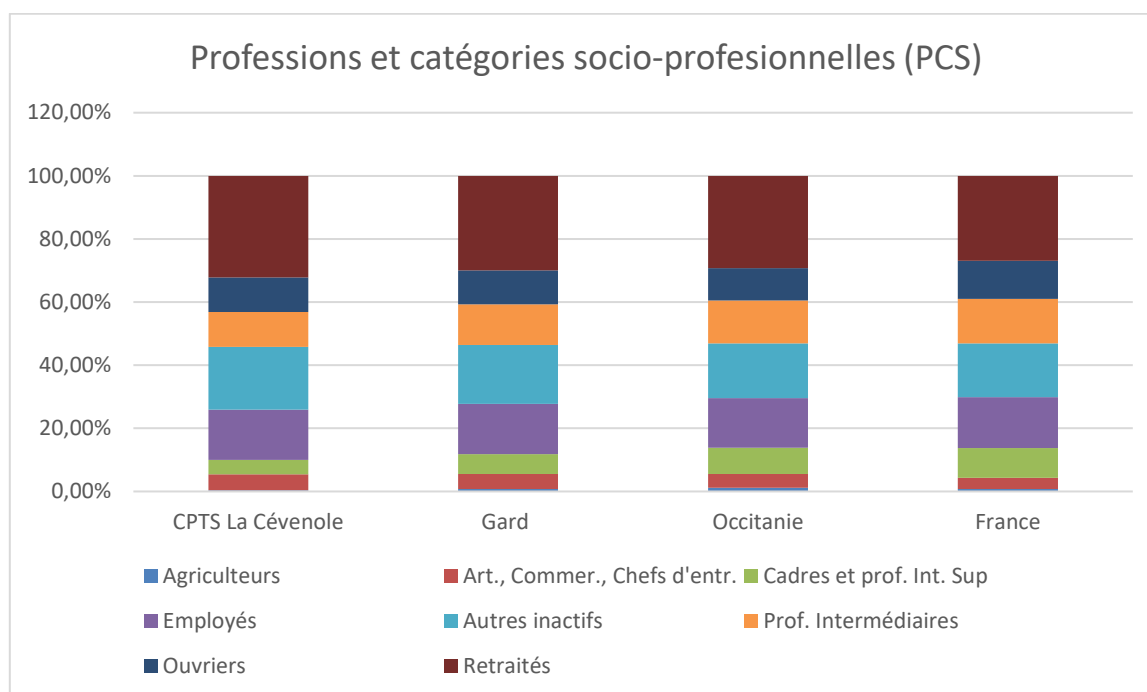


Figure 8 : Les catégories socio-professionnelles

En observant la répartition socioprofessionnelle des populations, nous pouvons voir que les catégories les plus représentées sur le territoire sont les retraités (32,2%), les inactifs (19,9%), les employés (15,9%) ainsi que les ouvriers (10,9%). A l'inverse, celles les moins représentées sont les agriculteurs (0,4%), les cadres (4,6%) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprises (5%). En lien avec le faible niveau d'étude et le manque d'industries à fortes valeurs ajoutées sur le territoire de la CPTS La Cévenole, les catégories socio-professionnelles nécessitant des diplômes de niveau supérieurs sont peu occupées³⁴.

³² Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux_2015 à 2019.

³³ Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi), 2018.

³⁴ Sources : Observatoire des territoires, Insee – Recensement 2018.

L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

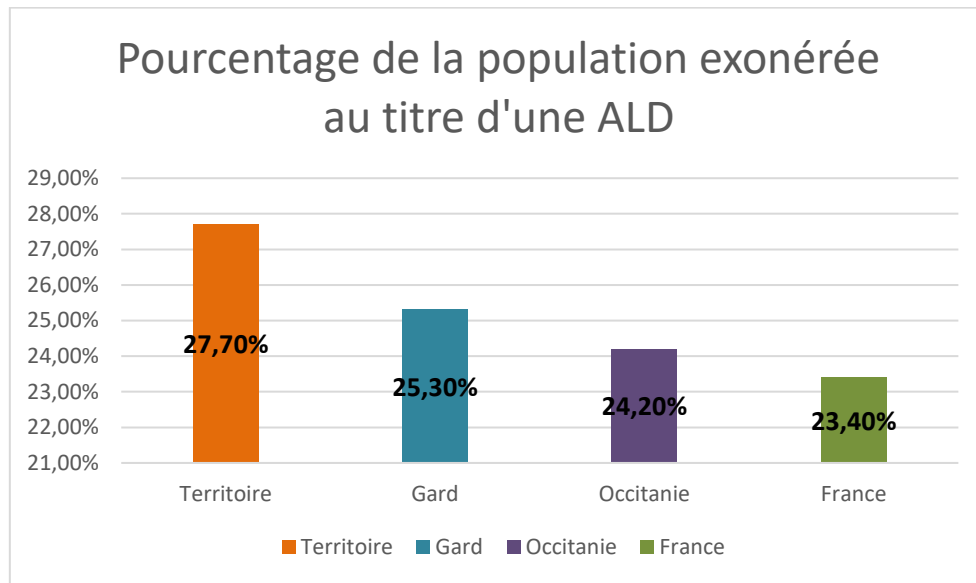


Figure 9 : Pourcentage de la population exonérée au titre d'une Affection de Longue Durée

Sur l'ensemble de la population consommatrice âgée de 17 ans et plus, **la part de personnes exonérées au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) est plus forte sur le territoire du projet qu'à l'échelle départementale, régionale et nationale** (27,7% contre 25,3% dans la Gard, 24,2% dans l'Occitanie et 23,4% en France).

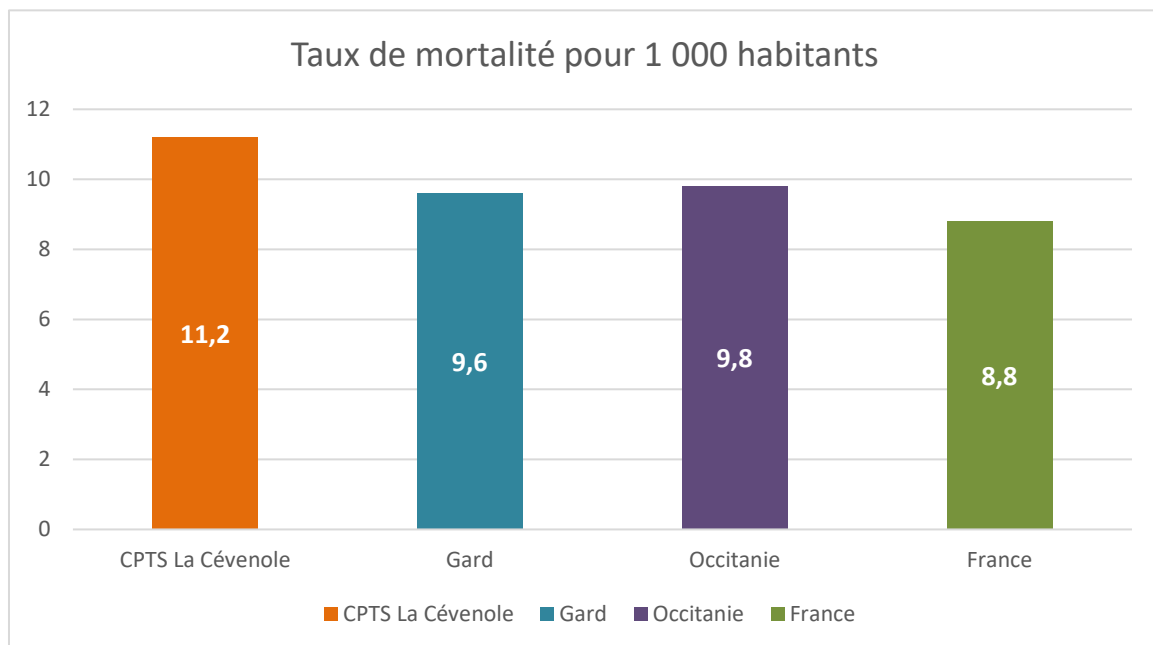


Figure 10 : Taux de mortalité pour 1 000 habitants, entre 2013 et 2018

Le taux de mortalité sur le territoire de la CPTS La Cévenole est plus important que dans les autres territoires de comparaison (11,2‰ dans le territoire de la CPTS contre

9,6‰ dans le département, 9,8‰ dans la région et 8,8‰ en France)³⁵. **Le territoire est en surmortalité significative comparée à la mortalité observée en France.**

Sur la période de référence 2013-2018, on découvre un taux de mortalité infantile égal à 3,8‰ en France et 3,5‰ sur le Gard ³⁶.

D'après l'Observatoire des territoires, en France, le taux de mortalité prématurée standardisée³⁷, s'élève à 1,9‰, c'est-à-dire que 1,9 pour 1 000 des décès ont lieu avant 65 ans en 2019³⁸. Les décès prématurés sont considérés comme évitables. Souvent, ils sont dus à des comportements excessifs (consommation d'alcool, consommation de substances psychoactives, consommation de tabac, accidents de la route, etc.) ou à des problématiques liées aux systèmes de soins, c'est-à-dire l'accès aux soins, aux dépistages...

B - Données spécifiquement liées aux missions dévolues aux CPTS

Dans la continuité de cette logique populationnelle, nous allons ci-dessous présenter les données spécifiques liées aux missions dévolues aux CPTS qui sont :

- Mission socle 1A – Amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant ;
- Mission socle 1B – Amélioration de l'accès aux soins : la prise en charge des soins non-programmés en ville ;
- Mission socle 2 – L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient ;
- Mission socle 3 – Développement des actions territoriales de prévention ;
- Mission socle 4 – Participation à la gestion de crise sanitaire grave ;
- *Mission complémentaire 1 – Développement de la qualité et de la pertinence des soins;*
- *Mission complémentaire 2 – Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.*

A noter que l'analyse statistique suivante est complexifiée par une neutralisation importante des données communales faisant partie de la CPTS.

³⁵ Source : Observatoire des territoires, novembre 2022 - Insee, recensement 1968-2018.

³⁶ Source : Observatoire des territoires, novembre 2022 - Insee, Etat civil, Estimations de population, 2015-2017.

³⁷ Le taux de mortalité standardisée prend en compte la structure par âge quinquennal de la population.

³⁸ Source : Observatoire des territoires, novembre 2022 - Insee, Etat Civil, Estimations de population, 2019.

Mission 1A – Amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant

Les données sont issues de la requête nationale MTT, du DCIR (données inter-régimes) et des données de santé de l'assurance maladie du Gard.

Les données statistiques qui vous sont présentées ci-dessous (« Accès aux soins et couverture de la population par un médecin traitant » ; « population consommante en ALD » ; « population consommante avec la CSS » et « population consommante en ALD avec C2S ») proviennent d'une étude menée par la CPAM, en date du mois de juillet 2022, permettant de n'avoir aucune donnée neutralisée sur le territoire de la CPTS.

Le tableau récapitulatif présenté à la fin de cette partie, permet de comparer avec les autres territoires administratifs et ne présente pas les mêmes données car elles sont issues de Rezone et certaines données ont été neutralisées.

Tableau 7 : Accès aux soins et couverture de la population par un médecin traitant

	CPTS La Cévenole	Gard
Population consommante	90 419	657 619
Part de la population consommante de moins de 16 ans	17,4%	18,5%
Part de la population consommante de 16 à 24 ans	9,7%	9,9%
Part de la population consommante de 25 à 34 ans	10,4%	10,7%
Part de la population consommante de 35 à 49 ans	17,6%	18,6%
Part de la population consommante de 50 à 64 ans	20,8%	20,6%
Part de la population consommante de 65 à 74 ans	13,5%	12,1%
Part de la population consommante de 75 ans et plus	10,6%	9,7%
Population consommante sans médecin traitant	9 120	68 489
	12%	12%
Part de la population entre 16 et 74 ans sans médecin traitant	12%	12%
Nombre d'habitants entre 16 et 74 ans sans médecin traitant	8 619	64 670
Part de la population âgée de 75 ans et plus sans médecin traitant	1%	1%
Nombre d'habitants de 75 ans et plus sans médecin traitant	501	3 819
Part de la population ayant un médecin traitant actif âgé de plus de 60 ans	58,9%	51,4%
Nombre de patients ayant un médecin traitant actif âgé de plus de 60 ans	38 629	240 039
Population consommante en ALD	19 786	130 668
	21,9%	19,9%
Nombre de patients en ALD sans médecin traitant	1 074	7 277
Taux de patients en ALD sans médecin traitant	1%	1%
Nombre de patients ayant un médecin traitant actif âgé de plus de 60 ans	8 998	51 617
Part de la population ayant un médecin traitant actif de plus de 60 ans	49,3%	43,1%
Population consommante avec CSS	16 123	98 690
	17,8%	15%
Nombre de patients sans médecin traitant avec CSS	2 097	11 228
Taux de patients sans médecin traitant et ayant la CSS	3%	2%
Nombre de patients ayant un médecin traitant actif âgé de plus de 60 ans	5 100	27 622
Part de la population ayant un médecin traitant actif âgé de plus de 60 ans	54,7%	48,8%
Population consommante en ALD avec CSS	3 094	18 069
	3,4%	2,7%
Nombre de patients en ADL avec CSS sans médecin traitant	285	1 390
Taux de patients en ADL avec CSS sans médecin traitant	9,8%	8,2%
Taux de patients en ALD avec CSS et médecin traitant âgé de plus de 60 ans	40,1%	39%

90 419 patients consommateurs³⁹ ont été recensés sur le territoire de la CPTS La Cévenole. Le territoire de la CPTS est composé d'une population plus vieillissante qu'à l'échelle départementale.

La part de la population consommatrice âgée entre 16 et 74 ans sans médecin traitant sur le département et celle sur le territoire de la CPTS sont égales (12%)⁴⁰. Tout comme pour les patients âgés de 75 ans et plus, 1% n'ont pas de médecin traitant, un taux égal à celui du département du Gard.

L'accès à un médecin traitant sur le territoire s'avère difficile pour les patients. En effet, 12% de la population soit 9 120 patients âgées de 16 ans et plus n'ont pas de médecin traitant sur le territoire contre 78 914 patients sur le Gard. Parmi les bénéficiaires qui ont un médecin traitant actif, 58,9% soit 38 629 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans sur le territoire contre 240 039 sur le Gard (51,4%)⁴¹.

Concernant la population exonérée au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD), 19 786 patients ont été recensés sur le territoire. Le taux de patients consommateurs en ALD sur le territoire est supérieur au taux sur le département (21,9% sur le territoire de la CPTS contre 19,9% sur le Gard)⁴². **Aux vues de leurs besoins de suivis de parcours, les patients atteints d'une ALD et sans médecins traitant sont considérés comme prioritaires.** Parmi les patients en ALD, 1% n'ont pas de médecin traitant sur le territoire, ce qui représente **1 074 patients d'au moins 16 ans. Les taux de patients en ALD et sans médecin traitant sur le territoire et sur le département du Gard sont égaux (1%).** En ce qui concerne les patients ayant une ALD et un médecin traitant sur le territoire, **49,3% soit 8 998 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans.** Ce taux est **supérieur au taux départemental (43,1%).** Sur le Gard, 51 617 patients ayant une ALD ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans⁴³.

La part de bénéficiaires de la CSS représente 17,8% de la population consommatrice du territoire. Au total, sur le territoire de la CPTS, nous comptons 16 123 bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Parmi eux, 2 097 patients, soit 3% n'ont pas de médecin traitant face à 2% dans le département du Gard⁴⁴. La part de patients ayant la CSS mais pas de médecin traitant sur le territoire de la CPTS est supérieure au taux dans le Gard.

La part de la population ayant une ALD et bénéficiant de la CSS représente 3,4% de la population consommatrice, soit 3 094 habitants sur le territoire de la CPTS. Ce taux est supérieur à celui dans le département du Gard (2,7%) tout comme le taux de patients avec ALD et CSS sans médecin traitant (9,8% sur le territoire contre 8,2% dans le Gard) ainsi que le taux de patients en ALD avec CSS et médecin traitant âgé de 60 ans et plus ((40,1% sur le territoire face à 39% dans le Gard)⁴⁵

A noter que le nombre de patients sans médecin traitant va augmenter dans les années à venir à cause des départs à la retraite de professionnels (parmi la population consommatrice, 58,9% ont un médecin traitant âgé de 60 ans et plus)⁴⁶.

³⁹ Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (juillet 2022).

⁴⁰ Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (juillet 2022).

⁴¹ Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (juillet 2022).

⁴² Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (juillet 2022).

⁴³ Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM, ERASME, 31 juillet 2022.

⁴⁴ Source : Données de l'Assurance Maladie du Gard (juillet 2022).

⁴⁵ Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM, ERASME, 31 juillet 2022.

⁴⁶ Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM, ERASME, 31 juillet 2022.

Tableau 8 : Tableau comparatif des données du territoire avec les autres territoires administratifs observés. Source : Rezone CPTS (octobre 2022) - DCIR/SNDS/SNIIRAM (année 2021)

Patients consommateurs ⁴⁷	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire CPTS La Cévenole et territoires administratifs		
	Territoire	Département	Région	France	Département	Région	France
17 ans et plus (nombre)	85 313	634 100	4 971 108	54 449 668	-	-	-
17 ans et plus sans médecin traitant ⁴⁸	11,3%⁴⁹ 9 615 pat.	11,3%	11,1%	11,4%	0	+0,2	-0,1
17 ans et plus sans médecin traitant et en ALD	1,6%⁵⁰ 1 191 pat.	1,3%	1,3%	1,2%	+0,3	+0,3	+0,4
17 ans et plus sans médecin traitant et ayant la CSS	3%⁵¹ 2 338 pat.	1,9%	1,7%	1,5%	+1,1	+1,3	+1,5
70 ans et plus (nombre)	19 438	130 833	1 018 874	10 024 659	-	-	-
70 ans et plus sans médecin traitant	5,8%⁵² 967 pat.	5,9%	6,2%	5,8%	-0,1	-0,4	0

Les données statistiques présentées dans le tableau ci-dessus, nous permettent d'établir un comparatif au niveau départemental, régional et national. Ces chiffres varient de ceux montré précédemment car les sources sont différentes (les données dans le tableau 8 ci-dessus proviennent de l'outil Rezone CPTS tandis que celles énoncées dans le tableau 7 proviennent de l'assurance maladie du Gard). Par ailleurs, le nombre de patients consommateurs pris en compte n'est pas le même. Une analogie des données statistiques n'a pas été envisageable puisque les tranches d'âges des bénéficiaires pris en compte sont différentes dans les deux analyses.

L'accès à un médecin traitant est donc une problématique sur le territoire de la CPTS La Cévenole. En effet, le taux de patients âgées de 17 ans et plus sans médecin traitant sur le territoire (11,3%) est quasiment égal au taux dans le Gard (11,3%) et en France (11,4%) mais aussi supérieur au taux sur la région (11,1%).

Pour les patients exonérés au titre d'une ALD, 1,6% soit 1 191 patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant. Nous constatons un écart de 0,3 point par rapport au département et à la région ainsi qu'un écart de 0,4 point par rapport en France.

⁴⁷ Patient consommant : au moins une consommation dans la période de référence.

⁴⁸ Sans médecin traitant : sans déclaration de médecin traitant ou ayant un médecin traitant en cessation ou fictif.

⁴⁹ 2,4% de communes neutralisées.

⁵⁰ 59,5% de communes neutralisées.

⁵¹ 54,8% de communes neutralisées.

⁵² 69% de communes neutralisées.

Les patients bénéficiaires de la CSS et sans médecin traitant sont 3% sur le territoire soit 2 338 patients de 17 ans et plus. Ce taux est défavorable, on note un écart de 1,1 par rapport au département, 1,3 par rapport en Occitanie et 1,5 par rapport en France.

Les patients âgés de 70 ans et plus sont 19 438 sur le territoire. Parmi eux, 5,8% soit 967 patients n'ont pas de médecin traitant. Dans le département du Gard, 5,9% des patients âgés de 70 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit un écart de 0,1 point par rapport au territoire de la CPTS. Dans la région Occitanie, 6,2% des patients âgés de 70 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, ce qui représente un écart de 0,4 point par rapport au territoire de la CPTS. En revanche, le taux de patients âgés de 70 ans et plus sans médecin traitant à l'échelle nationale est équivalent au taux sur le territoire de la CPTS.

Les professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS confirment que les patients rencontrent des difficultés à trouver un médecin traitant. Ceci est dû en partie à la démographie médicale défavorable mais également aux inégalités sociales et territoriales en santé constatées sur le territoire. A cela s'ajoutent, les problématiques de mobilités, de transports de précarité, d'isolement, de renoncement aux soins, etc.

Mission socle 1B – Amélioration de l'accès aux soins : la prise en charge des soins non-programmés en ville

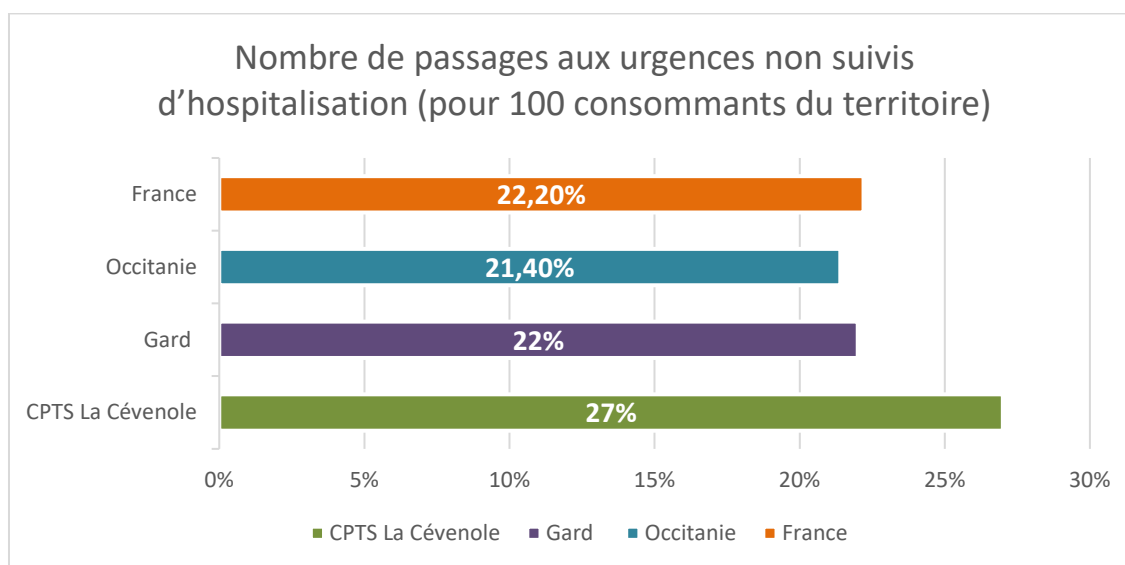


Figure 11 : Le nombre de passage aux urgences en 2019

Le service des urgences d'Alès est particulièrement sollicité. Le **taux de passages aux urgences sur le territoire de la CPTS La Cévenole est relativement supérieur aux taux de passages aux urgences sur les territoires de comparaison** (27% sur le territoire contre 22,2% en France, 22% sur le Gard et 21,40% en Occitanie). Le nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommant calculé à partir du forfait ATU équivaut à **21 926 patients** passants aux urgences sur le territoire⁵³.

Recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation		
	Territoire de la CPTS	Gard
Population consommante	90 419	657 619
Population ayant eu recours au moins une fois aux urgences	7 405	38 158
Part de la population ayant eu recours au moins une fois aux urgences	8,2%	2%
Taux de passages aux urgences		
Plus de 3 passages aux urgences	0,2%	0,1%
1 à 3 passages aux urgences	8%	5,7%
Aucun passage aux urgences	91,8%	94,2%

D'après les données de l'Assurance Maladie du Gard, parmi les 90 419 consommateurs, **8,2% soit 7 405 patients ont eu recours au moins une fois aux urgences sur le territoire**. Ce taux est **supérieur au taux départemental** qui s'élève seulement à 2%. Pour 100 consommateurs, nous comptons en moyenne 11 passages aux urgences sur le territoire face à 7 passages sur le département⁵⁴.

⁵³ Sources : Rezone CPTS – ATI, 2019.

⁵⁴ Sources : Assurance maladie du Gard/ SIAM, ERASME, 31 juillet 2022.

Tableau 9 : Comparatif de l'activité des structures d'urgence dans le Gard et l'Occitanie en 2021

	Occitanie	Gard	CH d'Alès	Clinique Bonnefon
Population INSEE	6 013 289	751 840		
Nombre de passage	1 776 177	211 872	41 294	11 295
Evolution 2020/2021 (en %)	+14,5%	+15,6%	+12,6%	+13,1%
Taux de passages (en %)	29,5%	28,2%		
Selon le type de patient				
Âge médian (ans)	39	37	45	48
Part des patients de moins de 15 ans (en %)	20,1%	20,1%	18,1%	10,4%
Evolution 2020/2021 pour les moins de 15 ans (en %)	+34,7%	+33,8%	+25,8%	+16,0%
Part des patients de 75 ans et plus (en %)	15%	14,1%	20,3%	14,9%
Evolution 2020/2021 pour les 75 ans et plus (en %)	+7,8%	+8,8%	+11,0%	+9,9%
Selon l'arrivée aux urgences				
Horaire PDSA	44,7	43,7	46,5	33,2
Nuit [20h-08h [	25,6	43,7	29,1	14,9
Nuit profonde [00h-08h [	10,9	25,6	13,0	6,2
CCMU 1	13,7	16,0	7,8	5,0
CCMU 4-5	1,7	1,3	1,5	0,3
Durée de passage				
Part pris en charge en moins de 4H (en %)	65,1%	64,1%	66,2%	69,8%

Nous pouvons constater **une forte hausse annuelle des passages aux urgences** par rapport à 2020. Entre 2020 et 2021, le nombre de passage a augmenté de 14,5% sur la région Occitanie et de 15,6% sur le département du Gard. Sur l'année 2021, les taux de passages sont estimés à 29,5% en Occitanie et 28,2% dans le Gard, soit 1 776 177 passages aux urgences dans la région et 211 872 passages dans le département. Par ailleurs, nous pouvons constater que certains usagers se rendent dans des structures d'urgence pour des raisons (7,8 au Centre Hospitalier Alès-Cévennes et 5,0 à la clinique Bonnefon en CCMU 1 signifiant un degré d'urgence faible et 1,5 au Centre Hospitalier Alès-Cévennes et 0,3 à la clinique Bonnefon CCMU 4-5 signifiant un degré d'urgence élevé)⁵⁵.

⁵⁵ Source : Observatoire Régional des Urgences- Occitanie, 2021.

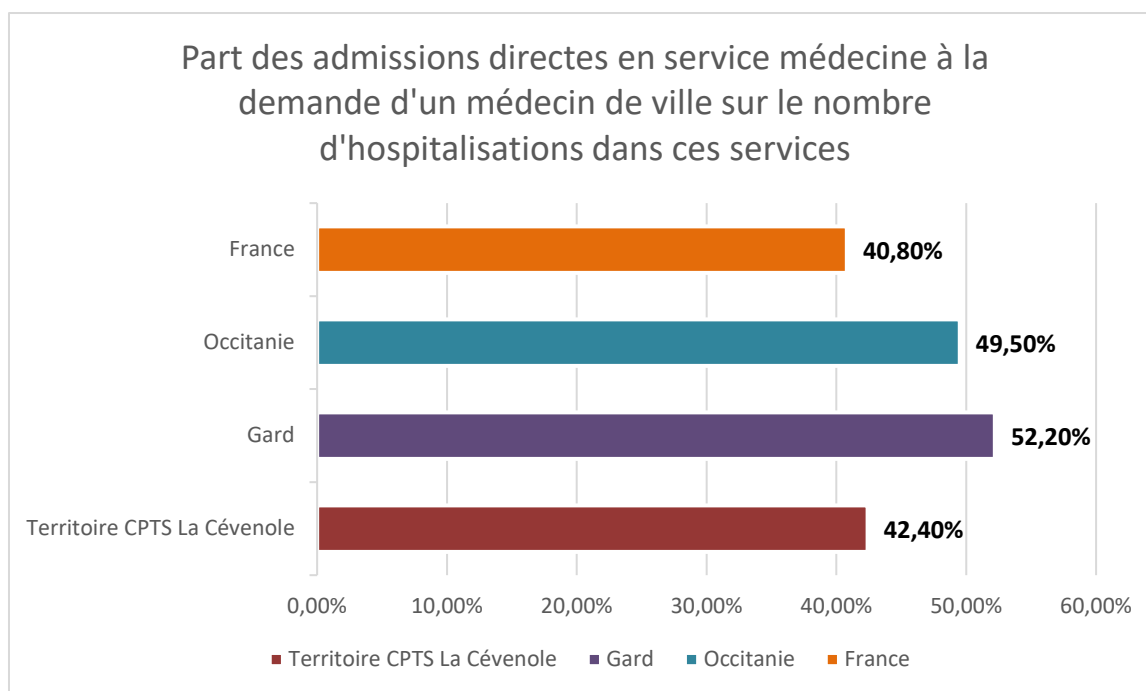


Figure 12 : Les admissions directes en service médecine en 2019

La part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisation dans ces services est égale à **42,4%**⁵⁶, soit **2 607 patients sur le territoire**. Ce **taux est inférieur aux taux des territoires de comparaison**. Toutefois, de nombreuses communes sur le territoire de la CPTS ont été neutralisées⁸. Le département dispose du plus fort taux d'admissions directes en service médecine (52,2%) suivi par la région (49,5%) et la France (410,8%)⁵⁷. Par rapport au territoire de la CPTS, nous constatons un écart de :

- **-9,8** points par rapport au niveau départemental
- **-7,1** points par rapport au niveau régional
- **+1,6** points par rapport au niveau national.

Ces chiffres soulignent le besoin de coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

⁵⁶ Taux de commune(s) neutralisée(s) : 38,1% (Cassagnoles, Deaux, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Moulézan, Les Plans, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac).

⁵⁷ Sources : Rezone CPTS – ATIH, 2019.

Mission socle 2 – L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

PARCOURS DE SOINS ET PREVALENCE DES PATHOLOGIES EN REFERENCE A LA LISTE DES 30 AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Tableau 10 : La prévalence des pathologies dans la population consommante

Pathologies	Taux de prévalence				Différence entre le territoire CPTS et les territoires administratifs		
	CPTS La Cévenole	Gard	Occitanie	France	Gard	Occitanie	France
<i>Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée</i>							
Diabète de type 1 et diabète de type 2	5,6% ⁵⁸ 5 841 pat.	5,2%	4,8%	5,1%	+0,4	+0,8	+0,5
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4,2% ⁵⁹ 4 319 pat.	3,8%	3,9%	3,7%	+0,4	+0,3	+0,5
Affectations psychiatriques de longue durée	3,3% ⁶⁰ 3 405 pat.	2,8%	2,8%	2,4%	+0,5	+0,5	+0,9
Maladie coronaire	2,9% ⁶¹ 2 992 pat.	2,6%	2,6%	2,2%	+0,3	+0,3	+0,7
Insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme graves, cardiopathie valvulaires graves, cardiopathie congénitales graves	2,8% ⁶² 2 933 pat.	2,4%	2,4%	2,2%	+0,4	+0,4	+0,6

La prévalence désigne selon l'Institut d'Etudes Démographiques (Ined), le nombre de cas d'une maladie pour une population déterminée aussi bien les nouveaux cas que les anciens.

Les cinq prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur le territoire de la CPTS La Cévenole sont :

- Le diabète de type 1 et 2
- Les tumeurs malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- Les affections psychiatriques de longue durée
- Les maladies coronaires
- Et les insuffisances cardiaques graves.

⁵⁸ Taux de communes neutralisées : 11,9% (Cassagnoles, Maressargues, Seynes Soustelle, Montagnac).

⁵⁹ Taux de communes neutralisées : 19% (Cassagnoles, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Les Plans, Seynes, Soustelle, Montagnac).

⁶⁰ Taux de communes neutralisées : 40,5% (Cassagnoles, Deaux, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Paul-la-Coste, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac).

⁶¹ Taux de communes neutralisées : 31% (Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)

⁶² Taux de commune(s) neutralisée(s) : 38,1% (Cassagnoles, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Maressargues, Moulézan, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac).

La forte neutralisation des données actuelles ne nous permet pas d'établir une analyse précise des pathologies prévalentes.

Dans la population consommante, c'est-à-dire parmi les patients ayant une ALD active et un remboursement, **les taux de prévalences des pathologies ci-dessus sont tous supérieurs sur le territoire de la CPTS par rapport aux territoires de comparaison.** Parmi ces affections de longue durée, le diabète est en tête (5,6% soit 5 841 patients affectés contre 4 319 patients touchés par des tumeurs et affections des tissu lymphatique ou hématopoïétique, 3 405 patients ont une affection psychiatrique de longue durée, 2 992 patients ont une maladie coronaire et 2 933 patients ont une insuffisance cardiaque)⁶³.

A noter que la forte neutralisation des données rend l'analyse statistique plus complexe.

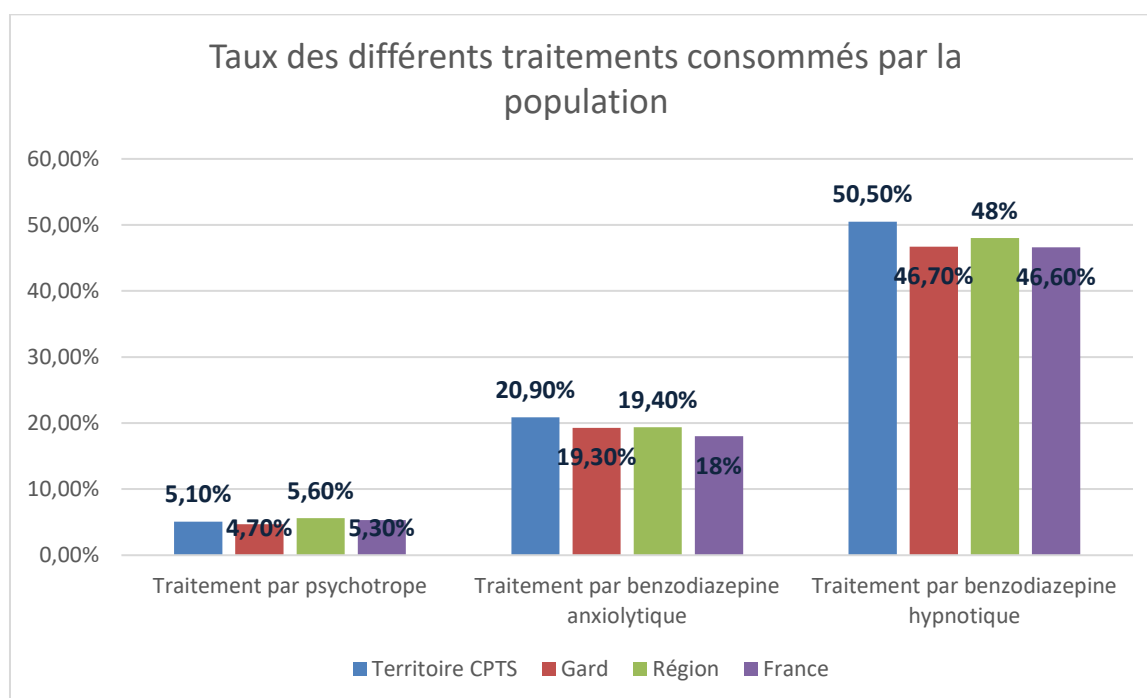


Figure 13 : Les différents traitements consommés par les patients selon les territoires. Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (année 2021).

Les traitements par benzodiazépine hypnotique⁶⁴ sont les plus consommés sur le territoire avec un taux s'élevant à 50,5% face à 46,7% sur le Gard, 48% en Occitanie et 46,6% en France. L'écart entre le territoire de la CPTS et les autres territoires de comparaison est égal à :

- **+3,8** points par rapport au département ;
- **+2,5** points par rapport à la région ;
- **+3,9** points par rapport à la France.
-

⁶³ Source Rezone CPTS-DCIR-SNDS-SNIIRAM, 2021.

⁶⁴ D'après le rapport Rezone CPTS, le taux de traitement par benzodiazépine hypnotique désigne le rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à plus de 28 unités de benzodiazépine hypnotique délivrées sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de benzodiazépine hypnotique sur 6 mois avant la 1^{ère} délivrance (Page 8). Taux de communes neutralisées : 59,5%.

De même, les traitements par benzodiazépine anxiolytique⁶⁵ sont plus élevés sur le territoire de la CPTS que sur les territoires administratifs de comparaison (20,9% sur la zone de la CPTS ; 19,3% sur le Gard ; 19,4% en Occitanie et 18% en France). Nous constatons donc un écart de **+1,6** points par rapport au département, **+1,5** points par rapport à la région et **+2,9** points par rapport à la France.

Pour finir, le taux de traitement par psychotrope représente 5,1% sur le territoire. Ce taux est supérieur au taux sur le département (4,7%) mais inférieur aux taux régional (5,6%) et national (5,3%). Par rapport au territoire, nous notons une différence de **+0,4** points dans le Gard, **-0,5** points dans la région et **-0,2** points en France.

A noter que les données statistiques ont été fortement neutralisées et l'analyse de ces chiffres ne reflètent pas forcément la réalité du territoire.

Niveau de polymédication continue et d'antibiorésistance

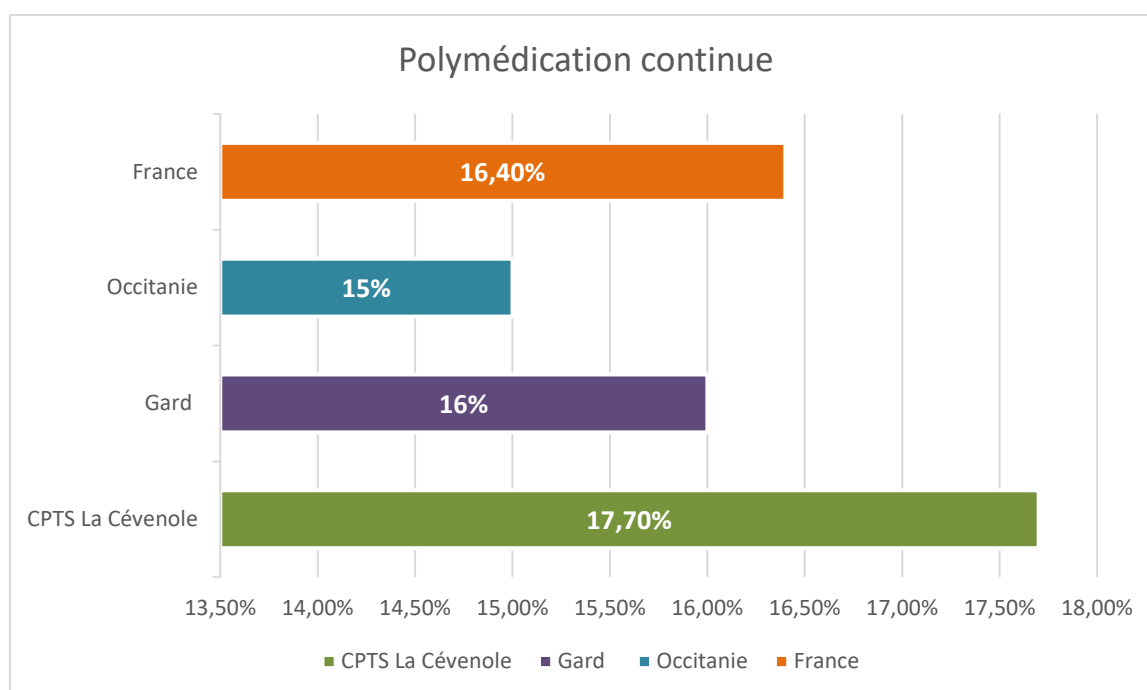


Figure 14 : Part de la population de 65 ans et plus concernée par la polymédication continue parmi la population consommante de la même tranche d'âge, en 2021

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Chez les personnes âgées, **la polymédication est fréquente** car souvent ces personnes sont atteintes de polyopathologies ainsi que de maladies chroniques. Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), la polymédication est **un enjeu de santé publique en termes de qualité et d'efficacité des soins**

⁶⁵ D'après le rapport Rezone CPTS, le taux de traitement par benzodiazépine anxiolytique correspond au rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à 4 délivrances au moins de benzodiazépine anxiolytique sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de benzodiazépine anxiolytique sur 6 mois avant la première délivrance (Page 8). Taux de communes neutralisées : 54,8%.

mais également de dépenses de santé. Le taux de polymédication continue⁶⁶ sur le territoire⁶⁷ (17,7%) est supérieur aux taux national (16,4%), départemental (16%) et régional (15%).

Ce chiffre peut être mis en lien avec la population vieillissante sur le territoire de la CPTS La cévenole, cela signifie que **sur le territoire de la CPTS, 4 621 patients de 65 ans et plus ont eu au moins 10 molécules distinctes délivrées trois fois dans l'année**⁶⁸.

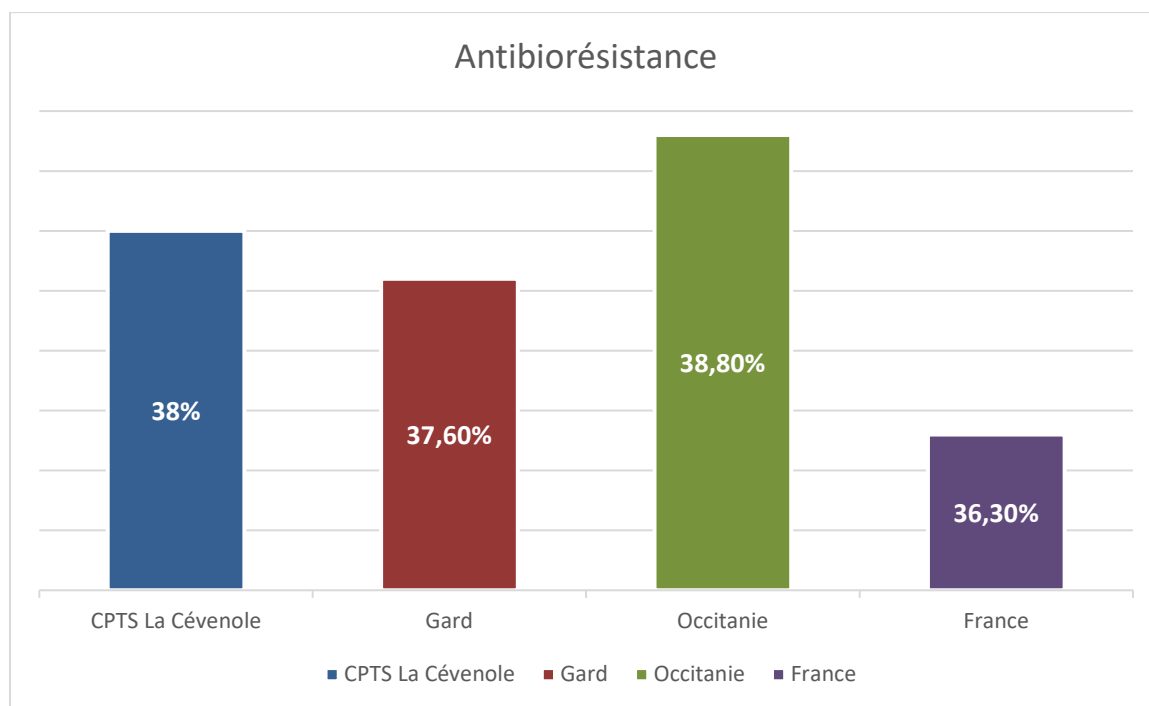


Figure 15 : Part de la population traitée par antibiotiques générateurs d'antibiorésistance

Le niveau d'antibiorésistance sur le territoire de la CPTS La Cévenole, est quasiment égal à la moyenne régionale et départemental et est légèrement supérieur au taux national. En 2021, 38% de la population consommante est traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance sur le territoire de la CPTS La Cévenole. Sur le territoire, **11 511 patients sont traités par antibiotiques générateurs d'antibiorésistance**⁶⁹.

⁶⁶ Le rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules (classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées au moins trois fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans et plus.

⁶⁷ 26,2% de communes neutralisées : Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Bénézet, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac.

⁶⁸ Source : Rezone-DCIR-SNDS-SNIIRAM, 2021.

⁶⁹ Source : Rezone- DCIR-SNDS-SNIIRAM, 2021.

Tableau 11 : Zoom sur l'antibiorésistance

	CPTS La Cévenole		Gard	
	Population Antibiotique traités par Antibiorésistance	Part des prescriptions Antibiorésistance parmi les prescriptions Antibiotique	Population Antibiotique traités par Antibiorésistance	Part des prescriptions Antibiorésistance parmi les prescriptions Antibiotique
Ensemble consommateurs	34,6%	25,5%	34,3%	25,6%
16 ans et plus ⁷⁰	37,7%	27,9%	37,5%	28,1%
Entre 4 et 15 ans ⁷¹	15,8%	11,7%	15,6%	11,7%
Moins de 4 ans	29,1%	18%	26,6%	17,2%

L'étude menée par la CPAM nous permet d'analyser les taux d'antibiorésistance selon les tranches d'âge.

Parmi l'ensemble des consommateurs, 34,6% de la population sont traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance sur le territoire de la CPTS parmi la population traitée par antibiotique.

Chez les enfants de 4 à 15 ans, l'antibiorésistance est faible (15,8%) en comparaison aux moins de 4 ans et au plus de 16 ans. Cependant, le **taux d'antibiorésistance chez les 4 à 15 ans est plus élevé sur le territoire de la CPTS que sur le département du Gard.**

Nous pouvons constater que les 16 ans et plus ont des taux supérieurs (part traitée par antibiotiques tout comme la part de prescriptions antibiotiques) à l'ensemble des consommateurs que ce soit sur le territoire comme sur le Gard.

Sur le territoire, 133 070 boîtes d'antibiotiques ont été délivrées et 64 034 ont été prescrites, soit 14% du volumes des prescriptions au niveau départemental (Gard : 961 62 boites délivrées et 456 765 prescriptions)⁷².

Le domaine de la petite enfance est une thématique à laquelle les professionnels de santé du territoire tiennent tout particulièrement. L'enjeu mis en avant par les professionnels est d'améliorer le parcours de la petite enfance, la prévention, le développement de l'enfant au niveau sanitaire et médico-social, notamment par le dépistage précoce des troubles DYS. Mais également, améliorer la coordination entre tous les acteurs de la petite enfance. Lors des nombreux échanges, les professionnels de santé ont évoqué les problématiques qu'ils rencontrent, énumérés leurs besoins et évoqués les actions qu'ils envisagent.

⁷⁰ Antibiorésistance : Amoxicilline + Acide clavulanique, céphalosporine 3^{ème} et 4^{ème} génération.

⁷¹ Céphalosporines 3^{èmes} et 4^{ème} génération

⁷² Source : Assurance maladie du Gard- 31 juillet 2022.

Mission socle 3 – Développement des actions territoriales de prévention

PREVENTION

	CPTS La Cévenole	Gard
Taux de dépistage des cancers du sein : Part des femmes de 50 à 74 ans participants au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein sur les 2 dernières années parmi la population féminine consommatrice de 50 à 74 ans.	56,1%	55,2%
Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus : Part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'une cytologie ou d'un test HPV au cours des 3 dernières années parmi l'ensemble de la population féminine de consommatrice de 25 à 65 ans	58,8%	61,1%
Taux de dépistage du cancer colorectal : Part des consommateurs de 50 à 74 ans participant au dépistage colorectal au cours des 2 dernières années parmi la population consommatrice de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 2 dernières années	25,8%	25,6%
Taux de vaccination contre le méningocoque C : part d'enfants consommateurs de 15 à 26 mois ayant eu au moins 1 délivrance de vaccin anti-méningocoque C depuis leur naissance parmi les enfants de 15 à 26 mois consommateurs ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance	95,1%	95,6%
Taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : part d'enfants consommant de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance parmi les enfants de 19 à 30 mois consommateurs ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance	69,9%	75,4%
Taux de vaccination contre la grippe : Part de la population consommatrice vaccinée contre la grippe saisonnière parmi la population éligible à la campagne	52,4%	52,7%
Taux de vaccination contre la grippe (65 ans et plus) : Part de la population consommatrice de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe saisonnière parmi la population éligible à la campagne	56%	56,8%
Taux de vaccination contre la grippe (16 ans à 64 ans) : Part de la population consommatrice de 16 à 64 ans vaccinée contre la grippe saisonnière parmi la population éligible à la campagne	35,6%	34,4%

Figure 16 : Prévention

Grâce aux données de l'Assurance Maladie du Gard, nous constatons que de manière générale, les taux de dépistage des cancers et de vaccination sur le territoire de la CPTS sont faibles. Qu'il s'agisse du dépistage des cancers du sein ou du cancer du col de l'utérus, le territoire de la CPTS La Cévenole enregistre des taux de dépistages supérieurs à 50% (56,1% de dépistage des cancers du sein et 58,8% de dépistage du cancer du col de l'utérus). Les taux de dépistage des cancers du sein, de dépistage du cancer colorectal et le taux de vaccination contre la grippe des personnes entre 16 et 64 ans sur le territoire sont supérieurs aux taux relevés dans le Gard.

On retrouve des taux de vaccination très approuvés chez les enfants : les taux de vaccination contre le méningocoque C sont quasiment égaux sur le territoire et le département

(95,1% sur le territoire contre et 95,6% sur le département). **En revanche, le taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est inférieur sur le territoire au taux sur le Gard (75,4% contre 69,9% sur le territoire de la CPTS La Cévenole).**

La vaccination contre la grippe, notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus est égale à 56% sur le territoire et est quasiment égale au taux sur le Gard (56,8%). Les résultats sont moins promoteurs chez les adultes. En effet, le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 16 à 64 ans est largement inférieur à la moyenne (35,6% sur le territoire contre 34,4% sur le département du Gard).

2 044 personnes ont été vaccinées dans le territoire soit 0,13% des personnes vaccinées dans le département⁷³.

En conclusion, le taux de dépistage des cancers est faible par rapport à l'objectif européen (75% pour le cancer du sein versus 56,1% sur notre territoire ; 85% pour le cancer du col de l'utérus contre 58,8% sur notre territoire ; 65% pour le cancer colorectal face à 25,8% sur notre territoire)⁷⁴. Le taux de vaccination contre la grippe pour les 65 ans et plus reste faible par rapport à l'objectif énoncé par l'OMS (75%⁷⁵ contre 56% sur le territoire de la CPTS La Cévenole).

⁷³ Source : Assurance Maladie du Gard/ SIAM/ERASME– 31/07/2022.

⁷⁴ Source : La Sécurité Sociale. « Dépistage organisé des cancers ». Disponible sur : <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/221-depistage-organise-des-cance.html> (Consulté le : 17/03/2023).

⁷⁵ Source : Santé Publique France « Vaccination contre la grippe 2021-2022 Ce n'est pas parce qu'on n'en parle plus que la grippe a disparu ». Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/info_presse_grippe_14_10_2021.pdf (Consulté le : 17/03/2023).

Tableau 12 : Les indicateurs associés à la prévention ; Source :
Rezone/DCIR/SNDS/SNIIRAM (période du 01/04/2021 au 31/12/2021)

Prévention - Vaccination					Différence territoire CPTS La Cévenole et territoires administratifs		
Indicateurs	Territoire CPTS La Cévenole	Département	Région	France	Département	Région	France
Dépistage Cancers							
Cancer du sein ⁷⁶	60,3% ⁷⁷ 11 309 pat.	59%	60,1%	61,6%	1,3	0,2	-1,3
Cancer colorectal ⁷⁸	28,6% ⁷⁹ 8 315 pat.	28%	29,9%	32,3%	0,6	-1,3	-3,7
Cancer du col de l'utérus ⁸⁰	48,7% 12 904 pat.	52%	55%	51,8%	-3,3	-6,3	-3,1
Vaccination							
Grippe saisonnière ⁸¹	59,8% 15 978 pat.	58%	57,9%	58,6%	1,8	1,9	1,2
Grippe saisonnière chez les personnes à risque ⁸²	35,6% ⁸³ 1 458 pat.	33,6%	33,6%	34,2%	2	2	1,4
Rougeole/Oreillons/ Rubéole ⁸⁴	79,6% ⁸⁵ 634 pat.	80,3%	81,4%	83,8%	-0,7	-1,8	-4,2
Méningocoque C ⁸⁶	95,9% ⁸⁷ 745 pat.	95,8%	95,7%	96,4%	0,1	0,2	-0,5

Les données de Rezone relative aux actions de prévention engagées sur les 42 communes du projet, affichent **une activité de prévention défavorables par rapport aux données départementales, régionales et nationales**, notamment :

- La polymédication continue,
- Les traitements portant des risques iatrogènes (traitement psychotropes, antibiorésistance etc.),
- Le dépistage du cancer colorectal,
- La vaccination contre la grippe saisonnière,
- Les examens bucco-dentaires chez les moins de 16 ans [cf. Figure 17 : Les examens bucco-dentaires chez les moins de 16 ans].

⁷⁶ Part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein.

⁷⁷ 2,4% de communes neutralisées.

⁷⁸ Part de patients consommateurs de 50 à 74 ans ayant eu un dépistage du CCR au cours des 2 dernières années.

⁷⁹ 2,4% de communes neutralisées.

⁸⁰ Part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.

⁸¹ Part des patients consommateurs de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière.

⁸² Part des patients consommateurs de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)

⁸³ 57,1% de communes neutralisées.

⁸⁴ Part des patients consommateurs de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.

⁸⁵ 59,5% de communes neutralisées.

⁸⁶ Part des patients consommateurs de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C.

⁸⁷ Taux de communes neutralisées : 61,9%.

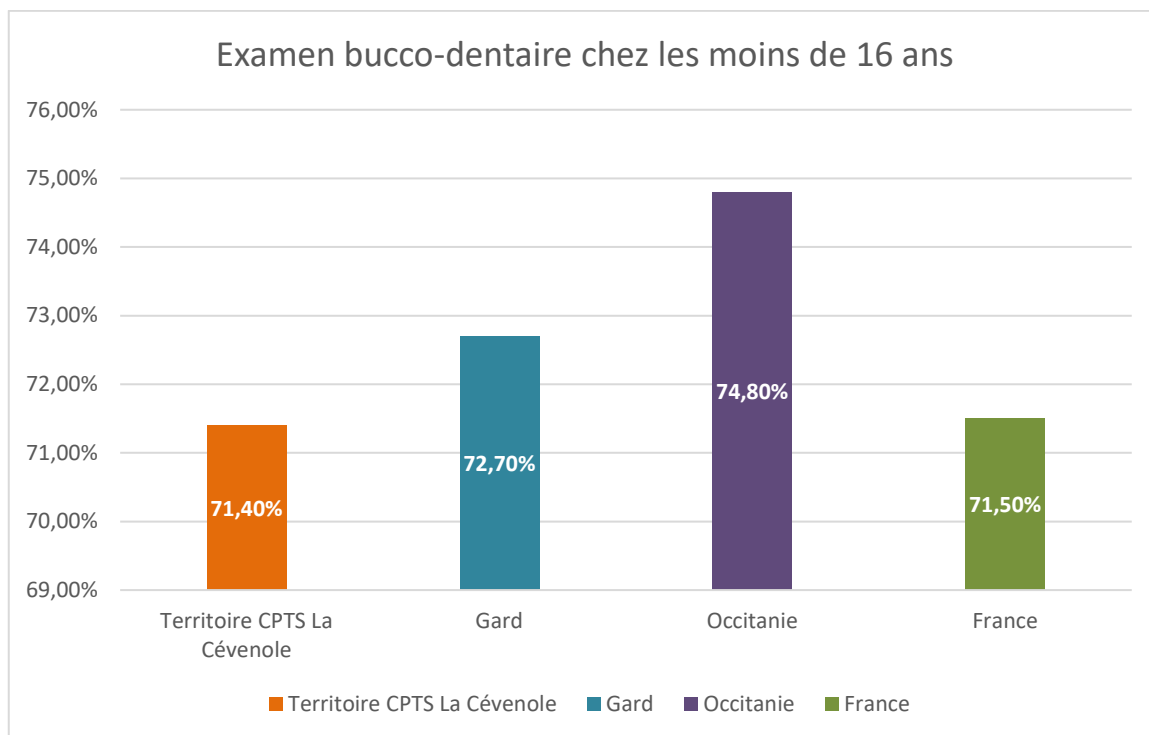


Figure 17 : Les examens bucco-dentaires chez les moins de 16 ans ; Source : Rezone/DCIR/SNDS/SNIIRAM (année 2021).

Sur le territoire de la CPTS, 71,4%⁸⁸ d'enfants de moins de 16 ans ont eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois. **Ce taux est défavorable et peut être lié à la faible démographie de dentistes sur le territoire.** Nous notons une différence de :

- **-1,3** points entre le territoire et le département ;
- **-3,4** points entre le territoire et la région ;
- **-0,1** points entre le territoire et la France.⁸⁹

⁸⁸ 23,8% de communes neutralisées.

⁸⁹ Source : Rezone/DCIR/SNDS/SNIIRAM (année 2021).

Mission socle 4 – Participation à la gestion de crise sanitaire grave

Actuellement, le seul plan incluant des professionnels de santé est le plan communal « Iode » dans le cadre d'une exposition à un agent nucléaire. Les pharmaciens participent à l'organisation du plan iode pour la ville d'Alès. Tous les deux ans, une réunion est organisée, en présence des pharmaciens et du pôle Prévention des Risques Majeurs la Mairie d'Alès pour remettre à jour le plan.

Face à la crise sanitaire de la Covid-19, les professionnels de santé du territoire ont dû s'organiser dans l'urgence. Cette organisation a été facilitée par l'exercice coordonné mis en place au centre Covid en mars 2020 grâce au travail en collaboration de l'association Reseda, Alès Agglomération, les professionnels libéraux et les établissements sanitaires (CH Alès et Clinique Bonnefon, Filieris).

Depuis mars 2020, les professionnels ont cherchés des solutions en s'adaptant en permanence aux conditions et aux nécessités de l'épidémie :

- Prise en charge par les infirmiers des patients Covid à domicile ;
- Coordination des établissements sanitaires recevant ou non les patients Covid ;
- Création du Centre Covid pour la prise en charge ambulatoire des patients Covid, avec la mise en place d'une fiche de liaison commune avec les urgences d'Alès (création conjointe entre les professionnels libéraux et urgentistes) ;
- Déploiement des tests antigéniques (coordination entre les laboratoires, les infirmiers libéraux pour les prélèvements et Alès Agglomération fournissant les moyens) ;
- Création d'un centre de Vaccination (coordination entre le centre de prévention Filieris, Alès Agglomération, les associations infirmiers et médecins.

Il existe sur notre territoire, un plan communal dans lequel sont définis différents risques sanitaires et des propositions de procédures pour répondre à ces risques : inondations, grand froid, incendies de forêt, risques infectieux, tuerie de masse et attentats, accidents nucléaires, canicule...

Ce plan communal de sauvegarde va évoluer en plan intercommunale en 2024, comprenant ainsi 71 communes. Le but étant de mutualiser les moyens (travailler, collaborer avec toutes les mairies des communes avoisinantes ainsi que les pharmacies).

La CPTS La Cévenole envisage de s'appuyer sur le plan communal de sauvegarde d'Alès Agglomération en incluant le volet santé afin de bénéficier des infrastructures, structures institutionnelles, etc.

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

Les problématiques mises en avant par le diagnostic territorial, les données quantitatives et les données qualitatives relèvent la nécessité de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité d'exercice.

Par ailleurs, les professionnels ont mis en évidence le besoin de monter en compétences de tous, et la nécessité de partager une culture commune. Proposer des formations spécifiques aux professionnels semble capital, réunificateur et vecteur d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins.

Mission complémentaire 2 – Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Cette mission est primordiale pour faciliter la venue de nouveaux professionnels de santé afin d'aller à l'encontre de la démographie médicale défavorable et la désertification médicale sur le territoire.

Des temps d'échanges dédiés à la rencontre, au partage et à la découverte de l'attractivité du territoire sont des points déterminants à l'installation de nouveaux professionnels sur le territoire.

C - Données de l'offre de santé

Comme indiqué, le territoire de la CPTS est marqué par une histoire minière. Le groupement mutualiste Filieris issu du régime minier est présent depuis fort longtemps et continue de proposer une offre de soins à travers de nombreux centres de santé. Le nombre de professionnels qui exercent au sein de ces centres est difficile à comptabiliser. Un travail de recensement de ces professionnels a été réalisé en partenariat avec Filieris : 6 médecins généralistes, 2 infirmiers, 3 secrétaires médicales travaillent dans les centres de santé présents sur le territoire de la CPTS (un centre de santé à Alès, un centre de santé à Saint-Martin-de-Valgalgues et un centre de Saint-Christol-lez-Alès).

Le territoire de la CPTS compte 829 professionnels de santé libéraux dont 74 médecins généralistes, 144 médecins spécialistes, 295 infirmiers, 127 masseurs-kinésithérapeutes, 37 pharmaciens, 13 sage-femmes et une MSP à Saint-Martin-de-Valgalgues.

Le Centre Hospitalier d'Alès permet aux patients de bénéficier d'un service des urgences et d'une offre de soins de second recours (médecine spécialisée, etc.). Le centre hospitalier couvre plus largement le territoire, il draine le territoire de plusieurs CPTS, soit le nord du Gard et une partie de la Lozère.

En ce qui concerne la démographie médicale, **plus de la moitié des médecins généralistes sont âgés de 60 ans et plus (49 médecins généralistes soit 66,21%). Parmi ces 49 médecins, 12 ont plus de 65 ans (16,22%).** Cette information souligne **la problématique du territoire et annonce un désert médical si les futurs médecins retraités ne sont pas remplacés. Le nombre de patients sans médecin traitant et l'accès aux soins est par conséquent menacé.**

Tableau 13 : Effectif des professionnels de santé libéraux et démographie médicale

Professions	Nombre de professionnels identifiés au total	Nombre de professionnels de plus de 60 ans	Nombre de professionnels de plus de 65 ans
Médecins généralistes	74 ⁹⁰	37	12
Taux de médecins généralistes		50%	16,21%
<i>Dont médecin Médecins en Exercice Particulier (MEP)</i>	6	5	1
Médecins spécialistes	144	32	12
<i>Dont</i>			
Psychiatres	6	2	2
Ophthalmologues	11	1	-
Gynécologues	8	5	3
Taux de gynécologues		62,5%	37,5%
Cardiologues	11	3	-
Radiologues	14	7	1
Taux de radiologues		50%	
Chirurgiens-dentistes	70	15	3
Taux de chirurgiens-dentistes		21,43%	4,29%
Sage-femmes	13	1	1
Infirmiers	295	28	7
Taux d'infirmiers		9,49%	2,37%
Masseurs-Kinésithérapeutes	127	11	7
Psychologues cliniciens	2	-	-
Orthophonistes	37	10	3
Taux d'orthophonistes		27,02%	8,11%
Orthoptistes	7	2	-
Pédicures/ Podologues	17	2	-
Biologistes		-	-
Pharmacies ⁹¹	37	-	-
Diététiciens	-	-	-
Ergothérapeutes	-	-	-
Total	823	138	45

Le tableau ci-dessus démontre que la **démographie médicale est défavorable sur le territoire de la CPTS La Cévenole**. De plus, ces données ne semblent pas refléter la réalité du territoire, certaines professions semblent sur-représentés (exemple : médecins généralistes) tandis que d'autres sont sous-représentées (exemple : psychologues cliniciens).

Tout d'abord, les **médecins généralistes dont médecins MEP sont peu nombreux sur le territoire**. Parmi les 823 professionnels, 74 sont des médecins généralistes soit environ 9%. Par ailleurs, 50% de ces médecins ont 60 ans et plus (37 médecins généralistes ont plus de 60 ans et 12 ont plus de 65 ans sur le territoire)⁹².

⁹⁰ Certains de ces médecins généralistes sont remplaçants.

⁹¹ Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, les colonnes relatives à l'âge sont neutralisées.

⁹² Source : Source : Assurance Maladie – 31 juillet 2022.

Les médecins généralistes et les médecins spécialistes représentent la part de professionnels de santé les plus âgés sur le territoire (50% des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans et 16,2% des médecins spécialistes âgés de plus de 60 ans).

Les infirmiers sont très nombreux sur le territoire (295 professionnels) par rapport aux autres professions. Ces professionnels de santé sont peu touchés par le vieillissement, **9,49% ont plus de 60 ans soit 28 infirmiers, dont 2,37% ont plus de 65 ans soit 7 infirmiers.**

Les masseurs-kinésithérapeutes sont les moins touchés par le vieillissement des professionnels, **8,66% soit 11 masseurs-kinésithérapeutes âgés de plus de 60 ans dont 7 de plus de 65 ans.**

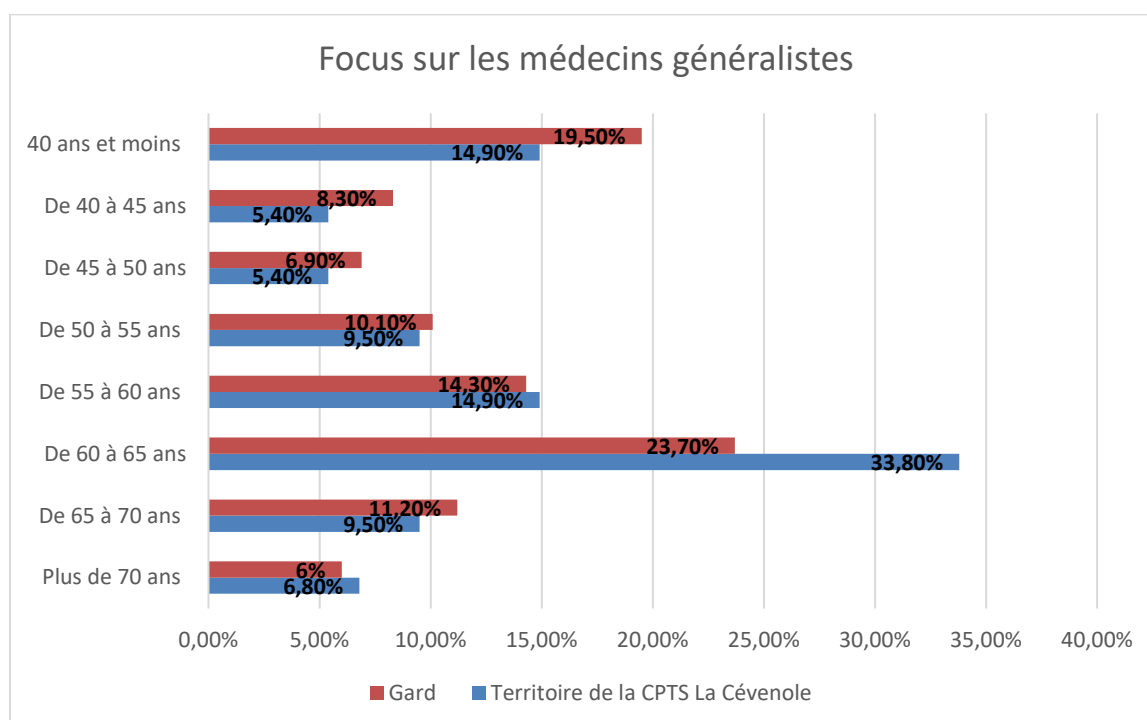


Figure 18 : La répartition par âge des médecins généralistes

Les données statistiques ci-dessous nous démontrent que la **part de médecins généralistes de 40 ans et moins, de 40 à 45 ans, de 45 à 50 ans est inférieure sur le territoire par rapport au Gard.** Cependant, la **part de médecins généralistes de 60 à 65 ans sur le territoire est largement supérieure à celle sur le département.**

D'après ces données, **dans cinq ans, nous compterons 62 médecins généralistes sur le territoire de la CPTS La Cévenole.**

Si on considère qu'à 65 ans les médecins généralistes devraient prochainement partir à la retraite, et qu'aucun nouveau médecin ne s'installe sur le territoire de la CPTS, cela signifierait que :

- 12 médecins généralistes vont partir à la retraite. Donc le nombre de médecins généralistes devrait passer de 74 médecins généralistes à 62 médecins généralistes. Cela augmentera les problématiques d'accès à un médecin traitant, on estime que 19 104

patients n'auront plus de médecins traitants dans les 5 ans à venir dans la mesure où les 12 médecins généralistes de plus de 65 ans auraient en moyenne 1 592 patients⁹³.

- Les 62 médecins généralistes restants risquent de se retrouver avec une patientèle augmentant de presque +20%⁹⁴.
- Aussi, la moitié des médecins généralistes (50% soit 37 MG) sont âgés entre 60 et 65 ans. Ce qui signifie que le problème de démographie médicale risque de se dégrader encore plus fortement ces 5 prochaines années, car ces médecins se rapprochent inévitablement des 65 ans, donc de la retraite... **Imaginons une offre de MG divisée par deux ces 5 prochaines années !**

D'après les chiffres communiqués par la CNAM, un médecin généraliste a en moyenne, une patientèle de 1 592 patients⁹⁵. Sur le territoire de la CPTS, nous comptons 90 419 patients consommants⁹⁶ ce qui signifie que les **37 médecins restants devraient en moyenne avoir une patientèle de 2 443 patients⁹⁷, soit une augmentation de +100%⁹⁸.**

Il faut tout de même émettre une réserve sur ces chiffres étant donné que la population du territoire de la CPTS est de 101 248 habitants ; ce qui donnerait une population « non consommatrice » de 10 829 habitants.

⁹³ $12 \times 1\,592 = 19\,104$ patients sans médecin traitant.

⁹⁴ $(1\,458 - 1\,222) / 1\,222 \times 100 = 19,31\%$.

⁹⁵ Source : Rezone CPTS (Octobre 2022) /SNDS (Aout 2022).

⁹⁶ Source : Assurance Maladie du Gard/ SIAM/ERASME- 31/07/2022.

⁹⁷ $90\,419 / 37 = 2\,443$.

⁹⁸ $(2\,443 - 1\,221) / 1\,221 \times 100 : 100\%$

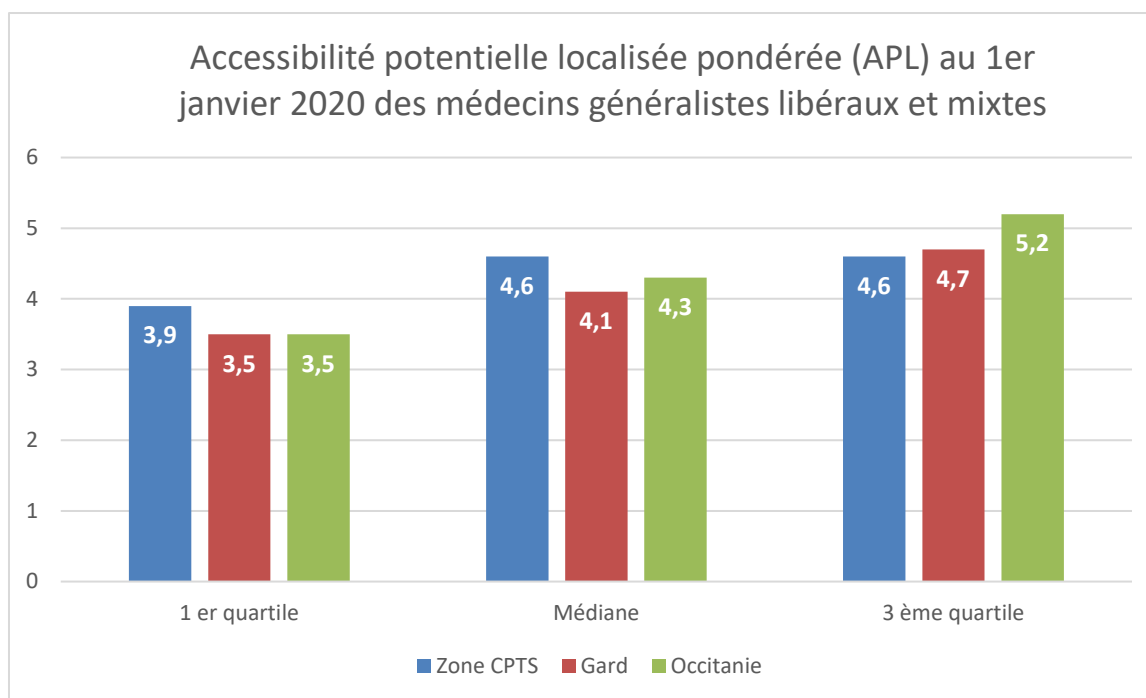


Figure 19 : L'accessibilité potentielle localisée pondérée des médecins généralistes libéraux et mixtes en 2019 ; Source : Agence régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial » (mai 2021) / SNDS – 01/01/2020 – activité 2019)

L'Accessibilité Potentielle Localisée tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé pour mesurer l'offre et le taux de recours des habitants différencié par âge pour mesurer la demande. Pour les médecins généralistes libéraux et mixtes cet indicateur s'interprète en nombre de contacts par an par habitant standardisé.

Sur le territoire de la CPTS La Cévenole, la médiane est égale à 4,6 et est plus élevée comparé au taux départemental (4,1) et régional (4,3). En moyenne, un habitant, sur le territoire de la CPTS a accès à 4,6 consultations ou visites du médecin généraliste par an⁹⁹.

Ces données font référence à l'activité des médecins généralistes en 2019. Or, par la suite les professionnels ont dû faire face à la crise sanitaire de la Covid-19, ce qui a provoqué de nombreux départs anticipés. Par ailleurs, certains professionnels sont en arrêt longue maladie et décédés. Donc la situation sur notre territoire a fortement changé ces trois dernières années.

⁹⁹ Source : Agence Régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial » (mai 2021) / SNDS – 01/01/2020-activité 2019).

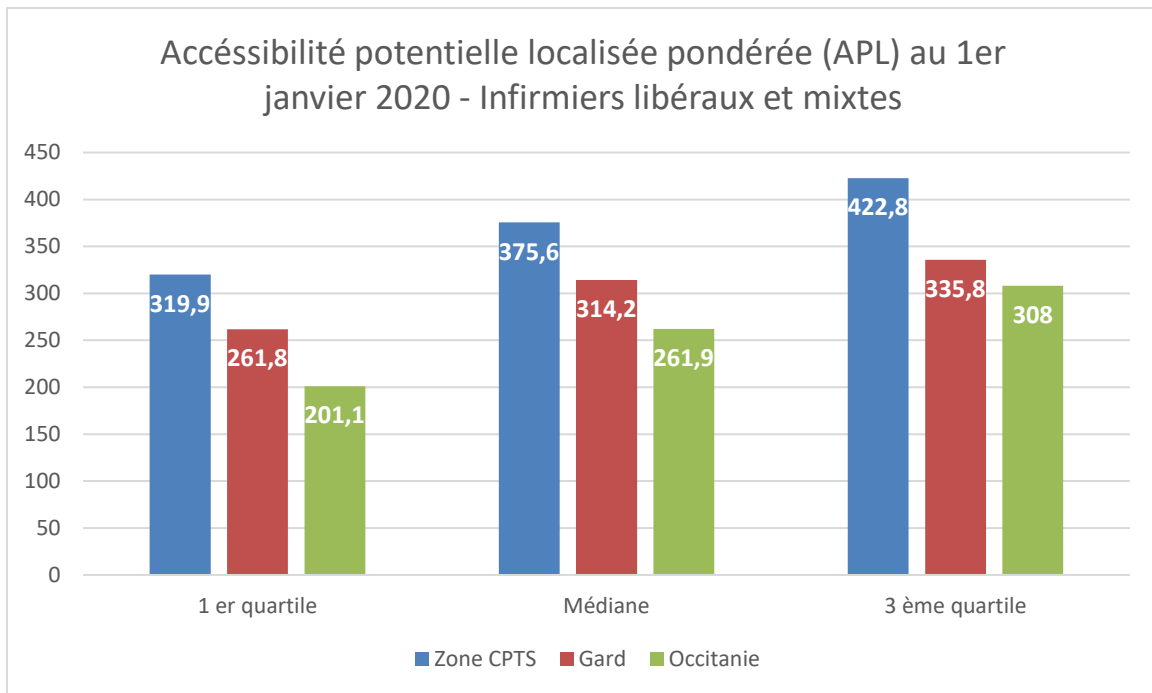


Figure 20 : L'accessibilité potentielle localisée pondérée des infirmiers libéraux et mixtes en 2019 ; Source : : Agence régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial » (mai 2021) / SNDS – 01/01/2020 – activité 2019)

L'APL pour les infirmiers libéraux et mixtes s'interprète comme une densité standardisée pour 100 000 habitants. Elle s'élève à 375,6 sur le territoire de la CPTS et est supérieure au taux départemental (314,2) et régional (261,9).

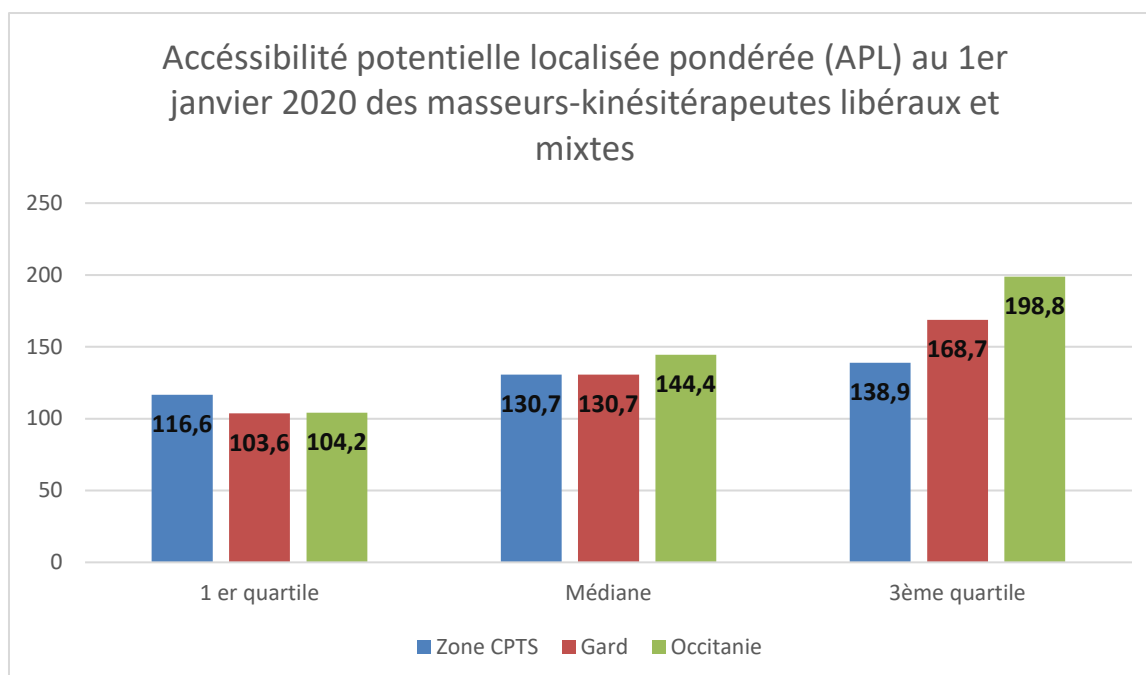


Figure 21 : L'accessibilité potentielle localisée pondérée des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes en 2019 ; Source : : Agence régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial » (mai 2021) / SNDS – 01/01/2020 – activité 2019)

L'APL pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes s'interprète comme étant une densité standardisée pour 100 000 habitants. La médiane s'élève à 130,7 sur le territoire de la CPTS et est égale au taux départemental (130,7) et inférieure au taux régional (144,4).

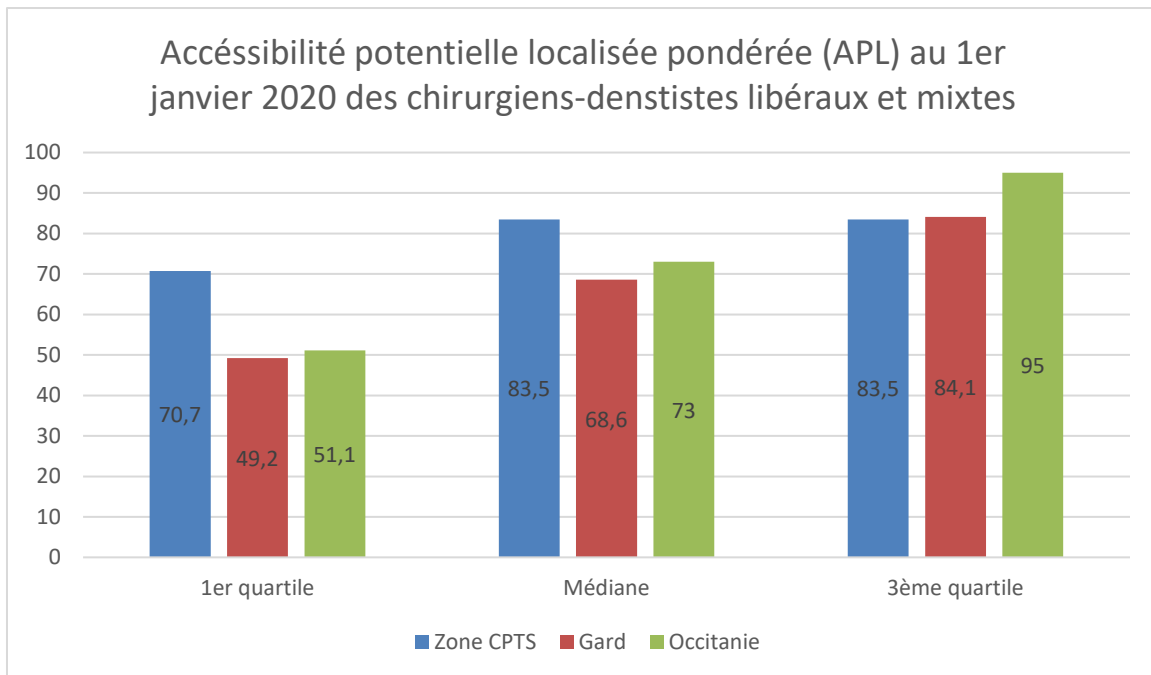


Figure 22 : L'accessibilité potentielle localisée pondérée des chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes en 2019 ; Source : : Agence régionale de Santé Occitanie, « Eléments pour un diagnostic territorial » (mai 2021) / SNDS – 01/01/2020 – activité 2019)

L'APL pour les chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes s'interprète comme étant une densité standardisée pour 100 000 habitants. La médiane s'élève à 83,5 sur le territoire de la CPTS et est supérieure au taux départemental (68,6) et régional (73).

Tableau 14 : Nombre d'actes et de coefficients selon les professionnels de santé

Activité	Territoire	Gard	Occitanie	France
Profession				
Médecin spécialiste en médecine générale				
Total des actes	4 902	4 905	4 556	4 741
Dont actes cliniques ¹⁰⁰	4 316	4 365	4 013	4 179
Dont actes techniques ¹⁰¹	377	229	217	213
Infirmier				
Acte AMI ¹⁰²	3 474	3 687	4 057	5 976
Actes AIS ¹⁰³	3 231	3 003	2 507	1 883
Coefficient AMI	6 920	7 126	7 366	10 336
Coefficient AIS	12 150	11 057	9 265	7 203
Masseurs – kinésithérapeute				
Actes AMC ¹⁰⁴	218	80	157	126
Actes AMK ¹⁰⁵	1 465	1 245	1 175	1 043
Actes AMS ¹⁰⁶	3 816	3 277	2 943	2 947
Coefficient AMC	1 791	672	1 332	1 072
Coefficient AMK	12 595	11 077	10 285	9 218
Coefficient AMS	30 888	26 815	23 870	23 841
Orthophoniste				
Actes AMO ¹⁰⁷	1 600	1 645	1 534	1 570
Coefficient AMO	21 922	21 737	20 339	20 539

Source : Rezone CPTS (Octobre 2022) / SNDS (Août 2022).

Au total, 4 902 actes ont été recensés chez les médecins spécialistes en médecine générale, dont 4 316 actes cliniques et 377 actes techniques. Le nombre d'actes techniques sur le territoire est supérieur au taux départemental, régional et national. En revanche, le nombre d'actes cliniques sur le territoire est supérieur aux taux régional et national mais inférieur au taux départemental.

Le nombre d'Actes Infirmiers de Soins (AIS) sur le territoire de la CPTS est supérieur aux taux des territoires de comparaison (CPTS : 3 231 ; Gard : 3 003 ; Occitanie : 2 507 ; France : 1 883). Le nombre d'Actes Médicaux Infirmiers (AMI) s'élève à 3 474 sur le territoire. Ces actes sont plus importants pour les autres territoires administratifs observés (Gard : 3 687 ; Occitanie : 4 057 ; France : 5 976).

Les actes pratiqués dans une structure de soins ou en établissement sont peu élevés sur le territoire (218) mais supérieur au nombre d'actes sur les territoires de comparaison (80 dans le Gard ; 157 en Occitanie et 126 en France). 1 465 actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade ont été réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes. Ces actes sont moins importants sur les territoires administratifs de comparaison (Gard : 1 245 ; Occitanie : 1 175 ; France : 1 043). Les actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques représentent la part

¹⁰⁰ Actes cliniques : Consultations + Visites

¹⁰¹ Actes techniques : Chirurgie + Echographie + Imagerie.

¹⁰² AMI : Actes autres que les AIS.

¹⁰³ AIS : Actes infirmiers de soins.

¹⁰⁴ AMC : Actes pratiqués dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile.

¹⁰⁵ AMK : Actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade.

¹⁰⁶ AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques.

¹⁰⁷ AMO : Acte médical d'orthophonie

la plus importante des actes réalisés par le masseur-kinésithérapeute. 3 816 actes réalisés sur le territoire face à 3 277 dans le Gard, 2 943 en Occitanie et 2 947 en France.

Tableau 15 : Nombre de patients par professionnel

Catégorie	Territoire	Département	Région	France
Médecins spécialistes en médecine générale	1 592 ¹⁰⁸	1 691	1 656	1 703
Infirmiers	189 ¹⁰⁹	256	296	378
Masseurs-kinésithérapeutes	263 ¹¹⁰	237	227	213
Orthophonistes	82 ¹¹¹	76	73	76
Orthoptistes	0 ¹¹²	401	665	809

Source : Rezone CPTS (Octobre 2022) /SNDS (Août 2022).

Le taux de neutralisation des données ci-dessus est important sur le territoire de la CPTS et rend l'analyse statistique difficile. Les données fournies par l'outil Rezone CPTS notamment le nombre de patients par professionnel est non exploitable.

Pour pallier cette problématique, une demande a été faite à la CPAM afin de recueillir de nouvelles données actualisées et non neutralisées.

Dans le graphique ci-dessous, est représentée l'activité des médecins généralistes. Les données prennent en compte l'activité générale des centres de santé (activité par médecin libéral mais également l'activité des centres de santé) présents sur le territoire de la CPTS.

¹⁰⁸ 34,2% de professionnels neutralisés sur le territoire de la CPTS.

¹⁰⁹ 10,6% de professionnels neutralisés sur le territoire de la CPTS.

¹¹⁰ 20,4% de professionnels neutralisés sur le territoire de la CPTS.

¹¹¹ 26,5% de professionnels neutralisés sur le territoire de la CPTS.

¹¹² 100% de professionnels neutralisés sur le territoire de la CPTS.

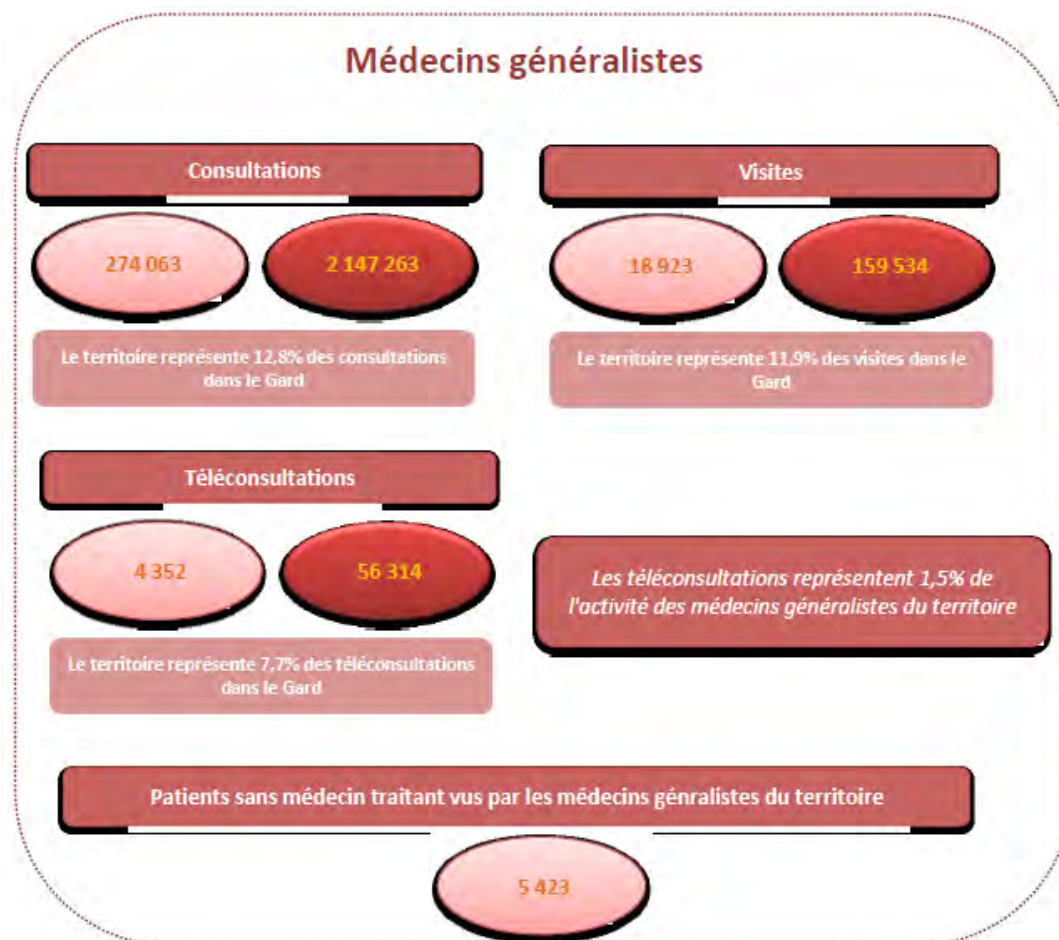


Figure 23 : L'activité des médecins généralistes au 31 juillet 2022 ; Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM/ERASME, 31 juillet 2022.

Sur le territoire de la CPTS, 274 063 consultations ont été réalisées par les médecins généralistes face à 2 147 263 sur le département du Gard. Cela signifie qu'en moyenne, chaque médecin réalise 3 703 consultations sur le territoire. L'activité des médecins généralistes sur le territoire représente 12,8% des consultations dans le Gard.

Nous comptons 18 923 visites accomplies sur le territoire contre 159 534 sur le Gard. Cela représente environ 255 visites par praticien exerçant sur le territoire de la CPTS. L'activité des médecins généralistes sur le territoire représente 11,9% des visites dans le Gard.

Quant aux téléconsultations, 4 352 téléconsultations ont été exécutées sur le territoire par les médecins généralistes contre 56 314 sur le Gard. Le territoire représente 7,7% des téléconsultations dans le Gard. En moyenne, chaque professionnel effectue 58 téléconsultations sur le territoire. Les téléconsultations représentent 1,5% de l'activité des médecins généralistes du territoire.

De plus, 5 423 patients sans médecin traitant sont vus par les médecins généralistes du territoire.

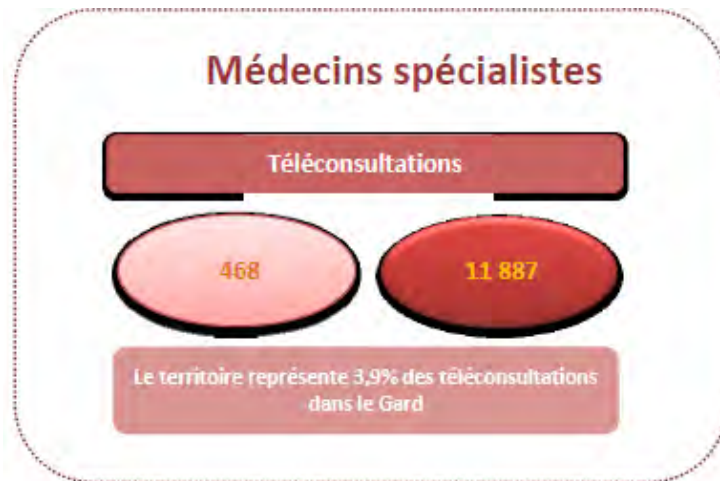


Figure 24 : Le nombre de téléconsultations réalisées par les médecins spécialistes au 31 juillet 2022 ; Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM/ERASME, 31 juillet 2022

Quant à l'activité des médecins spécialistes, 468 téléconsultations ont été réalisées sur le territoire de la CPTS contre 11 887 dans le Gard. Le territoire représente 3,9% des téléconsultations dans le Gard. En moyenne, environ 3 téléconsultations réalisées par praticien sur le territoire.

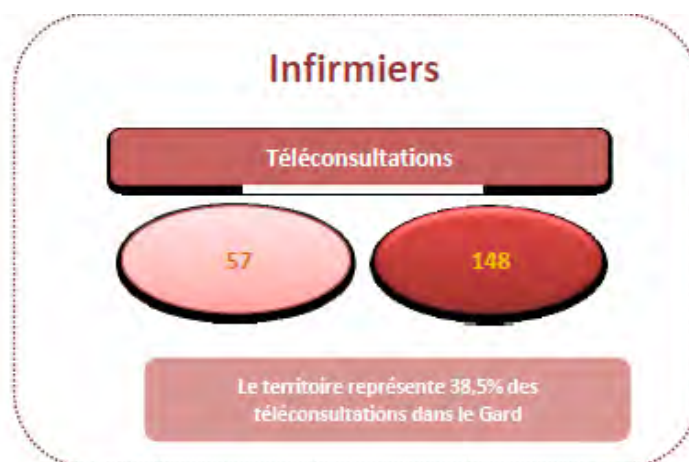


Figure 25 : Le nombre de téléconsultations réalisées par les infirmiers au 31 juillet 2022 ; Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM/ERASME, 31 juillet 2022

L'activité des infirmiers du territoire représente 38,5% des téléconsultations dans le Gard. Les infirmiers ont réalisé 57 téléconsultations sur le territoire de la CPTS contre 148 dans le Gard.

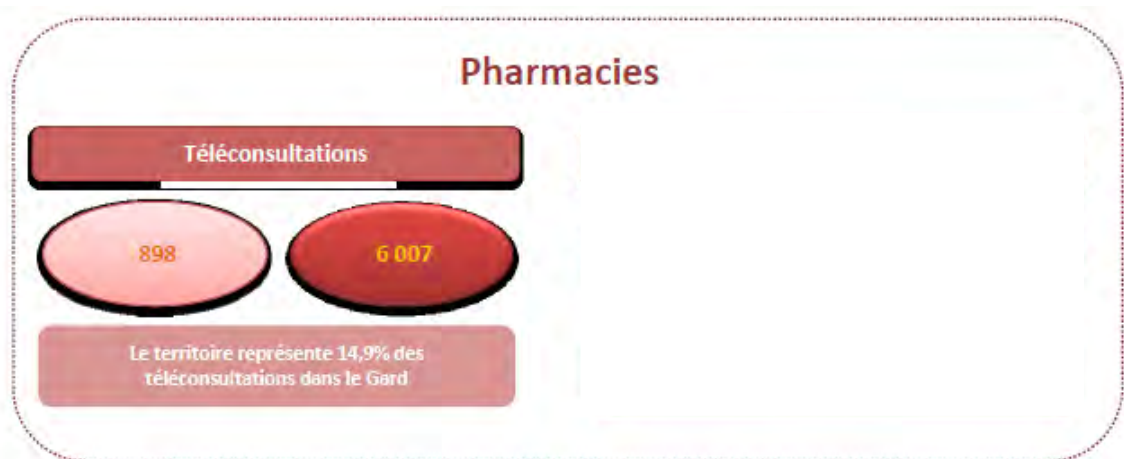


Figure 26 : L'activité des pharmaciens au 31 juillet 2022 ; Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM/ERASME, 31 juillet 2022

898 actes de téléconsultations ont été réalisés au sein des pharmacies du territoire de la CPTS, face à 6 007 téléconsultations sur le département. Donc le territoire représente 14,9% des téléconsultations du Gard.

Tableau 16 : Les structures de soins et d'exercices coordonnés déjà existante sur le territoire (ESP, MSP, PTA, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, autres dispositifs ou structures (associations de patients...)) ; Source : Rezone CPTS (octobre 2022) – data.gouv.fr – FINESS Géographique (au 07/09/2022).

Structures sélectionnées Entités géographiques	Nombre sur le territoire	Communes concernées
Sanitaires		
Centre Hospitalier	3	Alès
Centre Hospitalier Spécialisé	1	Anduze
Centres de dialyse & Structures alternatives aux centres	2	Alès
Centres de santé dentaires	3	Alès
Centres de santé polyvalents	3	Alès (2) Saint-Martin-de-Valgalgues (1)
Clinique	1	Alès
Hospitalisation à domicile	1	Alès
Soins de suite et de réadaptation	1	Saint-Privat-Des-Vieux
Médico-social		
Centre d'action médico-sociale précoce	1	Alès
Centre médico-psycho-pédagogique	3	Alès (1) Anduze (1) Saint-Christol-lez-Alès (1)
Centre soins accompagnement prévention addictologie	1	Alès
Etablissement et service d'aide par le travail	1	Alès
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	16	Alès (5) Anduze (2) Bagard (1) Cendras (1) Boisset-et-Gaujac (1) Lédignan (1) Rousson (1) Saint-Christol-les-Alès (1) Saint-Hilaire-de-Brethmas (1) Saint-Privat-des-Vieux (1) Saint-Martin-de-Valgalgues (1)
Institut médico-éducatif	7	Alès (5) Boisset-et-Gaujac (1) Saint-Privat-des-Vieux (1)
Institut thérapeutique	1	Alès
Maison d'accueil spécialisée	1	Saint-Privat-des-Vieux
Service d'accompagnement à la vie sociale	3	Alès
Service d'aide et d'accompagnement à domicile	9	Alès (4) Anduze (1) Mons (3) Saint-Christol-lez-Alès (1)

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile	4	Alès (3) Anduze (1)
Services d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés	1	Alès
Services de Soins Infirmiers à Domicile	5	Alès (3) Anduze (1) Saint-Christol-lez-Alès (1)
Social		
Centre d'accueil des demandeurs d'asile	1	Alès
Centre d'hébergement d'urgence	1	Alès
Centres d'hébergement et de réinsertion sociale	2	Alès
Foyer d'hébergement pour personnes en situation de handicap	1	Alès
Foyer de vie pour personnes en situation de handicap	3	Alès (2) Boisset-et-Gaujac (1)

Les établissements sanitaires :

A la suite de l'analyse du tableau ci-dessus, nous pouvons constater la présence de plusieurs structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de la CPTS. Une collaboration étroite est envisagée avec l'ensemble de ces établissements afin de décloisonner et faciliter la mise en place des actions de la CPTS.

Les structures d'exercices coordonnés :

La présence de structures d'exercices coordonnés est une force sur le territoire pour faciliter l'accès aux soins des habitants. Nous comptons :

- 1 Maison de Santé Pluriprofessionnelle ;
- 3 Centres de Santé Polyvalents.

Grâce à son histoire minière, le groupe FILIERIS est un acteur majeur dans le milieu de la santé, plus précisément médicale. Ils apportent une offre de soins particulière sur le territoire via l'activité salariale des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes.

La présence de ce type de d'exercice coordonné sur le territoire est une force et permet d'apporter une réponse aux besoins de la population. Face à la démographie médicale défavorable sur le territoire, l'activité salariale de ces professionnels de santé est un atout.

L'Association Reseda, située à la Maison de la santé à Alès a pour mission d'accompagner les projets d'exercices coordonnés sur le Pays Cévennes. Elle anime le Contrat Local de Santé du Pays Cévennes et développent d'ores et déjà le travail collaboratif en pluriprofessionnalité. Pour répondre aux axes du CLS, six réseaux sont coordonnés : Addictologie, Périnatalité, Obésité infantile, Santé Vie Sociale, Santé Jeunes, Santé Mentale, Soutien et soins palliatifs.

Centre Hospitalier Alès-Cévennes et Clinique Bonnefon :

Sur notre territoire, plus précisément à Alès, nous sommes dotés d'un centre hospitalier et d'une clinique privée, tous deux ont un service des urgences, de médecine, de chirurgie et un service ambulatoire. Le centre hospitalier Alès-Cévennes détient aussi un service de médecine obstétrique et pédiatrique.

Une collaboration partenariale est envisagée avec ces établissements, avec la direction et les professionnels de santé salariés. Dans le but d'améliorer la communication et la coordination entre les professionnels de ville et les établissements de santé.

Les établissements sociaux et médico-sociaux :

La présence d'établissements sociaux, médico-sociaux, d'associations d'actions sociales sur le territoire est un atout pour la CPTS notamment pour le développement des actions.

Ces institutions seront un appui pour le développement des projets envisagés par la CPTS.

L'équipe mutualisée en santé publique de l'association Reseda a pour mission d'accompagner les projets des CPTS, notamment pour la rédaction et la mise en œuvre du projet de santé.

Les coordinatrices des différents réseaux coordonnées par l'association participe à plusieurs groupes de travail de la CPTS.

Par ailleurs, nous envisageons de travailler en collaboration avec diverses associations tels que La Clède ou les Centres-Médico-Sociaux pour le groupe de travail « Parcours de Soins Complexes ».

4 - Analyse des données & identification des problématiques

Les données statistiques présentées précédemment ont permis d'exposer les caractéristiques principales du territoire de la CPTS.

- **Le territoire est assez attractif et reste relativement dense avec 207,13 habitants au Km² contre 127,37 habitants au Km² pour le Gard.**

La population est en constante augmentation.

- **Le territoire de la CPTS est marqué par un vieillissement de la population** (17,5% de la population est âgée de 65 à 79 ans face à 22% de la population âgée de 18 à 39 ans). Les taux des tranches d'âges des « moins de 17 ans » et « entre 18 et 39 ans » sont moins élevés comparé aux autres territoires administratifs observés. Contrairement aux tranches d'âges suivantes : « 65 à 79 ans » et « plus de 80 ans », les taux sont plus élevés sur la zone de la CPTS que sur les autres territoires administratifs observés. L'indice de vieillissement est égal à 115,8 sur le territoire de la CPTS La Cévenole, ce qui signifie que le rapport est plus favorable aux personnes âgées contrairement au Gard où il est plus favorable aux jeunes.

Une population vieillissante est une population plus consommatrice de soins.

- **Le territoire de la CPTS est marqué par une fragilité de la population.** D'après les indicateurs, nous pouvons constater de nombreuses situations à risques d'isolement ou de fragilité. En effet, 91,3% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile. Entre 2009 et 2014, le nombre de personnes âgées vivant seules chez elles est en augmentation (42,3% sur le Pays Cévennes). 37,5% des ménages sur le territoire de la CPTS La Cévenole sont composés d'une seule personne. Ce taux est supérieur à ceux du Gard (35,7%) et de la France (36,7%). Nous notons une tendance à la hausse des situations de monoparentalité. En comparaison au Gard, à l'Occitanie et à la France, le territoire de la CPTS La Cévenole est le territoire où l'on constate une plus grande part de ménages dont la famille principale est une famille monoparentale (11,3% dans le territoire ; 10,5% dans le Gard, 9,8% dans la région Occitanie et 9,9% en France).

Une population fragile est une population nécessitant davantage de soins complexes et chronophages en pluridisciplinarité.

- **Le territoire de la CPTS est marqué par une précarité de la population.** Le territoire de la CPTS est doté de Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)¹¹³. Les données statistiques démontrent qu'il y a de la précarité au sein du territoire de la CPTS. Alès, Soustelle, Anduze et Cendras affichent un nombre important de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Certains habitants sont dépendants à 100% de ces prestations sociales.

¹¹³ Les QPV sont des territoires d'intervention du ministère de la ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Ils sont identifiés selon un critère unique, le revenu par habitant. (Source : INSEE, 2022/ RFL 2011).

Par ailleurs, le taux de chômage et d'emplois précaires est élevé sur le territoire. Plus de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans occupent des emplois dits « précaires » sur le territoire de la CPTS La Cévenole (54,70% contre 16,60% pour les 15 à 64 ans).

Le niveau d'étude est relativement faible sur le territoire de la CPTS La Cévenole : 31,9% des 25 à 34 ans titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur et 34,1% des 30 à 34 ans titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. De plus, la part des 20 à 24 ans sans diplôme est globalement élevée sur le territoire (14,8%).

La part de la population couverte par la Complémentaire Santé Solidaire est plus importante sur le territoire de la CPTS (16,8%) comparé au Gard (13,6%), à l'Occitanie (12%) ainsi qu'à la France (10,6%).

Une population précaire est une population à risque de rupture de soins. Elle nécessite davantage de prévention et de prise en charge médico-sociale.

- **Le territoire de la CPTS La Cévenole est marqué par un taux d'Affection de Longue Durée (ALD) élevé.**

La part de personnes exonérées au titre d'une ALD est plus forte sur le territoire (27,7%) qu'à l'échelle départementale (25,3%), régionale (24,2%) et nationale (23,4%).

Les cinq ALD les plus fréquentes sur le territoire sont :

- Le diabète de type 1 et le diabète de type 2 ;
- Les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique ;
- Les Affections Psychiatriques de Longue Durée ;
- L'insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme grave, cardiopathie congénitale grave ;
- Les maladies coronaires¹¹⁴

Une population en ALD est une population consommatrice de soins chronophages, pluridisciplinaire à long terme.

- **Le territoire de la CPTS La Cévenole est marqué par un accès difficile au médecin traitant.** Parmi les 90 419 patients consommant sur le territoire de la CPTS La Cévenole, 12% soit 9 120 patients âgés entre 16 et 74 ans n'ont pas de médecin traitant ;
 - 1% des patients âgés de 75 ans et plus n'ont pas de médecin traitant sur le territoire tout comme au niveau départemental ;
 - Parmi les bénéficiaires qui ont un médecin traitant actif, 58,9% soit 38 629 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans sur le territoire (240 039 soit 51,4% sur le Gard ;
 - 1 074 patients entre 16 et 74 ans en ALD sans médecin traitant sur le territoire ;
 - Parmi les patients ayant une ALD et un médecin traitant sur le territoire, 49,3% soit 8 998 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans (43,1% au niveau départemental) ;
 - 3% soit 2 097 patients âgés entre 16 et 74 ans couverts par la CSS sans médecin traitant sur le territoire (2% dans le département du Gard) ;
 - 9,8% de patients âgés entre 16 et 74 ans avec ALD et CSS sans médecin traitant sur le territoire (8,2% dans le Gard)
 - 40,1% de patients en ALD avec CSS et médecin traitant âgé de 60 ans et plus sur le territoire face à 39% dans le Gard¹¹⁵

¹¹⁴ Voir Tableau 10 : La prévalence des pathologies dans la population consommante, page 32.

¹¹⁵ Voir Tableau 7 : Accès aux soins et couverture de la population par un médecin traitant, page 25.

L'accès à un médecin traitant est donc une problématique sur le territoire de la CPTS La Cévenole. Grâce à notre recueil de données qualitatives, nous savons que le manque de professionnels de santé impacte négativement le suivi des parcours de prise en charge des patients (patient se rendant en maison médicale car il n'a pas de médecin traitant par exemple). D'autre part, les médecins généralistes présents que le territoire de la CPTS sont surchargés.

Les patients sans médecin traitant de population sont une population en maintien du dispositif médecin traitant selon la CPAM.

Une population sans médecin est une population qui n'a plus accès à un parcours de soins cohérent.

- **Le territoire de la CPTS La Cévenole est marqué par une démographie médicale défavorable.**

Depuis la crise de la Covid-19, notre territoire a été impacté par une importante perte de professionnels de santé : reconversion, maladie, burn-out, retraite, décès, ...

Nous constatons que les chiffres actuels concernant les médecins généralistes sont inexacts du fait de leur orientation professionnelle spécialisée (allergologues, angiologues, ...) et ne sont pas forcément à temps pleins (notamment en fin de carrière). Cela fausse énormément le nombre de patients par médecin traitant sur le secteur.

La moitié des médecins généralistes (50% soit 37 MG) sont âgés de 60 et plus. Ce qui signifie que le problème de démographie médicale risque de se dégrader encore plus fortement ces 5 prochaines années, car ces médecins se rapprochent inévitablement des 65 ans. En se basant sur les chiffres communiqués par la CNAM, si aucun changement se produit, nous compterons dans cinq ans 37 médecins généralistes avec une patientèle moyenne de 2 443 patients, soit une augmentation de +100%.

**Une population avec une offre médicale dégradée est une population en danger.
Une population en danger est une population en colère.**

Notre territoire est marqué par une population en augmentation constante, vieillissante, fragile, précaire avec une démographie médicale, une qualité et pertinence de soins en constante dégradation.

Pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population, aux manques de suivis il est nécessaire de libérer du temps médical. A cet effet, les professionnels rencontrés mettent en avant l'importance de développer la télémédecine, mettre en place des protocoles de coopérations, s'appuyer sur les nouveaux métiers, les nouvelles compétences de certains professionnels, comme les Assistants Médicaux, Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), les infirmiers Asalee...

Les professionnels de santé mettent en évidence l'importance de s'appuyer sur un logiciel commun pour faciliter la communication entre eux et la coordination et l'organisation des soins. Ils font également remonter le manque de communication et de coordination entre les professionnels de villes et les professionnels en établissements de santé notamment le Centre Hospitalier Alès Cévennes.

Pour cela, ils souhaitent mobiliser le plus de professionnels (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) possible sur l'ensemble du territoire pour apporter une prise en charge globale adéquate, optimisée et multidisciplinaire. Ils ont besoin de concrétisation, à travers ce projet ils

souhaitent mettre en place des actions concrètes (de soins, de prévention et de formation des professionnels) et un travail de coordination afin d’améliorer leur pratique du travail en réseau et apporter ainsi une meilleure réponse aux besoins relevés en santé publique.

L’analyse du diagnostic nous a permis d’identifier les problématiques de santé afin de définir des actions pour améliorer la prise en charge des patients, l’accès aux soins et/ou la continuité des parcours de santé ainsi que les outils et partenariat(s) existant(s).

L’analyse ci-dessous est structurée autour :

- D’une approche forces/faiblesses.
- D’une prise en compte du ressenti des professionnels & des usagers.
- D’une analyse des modalités de travail et de communication existantes.

<p>Mission 1 A</p> <p>Accès aux soins Médecin traitant</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La démographie médicale sur notre territoire est faible. Nous constatons une pénurie médicale. De ce fait, il est impossible pour tous les patients du territoire d’avoir un médecin traitant. • Moyenne d’âge très élevée des médecins généralistes avec une projection de départs de médecins traitants considérable. • Compte tenu de la surévaluation du nombre de médecins actifs ainsi que de la neutralisation d’une grande partie des chiffres, il est impossible de discuter et d’évaluer une patientèle par médecin traitant sur notre territoire. • Il semble difficile d’imaginer d’augmenter davantage les patientèles des médecins traitants sans repenser le système de santé sur notre territoire. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité territoriale de soins avec des professionnels très motivés et partenaires (cet aspect a été renforcé chez ces professionnels par les expériences du centre de vaccination et du centre COVID) ; • Discussion en cours pour proposer un dispositif d’accueil des patients sans MT non médico-centré ; • Soutien des collectivités territoriales ; • Développement en cours d’assistantes médicales chez certains confrères. <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epuisement des professionnels de santé et saturation des systèmes ; • Peu de motivation des médecins généralistes pour des exercices coordonnées par manque de temps, âge avancé, perte de sens du système de santé ; • Manque d’éducation à la santé des habitants ; • Population vieillissante et donc en forte demande de soins ; • Démographie médicale défavorable ;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'exploiter les données relatives à l'activité des médecins généralistes (nombre de patients, ...).
--	--

<p>Mission 1 B</p> <p>Accès aux soins Soins non- programmés</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devant la pénurie d'accès aux MT, la demande de prise en charge des Soins Non-Programmés (SNP) ne cesse de s'accroître (soins aigus comme chroniques). • Saturation de la permanence de soins. • Territoire touristique notamment l'été justifiant d'une hausse des demandes de SNP selon les périodes de l'année. • Beaucoup d'offres de téléconsultations mais manque de coordination et donc de cohérence dans la prise en charge des SNP. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat entre la clinique Bonnefon, le CHAC et la Maison Médicale ; • Très grande dynamique des infirmiers libéraux et pharmaciens motivés. <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créneaux des SNP en journée difficilement proposables devant la saturation déjà présente des cabinets médicaux ; • Peu de structures d'exercices coordonnés pouvant proposer des schémas déjà existants de SNP.
--	--

<p>Mission 2</p> <p>Parcours</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parcours sont destinés à fluidifier et faciliter les prises en charge des patients complexes ou ayant des problématiques médicales spécifiques telles que : la santé mentale des enfants et adolescents ; le sevrage alcoolique ambulatoire, la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé, le parcours du patient hospitalisé... • Depuis la crise COVID, nous avons développé une relation étroite avec les professionnels de santé des établissements du territoire. L'objectif étant encore et toujours d'améliorer le parcours des patients entre la ville et les établissements de santé. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat étroit avec le CLS Pays Cévennes ; • Soutien de l'association Reseda ; • Culture et expérience des réseaux de santé très dynamiques coordonnés par Reseda et le CLS sur le Pays Cévennes ; • Territoire riche d'un travail en parcours pluriprofessionnel préalable à la CPTS ; • Beaucoup d'idées et de motivation des professionnels.
---	---

	<p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carence en médecins généralistes, spécialistes, dentistes sur certains domaines mais également orthophonistes. • Population âgée, vieillissante et très précaire complexifiant les parcours de soins. • Les sorties d'hospitalisation ont été identifiées comme particulièrement à risque, notamment pour les patients vulnérables. • Aucun outil de coordination autour du parcours du patient causant un manque de coordination entre les professionnels ainsi qu'un épuisement global des professionnels. • Renoncement aux soins des nombreux usagers (situation de précarité, non-information, non-connaissance, difficultés d'accès aux soins, fracture numérique).
--	--

<p>Mission 3</p> <p>Prévention</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévention est un axe très développé sur le territoire grâce à la présence du pôle de prévention. Mais, les actions ne sont pas forcément toujours bien coordonnées avec les acteurs du premier recours. • Population en rupture de soins, précarisation. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un pôle de prévention sur le bassin Alésien développant d'ores et déjà plusieurs actions de prévention ; • Déploiement sur le territoire de nouveaux métiers, notamment des infirmiers Asalée ; • Articulation possible entre les actions portées par la CPTS et celles portées par le CLS Pays Cévennes ; • Collaboration envisageable avec les collectivités territoriales. • Mettre en œuvre des missions de santé publique et actions de prévention en lien avec les besoins relevés dans le diagnostic territorial et par les professionnels de santé sur le territoire : couverture vaccinale, fragilité de la personne âgée. • Travailler en partenariat avec le Pôle de prévention <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de santé sont acculés dans leurs charges de travail, rendant la prévention non prioritaire dans leurs actions ; • Manque de temps et d'énergie pour se sensibiliser et se former à l'animation d'actions de prévention ; • Besoin en termes de dépistage des cancers ;
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister est primordial mais prendre en charge par la suite est difficile au vu de la démographie médicale faible sur le territoire.
--	--

<p>Mission 4</p> <p>Gestion de crise sanitaire</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La CPTS a pour objectif d'organiser à l'échelle de son territoire une mobilisation en cas de crise sanitaire grave ; • Elaboration d'un plan d'action selon la trame nationale. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte présence et relation entre les politiques du territoire, les politiques locaux de la santé, l'association Reseda, les établissements de santé et les acteurs de soins. L'organisation, l'implication et la réactivité de chacun a permis aux professionnels d'avoir à disposition les moyens humains, matériels et financiers nécessaires malgré le caractère inattendu de l'évènement ; • Expérience d'une coordination exemplaire et express sur le territoire pour répondre en urgence à la crise sanitaire de la COVID-19 ; • Capacité de réorganisation et de mobilisation des professionnels de santé sur le territoire. <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réponse apportée constamment dans l'urgence demandant aux professionnels beaucoup de temps et d'énergie pour la coordination, la conception et la mise en place des actions.
---	--

<p>Mission complémentaire</p> <p>Qualité et pertinence des soins</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement des professionnels, • Manque de temps pour optimiser ses pratiques et ses connaissances ; • Manque de coordination et de communication entre les professionnels de ville et ceux en établissements de santé. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution de groupe de pairs ; • Organisation de réunions de concertation interprofessionnelle ; • Organisation de formations locales ; • Travailler en partenariat avec les établissements de santé. <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de disponibilité des professionnels et limites dans l'adhésion aux projets ; • Surcharge des emplois du temps pour déterminer les horaires et les dates des réunions
---	---

<p style="text-align: center;">Mission complémentaire</p> <p style="text-align: center;">Accompagnement des professionnels de santé</p>	<p>Commentaire général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un travail a été effectué auparavant autour de la création d'une plaquette de promotion de la médecine générale sur notre territoire. Nous souhaitons poursuivre cette démarche avec l'accueil et l'accompagnement des étudiants ainsi que des stagiaires sur le territoire. • Au vu de la faible démographie médicale sur notre territoire, cette mission reste un enjeu fort pour notre CPTS ; • Souhait de développer des actions promouvant l'installation de nouveaux professionnels et l'amélioration de l'accueil d'étudiants, internes, stagiaires sur le territoire ; • Demande récurrente de la part des professionnels de connaître concrètement les ressources dans le domaine sanitaire et social sur le territoire : associations, professionnels, dispositif social et de prévention. <p>Forces identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence sur notre territoire d'un IFSI, du centre hospitalier et de la clinique Bonnefon, avec sa réserve d'internes ainsi que plusieurs maitres de stage (toutes professions confondues) ; • Mobilisation des collectivités territoriales pour trouver des solutions d'hébergement aux étudiants sur le territoire et ce, à moindre coût. <p>Faiblesses ou besoins identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territoire peu attractif pour l'installation de nouveaux professionnels, notamment concernant les perspectives d'emploi pour les conjoints des professionnels de santé ; • La situation étant catastrophique, les discours et les attitudes de chacun font fuir les jeunes diplômés ; • Peu d'implication des futurs retraités sur la recherche d'une transmission de patientèle.
--	--

5 - Orientations stratégiques du projet de santé

A - Axes d'amélioration retenus par les professionnels de la CPTS

Intitulé de la mission	Axes d'amélioration
Faciliter l'accès à un médecin traitant	Axe 1 : Affiner le diagnostic territorial du territoire de la CPTS ; Axe 2 : Améliorer et faciliter l'accès aux soins des patients sans MT en priorisant les personnes vulnérables ; Axe 3 : Développer l'offre de téléconsultation de proximité.
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	Axe 1 : Organiser l'offre des soins non programmés sur le territoire ; Axe 2 : Développer des protocoles de coopération ; Axe 3 : Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé.
Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	Axe 1 : Organiser le parcours pluriprofessionnel « Santé mentale » autour des adolescents ; Axe 2 : Organiser le parcours pluriprofessionnel « Addictions » autour du patient ; Axe 3 : Organiser le parcours pluriprofessionnel « Hospitalisation » autour du patient ; Axe 4 : Organiser le parcours pluriprofessionnel « dénutrition » autour de la personne âgée.
Développement d'actions coordonnées de prévention	Axe 1 : Développer des actions de prévention ; Axe 2 : Développer des partenariats ; Axe 3 : Déployer des actions en commun avec les acteurs du territoire.
Participation à la gestion de crise sanitaire	Axe 1 : Organiser la réponse de 1 ^{er} recours en cas de crise sanitaire grave ; Axe 2 : Préparer un plan d'action en cas de crise sanitaire grave.
Développement de la qualité et de la pertinence des soins	Axe 1 : Développer la qualité et la pertinence des soins ; Axe 2 : Faciliter la communication interprofessionnelle, pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ; Axe 3 : Améliorer les pratiques dans une dimension pluriprofessionnelle
Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Axe 1 : Promouvoir la CPTS ; Axe 2 : Promouvoir l'attractivité du territoire ; Axe 3 : Faciliter l'installation d'internes, jeunes diplômés et professionnels de santé sur le territoire de la CPTS.

B - Lien(s) entre les axes d'amélioration du projet de santé de la CPTS et les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé d'Occitanie

Liens avec les **THEMES TRANSVERSAUX** du **PROJET REGIONAL DE SANTE**
(Supprimer les lignes non pertinentes)

Thèmes transversaux PRS	Axes d'amélioration du projet de santé de la CPTS
Accès aux soins renforcé et un meilleur partage de l'information	Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires
	Transformation numérique en santé
Risques sanitaires mieux maîtrisés et des comportements plus favorables à la santé	Protection des populations (situations sanitaires exceptionnelles, santé environnementale)
	Prévention et promotion de la santé
	Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice
	Qualité – sécurité
	Pertinence

Liens avec les **PARCOURS PRIORITAIRES** du **PROJET REGIONAL DE SANTE**
(Supprimer les lignes non pertinentes)

Parcours prioritaires PRS	Axes d'amélioration du projet de santé de la CPTS
Parcours vieillissement	<u>Axe 1</u> : Se mettre en lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pour permettre aux résidents d'avoir accès à un médecin ; <u>Axe 2</u> : Maintenir l'autonomie des personnes âgées ; <u>Axe 3</u> : Renforcer l'autonomie des personnes âgées fragiles.
Parcours cancer	<u>Axe 1</u> : Déployer des actions de prévention et de dépistage des cancers sur le territoire ;
Parcours Santé Mentale	<u>Axe 1</u> : Améliorer la coordination entre tous les professionnels intervenant dans le parcours des patients ; <u>Axe 2</u> : Garantir une meilleure prise en charge psychologique des adolescents ; <u>Axe 3</u> : Garantir une meilleure prise en charge des personnes alcoolodépendantes à domicile ; <u>Axe 4</u> : Se mettre en lien avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour garantir un meilleur accès aux soins
Parcours santé des couples, des mères et des jeunes	<u>Axe 1</u> : Former les parents et professionnels au repérage de troubles du développement de l'enfant ; <u>Axe 2</u> : Dépister précocement les troubles DYS chez les enfants ; <u>Axe 3</u> : Se mettre en lien avec les professionnels de santé et les structures médico-sociales afin de garantir un meilleur accès aux soins ; <u>Axe 4</u> : Sensibiliser les professionnels aux violences conjugales et intrafamiliales ; <u>Axe 5</u> : Développer les prises en charge des victimes de violences intra-familiales.

Liens avec les **EQUIPEMENTS, ACTIVITES ET FILIERES DE SOINS** du **PROJET REGIONAL DE SANTE** (*Supprimer les lignes non pertinentes*)

Equipements, activités et filières de soins PRS	Axes d'amélioration du projet de santé de la CPTS
Activités structurantes pour les parcours de santé	Activité de soins Médecine
	Activité de soins Chirurgie
Soins non-programmés	Activité de soins Médecine d'urgence
	Permanence des soins
Populations spécifiques	
	Personnes en situation d'addiction

C - Lien(s) entre les missions du projet de santé de la CPTS et les orientations stratégiques d'autres projets présents sur le territoire

Les missions du projet de santé de la CPTS La Cévenole sont étroitement liées aux parcours prioritaires du Projet Régional de Santé (PRS) mais également aux axes du Contrat Local de Santé du Pays cévennes, dont les axes prioritaires sont :

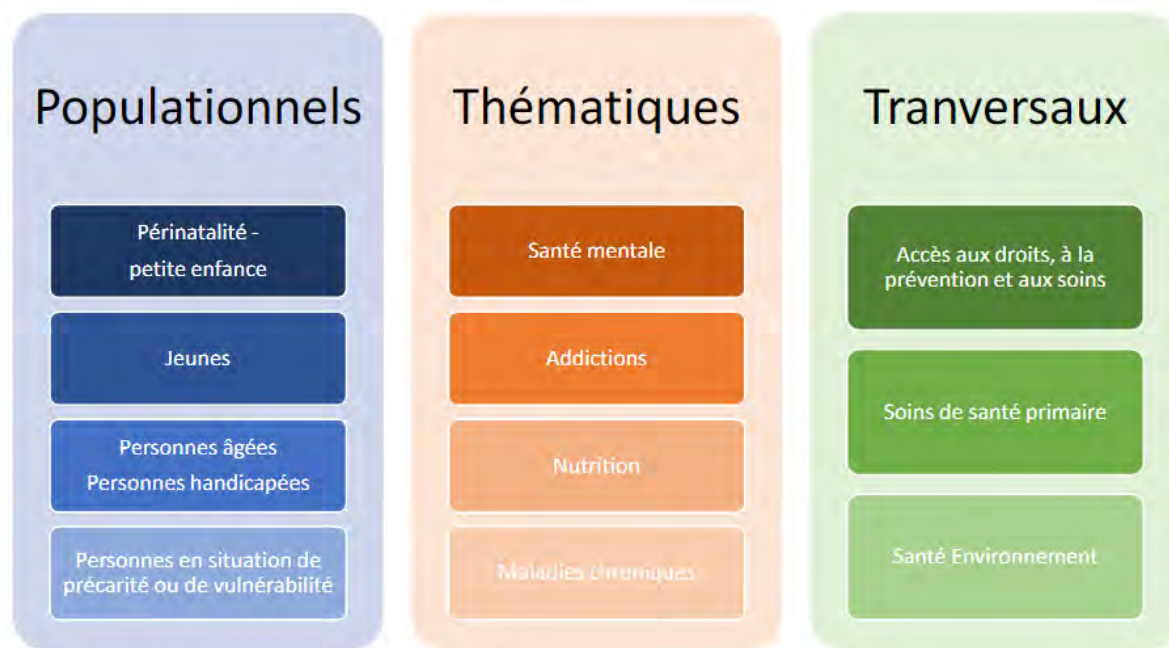


Figure 27 : Les axes et priorités de travail du Contrat Local de Santé du Pays Cévennes 2019-2022 ; Source : Diagnostic Local de Santé 2019

Le **CLS** est un **instrument des pouvoirs publics** permettant :

- D'articuler les politiques publiques,
- De concerter, négocier et construire des politiques de santé de droit commun,
- De planifier une démarche globale, transversale et intersectorielle qui va du diagnostic initial aux programmations, au suivi et à l'évaluation,

- D'aligner des leviers de mise en œuvre de droit commun porté par chaque institution signataire ou partenaire.

La **CPTS** est un **instrument des professionnels de santé** visant à :

- Aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner,
- Répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé identifiées par ses membres, à travers le déploiement de mission de santé publique (missions socles),
- Organiser les parcours de santé autour des usagers.

Elles ont pour objectif de **concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence et de qualité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent et plus particulièrement du 1^{er} recours**¹¹⁶. **Cet axe est largement retenu dans les programmes d'actions des CLS**¹¹⁷ (*Axes transversaux : Accès à la santé et aux soins + soins de santé primaire*).

En effet, l'accès aux soins de 1^{er} recours dans les territoires est une préoccupation majeure des élus, et plus globalement de la puissance publique¹¹⁸. Les CLS ont pour mission propre d'accompagner et de soutenir l'émergence et le déploiement des actions des CPTS.

Concrètement sur le Pays Cévennes cela se traduit par :

- Le partage du diagnostic CLS ;
- L'appui dans rédaction/mise en œuvre projets de santé (participation aux commissions) ;
- L'appui méthodologique et technique (portage de postes, montage de projets, vision territoriale de santé publique) ;
- L'intégration de certains postes des CPTS à l'équipe de santé publique mutualisée du CLS (coordinateur en santé).

Ainsi, de nombreuses passerelles pourront être établies entre la CPTS et le contrat local de santé, notamment concernant la mission « Actions territoriales de prévention » et les trois parcours prioritaires « Dénutrition », « Santé mentale » et « Addictions ».

Lors de la phase de rédaction du projet de santé de la CPTS La Cévenole, les professionnels de santé ont souhaité créer une inter-CPTS afin notamment de travailler en collaboration sur certains axes. Ainsi l'association Reseda a programmé une réunion de concertation inter-CPTS à la mi-septembre 2022. L'équipe projet de la CPTS La Cévenole travaille en collaboration avec l'équipe projet des CPTS Entre Cèze et Gardon En Cévennes (ECEGEC) et Châtaigne et Micocoule, en ce qui concerne :

- Le **lien Ville/Hôpital** : les trois CPTS ont recours au même établissement de santé : Le Centre Hospitalier Alès Cévennes ;
- Le **choix des outils numériques** : il semble judicieux d'utiliser les mêmes outils afin de faciliter la communication et la coordination, notamment avec les établissements sanitaires ;

¹¹⁶ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Titre II relatif à l'organisation des offreurs de soins).

¹¹⁷ Voir Figure 27 : Les axes et priorités de travail du Contrat Local de Santé du Pays Cévennes 2019-2022, page 69.

¹¹⁸ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Titre IV relatif à la gouvernance du système de santé).

Par ailleurs, l'association Reseda a créé un espace numérique dédié à l'inter-CPTS sur son logiciel interne sécurisé ¹¹⁹.

La CPTS travaillera également en collaboration avec le Dispositif d'Appui à la Coordination 30 (DAC30) qui a pour objectif d'apporter des réponses adaptées et coordonnées aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et favoriser le maintien à domicile des personnes, quels que soient la pathologie, l'âge des personnes accompagnées ou la complexité de leurs parcours de santé.

De plus, dans le cadre de la Mission socle 1B : Amélioration de l'accès aux soins : la prise en charge des soins non-programmés en ville, la CPTS participera à la coordination des soins via le futur Service d'Accès aux Soins (SAS).

¹¹⁹ SharePoint est une extension de Microsoft 365 permettant de stocker, organiser, partager et consulter des informations de façon sécurisée à partir de n'importe quel appareil.

2ème partie
**Définition des
missions**

Introduction

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

Nous avons constitué **10 groupes de travail** afin de décliner opérationnellement ces orientations stratégiques en les structurant autour des trois missions socles et des deux missions complémentaires définies dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Ainsi, **sur la période allant de juin 2022 à mars 2023, 20 réunions ont été organisées et 306 participations ont été enregistrées.**

Divers acteurs ont pris part à ces temps d'échanges riches et productifs : professionnels de santé libéraux et des établissements sanitaires et médico-sociaux, coordinatrice du CLS, coordinatrices des réseaux de santé du bassin alésien, responsable du service santé d'Alès Agglomération, associations locales intervenant sur le champ social et médico-social.

Lors de la première réunion, les participants avaient pour mission d'établir un état des lieux des problématiques constatées et de réaliser un brainstorming des actions envisagées. Lors de la seconde réunion, les participants devaient identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre des besoins identifiés et des missions obligatoires conférées aux CPTS. Puis, ils ont dû participer à l'élaboration des fiches actions.

Afin de centraliser les informations, avoir un interlocuteur privilégié et faciliter la rédaction des fiches actions pour le rédacteur, **un ou deux référents ont été désigné par groupe de travail.**

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

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

Les résultats des travaux de chaque groupe seront présentés et validés par l'ensemble des membres de la CPTS lors de la prochaine Assemblée Générale.

Liste des actions retenues

Intitulé des missions	Liste des actions retenues
1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant	<p>Axe 1 : Recenser les ressources existantes pour l'accès à un médecin traitant</p> <p>Axe 2 : Améliorer l'offre de soins de proximité et libérer du temps médical</p> <p>Axe 3 : Repérer les besoins des patients sans médecin traitant</p>
1B - Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	<p>Axe 1 : Développer un outil de communication pour l'articulation entre le SAS, SNP et les professionnels du territoire de la CPTS</p> <p>Axe 2 : Valoriser le développement de la télémédecine avec outils connectés sur notre territoire</p> <p>Axe 3 : Développer les protocoles de coopération de soins non programmés</p> <p>Axe 4 : Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé</p>
2 - Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	<p><u>Parcours Santé Mentale Adolescents :</u></p> <p>Axe 1 : Faciliter aux adolescents l'accès à une prise en charge par un psychologue</p> <p>Axe 2 : Coordonner la prise en charge</p> <p>Axe 3 : Promouvoir le parcours Prise en Charge psychologique des adolescents</p> <p><u>Parcours Addictions :</u></p> <p>Axe 1 : Recenser les différents professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux impliqués dans les soins addictologiques (psychologues, médecins, infirmiers, assistantes sociales, Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF)...))</p> <p>Axe 2 : Promouvoir le parcours SAAD aux acteurs de santé afin de développer une alternative médicale souhaitée par les patients et les professionnels</p> <p>Axe 3 : Faciliter la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge ambulatoire</p> <p>Axe 4 : Soulager et libérer du temps médical hospitalier</p>

	<p><u>Parcours Dénutrition :</u></p> <p>Axe 1 : Proposer un parcours de la dénutrition avec une prise en charge par les diététiciens libéraux de ville, en ambulatoire (à domicile ou en cabinet diététique) des patients dénutris dépistés précocement par les médecins généralistes, ou en relais d'une prise en charge de la dénutrition dans un établissement de soins</p> <p>Axe 2 : Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours</p> <p>Axe 3 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle</p> <p><u>Parcours Hospitalisation :</u></p> <p>Axe 1 : Optimiser la communication entre les professionnels de ville et les établissements de santé</p> <p>Axe 2 : Uniformiser les pratiques autour de l'hospitalisation des patients</p> <p>Axe 3 : Encourager les protocoles PRADO existants sur notre territoire</p>
<p>3 - Développement d'actions coordonnées de prévention</p>	<p>Axe 1 : Relayer des actions de prévention existantes aux différents échelons : mondial, national, régional, départemental et local</p> <p>Axe 2 : Coconstruire en pluridisciplinarité des actions de prévention et de dépistage en fonction des différentes thématiques choisies</p> <p>Axe 3 : Promouvoir l'éducation à la santé</p>
<p>4 – Participation à la gestion de crise sanitaire</p>	<p>Axe 1 : Créer un comité de pilotage</p> <p>Axe 2 : Intégrer l'expertise en santé aux différentes cellules de coordination de gestion des crises sanitaires existantes</p> <p>Axe 3 : Ré-évaluer annuellement les fiches actions selon les retours d'expériences</p>
<p>Développement de la qualité et de la pertinence des soins</p>	<p>Axe 1 : Faciliter la communication interprofessionnelle</p> <p>Axe 2 : Analyser et harmoniser les pratiques des professionnels dans le domaine de la petite-enfance</p>

<p>Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire</p>	<p>Axe 1 : Fédérer des professionnels de santé sur le territoire</p> <p>Axe 2 : Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels de santé sur le territoire de la CPTS</p> <p>Axe 3 : Promouvoir l'attractivité du territoire</p>
---	--

1A - Faciliter l'accès à un médecin traitant

Sur notre territoire, un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours tant en qualité de médecin traitant que de spécialiste. La démographie médicale qui se réduit considérablement sur le territoire est préoccupante. D'autant plus que ce manque de professionnels de santé concerne également les sage-femmes, gynécologues, cardiologues, psychiatres, orthophonistes, podologues, orthoptistes, pédiatres...

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

Même si, sur notre territoire, la précarité aux soins peut se définir dès lors que le patient n'a pas accès à un professionnel de premier recours selon ses besoins.

Les CPTS ont pour mission première de faciliter la recherche d'un médecin traitant pour les patients, notamment ceux en situation de fragilité, parmi la population d'un territoire.

L'analyse statistique du nombre de patients par professionnel a été difficile voire quasi impossible à cause de la neutralisation des données.

C'est pourquoi, notre CPTS s'engage à élaborer des actions pour améliorer l'accès aux soins ; clarifier les parcours de soins de premier recours et fluidifier les pratiques des professionnels du territoire.

Mais notre CPTS ne pourra pas garantir, à ce jour, les termes exacts de cette première mission aux vues des conditions démographiques péjoratives.

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

LIBELLE DE L'ACTION

Faciliter l'accès aux soins

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission socle 1A- Faciliter l'accès à un médecin traitant

Pilotes

*SALANOVA Amandine - Médecin généraliste/Présidente CPTS La Cévenole ;
Aubry-Lachainaye Julie - Infirmière libérale*

Membres du groupe de travail

*Achard-Lichère Cécile - Médecin Radiologue ; Albalat Sandy – Infirmière libérale ; AURAND Antonin – Pharmacien ; Bastide Sylvie - Médecin généraliste ;
Bellay Catherine - Infirmière libérale ; Berenger Christelle - Infirmière libérale ; Blechet Aline - Infirmière libérale ; Bonhomme Florian - Infirmier libéral ; Bonnefond Xavier - Médecin généraliste ; Brazes-Sanz Julie - Médecin généraliste ; Budet Estelle - Médecin généraliste ; Caelles Ludivine – Infirmière ; Carret Christine – Kinésithérapeute ; Casse Isabelle – Pharmacien ; Chambeu Isabelle - Infirmière libérale ; Chastagnol Severine - Infirmière libérale ; Chamerlat Elise - Infirmière libérale ; Cheyreyz Christine - Infirmière libérale ; Colomb Sophie - Infirmière libérale ; Cordesse Maxime – Pharmacien ; Corriol Florence - Médecin généraliste ; CUBEDO Thierry – Responsable service santé publique Alès Agglo ; Coviesec Anthony - Infirmier libéral ; Depraz Nadia – Infirmière ;
Diaz Stéphanie - Infirmière libérale ; Dufaut Pauline – Ergothérapeute ; Dugas Frédéric - Cadre de santé ; Dumas Denis - Infirmière libérale ; Duprat Magali - Infirmière libérale ; Epinat Arnaud – Pharmacien ; Ferrand Mélanie- Infirmière libérale ; Fischer Alice – Pharmacienne ; Gevaudan Valérie - Infirmière libérale ; Granat Nadège - Infirmière libérale ; Grasset Boris - Infirmier Libéral ; Hallart Nathalie – Pharmacienne ; Hallé Marie – Infirmière libérale ; Herbaux Laurence – Pharmacien ; Ivanovsky Nicolas - Médecin généraliste ; Jakovenko Dominique – Infirmier libéral ; Joutard Guillaume – Pharmacien ; Laurès Pauline – Pharmacienne ; Le Costoec Delphine – Pharmacienne ; Legrand Nicolas - Pharmacien ; Le Lan Véronique – Orthophoniste ; Lepage Sabrina – Infirmière libérale ;
Michaud Catherine - Pharmacienne ; Molis Mélanie – Infirmière Asalée ; Molines Muriel - Infirmière libérale ; Moucholi Ericka – Infirmière libérale ; Mourre Charlène - Infirmière libérale ; Nemoz-Gaillard Emilie - Infirmière libérale ; Pascal Stéphanie – infirmière libérale ; Peladan Agnès - Infirmière libérale ; Pelissier Matthieu - Kinésithérapeute ; Price Tatiana – Infirmière asalée ; Ramadier Serge – Médecin généraliste ; Ramadier Guylaine – Médecin généraliste ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste ; SALANOVA Amandine - Médecin généraliste/Présidente CPTS La Cévenole ; Salvi Isabelle - Médecin généraliste ; Savazzi Clarisse – Pharmacienne ; Seraiche Maïté - Infirmière libérale ; Soulier François - Pharmacien ; Taylor Cécile - Pharmacienne ; Vaillant Patrick – Psychiatre retraité ; Vittaz Alexandra – Infirmière libérale*

Problématiques constatées

Le territoire de la CPTS est marqué par un vieillissement de la population (17,5% de la population est âgée de 65 à 79 ans et 7,8% de la population est âgée de 80 ans et plus).

La **démographie médicale** sur le territoire de la CPTS est **préoccupante**. En effet, sur une totalité de 74 médecins généralistes, 37 ont plus de 60 ans dont 12 ont plus de 65 ans.

Tout en sachant que certains médecins généralistes recensés ne font pas de médecine générale et d'autres sont en arrêt de longue durée ; ce chiffre est sur-représentatif de l'offre en médecine générale.

Dans ce contexte de forte pénurie, les médecins du territoire ne peuvent répondre à la demande en médecin traitant de l'ensemble de la population du territoire.

Les données statistiques démontrent que la part de médecins généralistes de 40 ans et moins, de 40 à 45 ans, de 45 à 50 ans est inférieure sur le territoire par rapport au Gard. Cependant, la part de médecins généralistes de 60 à 65 ans sur le territoire est largement supérieure à celle sur le département (cf. Figure 28 : La répartition par âge des médecins généralistes, page 43).

Selon les chiffres clés de 2022 de la CARMF, l'âge moyen de départ en retraite des médecins libéraux en France se situe autour de 65,69 ans.

D'après ces données, **dans deux ans, nous compterions 62 médecins généralistes sur le territoire de la CPTS La Cévenole.**

Si on considère qu'à 65 ans les médecins généralistes devraient prochainement partir à la retraite, et qu'aucun nouveau médecin ne s'installe sur le territoire de la CPTS, cela signifierait que :

- 12 médecins généralistes vont partir à la retraite. Donc le nombre de médecins généralistes devrait passer de 74 médecins généralistes à 62 médecins généralistes. Cela augmentera les problématiques d'accès à un médecin traitant, on estime que 19 104 patients n'auront plus de médecins traitants dans les 2 ans à venir dans la mesure où les 12 médecins généralistes de plus de 65 ans auraient en moyenne 1 592 patients¹²⁰.
- Aussi, 37 MG sur les 74 recensés, soit 50% n'exerceront probablement plus dans les 5 ans à venir. **Imaginons une offre de MG divisée par deux ces 5 prochaines années sur notre territoire !**
- Sans compter, que les caractéristiques populationnelles diffèrent entre les territoires d'un même département, sur le territoire de la CPTS La Cévenole, la **population est de plus en plus fragile, précaire, sédentaire et vieillissante.**

L'aspect quantitatif d'une patientèle n'est donc pas le seul aspect à prendre en compte ; le profil des patientèles alourdit considérablement la charge professionnelle au-delà des chiffres...

D'après les chiffres communiqués par la CNAM, un médecin généraliste a en moyenne, une patientèle de 1 592 patients¹²¹. Sur le territoire de la CPTS, nous comptons 90 419 patients consommants¹²² ce qui signifie que les 37 médecins restants devraient en moyenne avoir une patientèle de 2 443 patients¹²³.

Il faut tout de même émettre une réserve sur ces chiffres étant donné que la population du territoire de la CPTS est de 101 248 habitants ; ce qui donnerait une population « non consommante » de 10 829 habitants.

D'après les données de l'Assurance Maladie, parmi les 90 419 patients consommant sur le territoire de la CPTS La Cévenole, 12% soit **9 120 patients âgés entre 16 et 74 ans n'ont pas de médecin traitant.** Ce chiffre, certainement sous-estimé du fait de départ ou des situations d'arrêt maladie de certains médecins, est égal à la moyenne constatée sur le Gard. Concernant

¹²⁰ $12 \times 1\,592 = 19\,104$ patients sans médecin traitant.

¹²¹ Source : Rezone CPTS (Octobre 2022) /SNDS (Aout 2022).

¹²² Source : Assurance Maladie du Gard/ SIAM/ERASME- 31/07/2022.

¹²³ $90\,419 / 37 = 2\,443$.

les populations considérées comme particulièrement vulnérables, le taux de patients sans médecin traitant s'élève à :

- **1% des patients âgés de 75 ans et plus n'ont pas de médecin traitant sur le territoire tout comme au niveau départemental**
- 1 074 patients entre 16 et 74 ans en ALD sans médecin traitant sur le territoire ;
- 3% soit 2 097 patients âgés entre 16 et 74 ans couverts par la CSS sans médecin traitant sur le territoire (2% dans le département du Gard) ;
- 9,8% de patients âgés entre 16 et 74 ans avec ALD et CSS sans médecin traitant sur le territoire (8,2% dans le Gard). (cf. Données du « Tableau 17 : Accès aux soins et couverture de la population par un médecin traitant » dans la 1^{ère} partie Diagnostic territorial, page 24)

En conséquence, nous constatons sur ces derniers mois une hausse considérable de la fréquentation à la maison médicale de garde. Les motifs de consultations ne correspondent plus uniquement à des urgences. Une grande partie de la hausse s'explique par des demandes de suivi et de renouvellement de traitements pour tous ces patients sans médecin traitant.

Objectif général

- Organiser l'offre de soins pour faciliter l'accès aux soins de premier recours.

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Recenser les ressources existantes pour l'accès à un médecin traitant
- Objectif n°2 : Améliorer l'offre de soins de proximité et libérer du temps médical
- Objectif n°3 : Repérer les besoins des patients sans médecin traitant

Public cible

Les professionnels de santé du territoire de la CPTS La Cévenole ; Les personnes dépendantes ; Les patients consommateurs majeurs résidants sur le territoire de la CPTS La Cévenole.

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

1. Préparer l'action

- Réunir le groupe de travail
- Identifier le(s) professionnel(s) référents de l'action
- Mener une enquête auprès des médecins généralistes du territoire afin d'affiner le diagnostic territorial et co-construire une réponse adaptée
 - Identification de l'enquêté (âge, sexe)
 - Mode d'exercice (activité libérale, salariée, mixte, temps de travail (jour travaillé par semaine, et volume horaire par semaine, visites à domicile)
 - Activités complémentaires d'exercice (IPA, assistantes médicales, asalée, maître de stage, permanence de soins, utilisation de la téléexpertise et de la téléconsultation, protocoles de coopération...)

- Etat des lieux de leurs patientèles (nombre de patients MT, file active, profil des patientèles (en ALD, <16 ans, >70 ans ...))
 - Projection dans leur profession (départ en retraite, prise en charge de nouveaux patients, changement d'activité ...)
- Prévoir un temps de diffusion, de recueil et de traitements des données de l'enquête
 - Identifier les institutions ressources du territoire pour des prises en charge de patients

Nous faisons le choix d'axer nos actions sur le signalement des patients sans médecins traitants par les partenaires plutôt que de les recenser directement (leur volume étant trop conséquent)

2. Améliorer l'offre de soins de proximité et libérer du temps médical

- Créer des « équipes soignantes ressources » autour du patient en développant le trinôme référent : pharmacien/infirmier/médecin
- Développer la téléconsultation en binôme Médecin/ IDEL sur le lieu de vie (domicile, EHPAD, foyers logement) des patients dépendants
- Développer les protocoles de coopération pour l'accompagnement des patients monopathologiques chroniques, stabilisés
 - Mise à niveaux des compétences et formation des professionnels

3. Repérer les besoins des patients sans médecin traitant

- Repérer un logiciel d'alertes des besoins identifiés par les professionnels sur le terrain et mise en relation de ceux-ci pour accompagner une possible prise en charge
- Repérer une plateforme de réorientation des besoins

Indicateurs retenus de suivi et de résultats (<i>en cours de réflexion</i>)	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Organisation d'une réunion pluriprofessionnelle afin de préparer l'action et repérer les besoins	X		
Réalisation d'une étude d'opportunité sur le déploiement de la téléconsultation	X		
Réalisation d'une enquête sur : <ul style="list-style-type: none"> - L'offre de MG : âge, activité, ETP, prochain départ à la retraite, utilisation de la télémédecine etc. ; - Les patients sans MT du territoire : Les patients en file active pas encore déclarés, les patients prioritaires etc. 	X		

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI)

Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Améliorer l'offre de soins de proximité et libérer du temps médical			
Créer des « équipes soignantes ressources » autour du patient en développant le trinôme référent : pharmacien/infirmier/médecin			X
Développer la téléconsultation en binôme Médecin/ IDEL sur le lieu de vie des patients dépendants ayant un médecin traitant	X		
Développer les protocoles de coopération pour l'accompagnement des patients monopathologiques chroniques, stabilisés		X	
Action 3 : Repérer les besoins des patients sans médecin traitant	X		

Délai de démarrage de la mission après la signature du contrat : 6 mois

Délai maximum pour le déploiement de la mission après signature du contrat : 18 mois

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

- Salles de réunion
- Fourniture de bureau
- 1 airbox par mallette
- Matériel informatique et téléphonique pour la coordinatrice
- Achat de 2 mallettes de télémédecine et imprimantes portatives

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

- Achat de logiciels d'enquêtes et d'analyses de données (type Sphinx)
- Prestation de fonctionnement de la mallette de télémédecine
- Maintenance de la mallette de télémédecine dès la 3^{ème} année
- Logiciel de communication interprofessionnel
- Prestation d'une plateforme dédiée à la gestion et la réorientation des appels

Estimation des moyens nécessaires - Humains

- Pharmaciens et leurs équipes
- Infirmiers
- Médecins
- Coordination de la téléconsultation
- Coordinateur

Inventaire des ressources déjà disponibles - Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...)

- Prêt de salles
- Vidéoprojecteur

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Participation des médecins dans les réponses aux questionnaires*
- *Population sans médecin traitant conséquente → Possibilité de répondre à tous les besoins ?*
- *Manque de disponibilités des médecins et limites dans l'adhésion aux projets*
- *Craintes quant aux responsabilités engagées dans les protocoles de coopération*

LEVIERS :

- *Volonté des professionnels d'amélioration et d'évolution de leurs pratiques*
- *Maintenir les libertés de chaque professionnel sur leurs possibles engagements dans les projets*
- *Soutien des politiques, de l'association Reseda et du CLS Pays Cévennes*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 90 762€

Budget total Mission socle 1 : 125 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 90 000€ – Volet variable / actions et résultats 35 000 euros)

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

Les soins non programmés répondent souvent à une urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences.

Ces demandes de soins ont lieu le plus souvent pendant les heures d'ouverture des cabinets et la réponse actuelle est souvent peu adaptée aux besoins.

Pour répondre aux besoins de soins non programmés de la population, notre CPTS propose une organisation visant à permettre la prise en charge le jour même ou dans les 48 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs.

Le SAS met en place une régulation libérale pour recueillir et orienter les demandes de soins non programmés, de façon coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville d'un même territoire. Aujourd'hui expérimental, le SAS a vocation à être généralisé. Dans le cadre de leur mission socle sur la prise en charge des soins non programmés en ville, notre CPTS participe à l'organisation du service d'accès aux soins et à son pilotage, à côté des autres acteurs du territoire.

LIBELLE DE L'ACTION

Optimiser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés en ville

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission socle 1B – Amélioration de l'accès aux soins – La prise en charge des soins non-programmés en ville

Pilotes

*SALANOVA Amandine - Médecin généraliste/Présidente CPTS La Cévenole ;
Aubry-Lachainaye Julie - Infirmière libérale*

Membres du groupe de travail

Achard-Lichère Cécile - Médecin Radiologue ; Albalat Sandy – Infirmière libérale ; AURAND Antonin – Pharmacien ; Aubry-Lachainaye Julie - Infirmière libérale ; Bastide Sylvie - Médecin généraliste ; Bellay Catherine - Infirmière libérale ; Berenger Christelle - Infirmière libérale ; Blechet Aline - Infirmière libérale ; Bonhomme Florian - Infirmier libéral ; Bonnefond Xavier - Médecin généraliste ; Brazes-Sanz Julie - Médecin généraliste ; Budet Estelle - Médecin généraliste ; Caelles Ludivine – Infirmière ; Carret Christine – Kinésithérapeute ; Casse Isabelle – Pharmacien ; Chambeu Isabelle - Infirmière libérale ; Chastagnol Severine - Infirmière libérale ; Chamerrat Elise - Infirmière libérale ; Cheyrezy Christine - Infirmière libérale ; Colomb Sophie - Infirmière libérale ; Cordesse Maxime – Pharmacien ; Corriol Florence - Médecin généraliste ; CUBEDO Thierry – Responsable service santé publique Alès Agglomération ; Coviesec Anthony - Infirmier libéral ; Depraz Nadia – Infirmière ; Diaz Stéphanie - Infirmière libérale ; Dufaut Pauline – Ergothérapeute ; Dugas Frédéric - Cadre de santé ; Dumas Denis - Infirmière libérale ; Duprat Magali - Infirmière libérale - ; Epinat Arnaud – Pharmacien ; Ferrand Mélanie - Infirmière libérale ; Fischer Alice – Pharmacienne ; Gevaudan Valérie - Infirmière libérale - ; Granat Nadège - Infirmière libérale ; Grasset Boris - Infirmier Libéral ; Hallart Nathalie – Pharmacienne ; Hallé Marie – Infirmière libérale ; Herboux Laurence – Pharmacien ; Ivanovsky Nicolas - Médecin généraliste ; Jakovenko Dominique – Infirmier libéral ; Joutard Guillaume – Pharmacien ; Laurès Pauline – Pharmacienne ; Le Costoec Delphine – Pharmacienne ; Legrand Nicolas - Pharmacien - ; Le Lan Véronique – Orthophoniste ; Lepage Sabrina – Infirmière libérale ; Michaud Catherine - Pharmacienne ; Molis Mélanie – Infirmière Asalée ; Molines Muriel - Infirmière libérale ; Moucholi Ericka – Infirmière libérale ; Mourre Charlene - Infirmière libérale ; Nemoz-Gaillard Emilie - Infirmière libérale ; Pascal Stéphanie – infirmière libérale ; Peladan Agnès - Infirmière libérale ; Pelissier Matthieu - Kinésithérapeute ; Price Tatiana – Infirmière asalée ; Ramadier Serge – Médecin généraliste ; Ramadier Guylaine – Médecin généraliste ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste ; SALANOVA Amandine - Médecin généraliste/Présidente CPTS La Cévenole ; Salvi Isabelle - Médecin généraliste ; Savazzi Clarisse – Pharmacienne ; Seraiche Maité - Infirmière libérale ; Soulier François - Pharmacien ; Taylor Cécile - Pharmacienne ; Vaillant Patrick – Psychiatre retraité ; Vittaz Alexandra – Infirmière libérale

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Le service des urgences d'Alès est particulièrement sollicité. Le taux de passages aux urgences sur le territoire de la CPTS La Cévenole est relativement supérieur aux taux de passages aux urgences sur les territoires de comparaison (27% par an sur le territoire contre 22,2% en France, 22% sur le Gard et 21,40% en Occitanie). Le nombre de passages aux

urgences non suivis d'une hospitalisation par an rapporté aux patients consommant calculé à partir du forfait ATU équivaut à 21 926 patients passants aux urgences sur le territoire.

D'après les données de l'Assurance Maladie du Gard, parmi les 90 419 consommateurs, 8,2% soit 7 405 patients ont eu recours au moins une fois aux urgences sur le territoire. Ce taux est supérieur au taux départemental qui s'élève seulement à 2%. Pour 100 consommateurs, nous comptons en moyenne 11 passages aux urgences sur le territoire face à 7 passages sur le département.

Nous pouvons constater une forte hausse annuelle des passages aux urgences par rapport à 2020. Entre 2020 et 2021, le nombre de passage a augmenté de 14,5% sur la région Occitanie et de 15,6% sur le département du Gard.

Nous comptons 41 294 passages aux urgences au centre hospitalier d'Alès et 11 295 passages aux urgences de la Clinique Bonnefon à Alès par an.

42,4%, c'est la part des admissions directes en service médecine en 2019 à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services. Ce taux est inférieur aux taux des territoires de comparaison. Toutefois, 38,1% des communes sur le territoire de la CPTS ont été neutralisées. Le département dispose du plus fort taux d'admissions directes en service médecine (52,2%) suivi par la région (49,5%) et la France (40,8%).

Ce chiffre témoigne d'une bonne adaptation des professionnels de santé du territoire à la saturation des services d'urgences.

Depuis la crise Covid, la maison médicale de garde s'est positionnée à proximité immédiate des urgences du CHAC permettant ainsi une meilleure orientation des patients. A l'horizon de l'année 2024, une restructuration des urgences et une nouvelle maison médicale verront le jour.

Cette nouvelle maison médicale nous permettra d'augmenter les volumes d'accueil car nous sommes actuellement limités en termes d'espaces, de bureaux ... En sachant qu'en 2022, 18 100 patients ont été enregistrés et consultés à la maison médicale d'Alès pour seulement un médecin le soir et 2 médecins en journée de week-end.

L'accès à un médecin généraliste est devenu tellement difficile qu'il est évident que l'accès aux soins non programmés en ville et donc l'articulation avec le SAS semble de prime abord complexe. Il ne pourra se faire qu'en imaginant une réorganisation de l'accès aux soins globale. En effet, sur une totalité de 74 médecins généralistes, 37 ont plus de 60 ans dont 12 ont plus de 65 ans.

4 352 téléconsultations ont été exécutées sur le territoire par les médecins généralistes contre 56 314 sur le Gard. Le territoire représente 7,7% des téléconsultations dans le Gard. En moyenne, chaque professionnel effectue 58 téléconsultations sur le territoire. Les téléconsultations représentent 1,5% de l'activité des médecins généralistes du territoire. De plus, 5 423 patients sans médecin traitant sont vus par les médecins généralistes du territoire.

Le développement de la téléconsultation peut être un véritable atout pour les SNP. Il semble néanmoins nécessaire de définir un cadre quant à leurs accès sur notre territoire ; aux risques de voire beaucoup de dérives tant des usagers que des professionnels...

Objectif général

- Améliorer la lisibilité de l'accès aux soins non programmés en ville.

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Développer un outil de communication pour l'articulation entre le SAS, SNP et les professionnels du territoire de la CPTS
- Objectif n°2 : Valoriser le développement de la télémédecine avec outils connectés sur notre territoire
- Objectif n°3 : Développer les protocoles de coopération de soins non programmés
- Objectif n°4 : Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé

Public cible

Tous les professionnels de santé du territoire et tous les consommateurs du territoire de la CPTS.

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

1. Préparer l'action

- Réunir le groupe de travail
- Identifier le(s) professionnel(s) référents de l'action
- Recenser les professionnels souhaitant participer aux actions et constituer les sous-groupes de travail
- Créer du lien avec les services de soins non programmés existants sur le territoire

2. Développer un outil de communication pour l'articulation entre SAS, SNP et les professionnels du territoire de la CPTS

- Investir des temps d'échange avec l'association porteuse du SAS
- Découvrir les logiciels de communication existants pour le soin non programmé
- Sélectionner le logiciel de communication le plus pertinent
- Déployer le SAS et le promouvoir auprès des professionnels adhérents à la CPTS
 - Composer une équipe de travail
 - Créer un plan de communication pour le déploiement du SAS sur le territoire
 - Identifier les professionnels à solliciter
 - Programmer des temps de rencontres

3. Valoriser le développement de la télémédecine avec outils connectés sur notre territoire

- Recenser les dispositifs de téléconsultations existant sur le territoire
- Créer du lien entre les professionnels utilisant la télémédecine
- Faire émerger une cohérence dans l'usage de la télémédecine sur notre territoire
- Promouvoir la cohérence de l'usage de la télémédecine auprès des professionnels adhérents à la CPTS

4. Développer les protocoles de coopération de soins non programmés

- Recenser les protocoles de coopération existants
- Adapter les protocoles de coopération existants aux besoins en santé de notre territoire
- Créer de nouveaux protocoles de coopération locaux adaptés aux besoins en santé de notre territoire
- Promouvoir ces protocoles de coopération auprès des professionnels adhérents à la CPTS

5. Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé

- Recenser les campagnes de communication déjà existantes
- Adapter et promouvoir ces campagnes aux besoins en santé de notre territoire
- Créer et promouvoir de nouvelles campagnes en fonction des besoins en santé de notre territoire

Indicateurs retenus de suivi et de résultats (en cours de réflexion)	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Réalisation d'une étude des besoins numériques et des outils existants (MT, SNP)	X		
Organiser des groupes de travail dans le but de réfléchir à la création de protocoles de coopération locaux	X		
Réalisation d'une étude d'opportunité sur la mise en place de protocoles de coopération nationaux SNP	X		
Organisation d'une campagne de promotion sur l'accès à la santé (exemple : journée thématique, réseaux sociaux, actions dans un établissement public etc.)	X		

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Développer un outil de communication pour l'articulation entre SAS, SNP et professionnels du territoire	X		
Action 3 : Valoriser le développement de la télémédecine avec outils connectés sur notre territoire		X	
Action 4 : Développer les protocoles de coopération		X	
Action 5 : Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé	X	X	X

Délai de démarrage de la mission après la signature du contrat : 6 mois

Délai maximum pour le déploiement de la mission après signature du contrat : 18 mois

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (*salle réunions, fournitures bureau...*)

- Salles de réunion
- Fourniture de bureau

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (*identifier besoins*)

- Logiciel de communication
- Outils de communication

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

- Un graphiste
- Les temps de promotion pour le déploiement du SAS, l'usage de la télémédecine et des protocoles de coopération auprès des professionnels de santé adhérents à la CPTS

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*

- Prêt de salles
- Vidéoprojecteur
- Documentation mise à disposition par l'association Reseda

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Manque de disponibilités des professionnels et limites dans l'adhésion aux projets*
- *Craintes quant aux responsabilités engagées dans les protocoles de coopération*
- *Adhésion de la population aux changements des pratiques*
- *Adhésion des professionnels aux changements des pratiques*

LEVIERS :

- *Volonté des professionnels d'amélioration et d'évolution de leurs pratiques*
- *Besoin pressant de la population d'avoir accès aux SNP*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 34 238€

Budget total Mission socle 1 : 125 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 90 000€ – Volet variable / actions et résultats 35 000 euros)

2 - Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

L'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.

Notre CPTS propose l'organisation de parcours pluriprofessionnels répondant aux besoins et problématiques identifiées sur notre territoire, notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients.

Les parcours ci-dessous font parties des priorités évoquées par les professionnels de santé du territoire.

- Le parcours « Santé Mentale Adolescents »,
- Le parcours « Addictions »,
- Le parcours « Hospitalisation »,
- Le parcours « Dénutrition ».

Les objectifs sont :

- Rompre l'isolement des professionnels face à des situations complexes qu'ils peuvent rencontrer au cours de leur exercice,
- Permettre une meilleure prise en charge des patients,
- Apporter localement, une réponse à la situation complexe des patients, en pluriprofessionnalité et de manière la plus fluide possible et la plus efficace,
- Décloisonner l'ensemble des acteurs intervenants dans ces parcours et renforcer la coordination entre ces derniers.

De nombreux professionnels de santé, réseaux de santé ainsi que des professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux ont déjà pour habitude, sur le territoire de la CPTS, de travailler en collaboration avec les différents acteurs.

La mise en œuvre de ces parcours devrait également permettre d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et de prévenir l'isolement des professionnels face aux situations complexes.

LIBELLE DE L'ACTION

Assurer une meilleure prise en charge des troubles psychologiques pour les adolescents

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission socle 2 – Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Bertrand Jennifer – Psychologue ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste

Membres du groupe de travail

Angot Catherine – Pédiopsychiatre ; Bertrand Jennifer – Psychologue ; Boggino Julia – Psychologue ; Bonifas-Corriol Noémi – Coordinatrice des réseaux santé mentale et addictologie ; Chabert Mireille- Psychologue ; Fenouillet Dominique – Psychologue ; Godard Aurélie – Psychologue ; Laceuk Nadia - Psychologue ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ; Le Guennou Claire - Pédiatre ; Rigoulot Philippe - Directeur Maison des Adolescents du Gard ; Roure Adeline – Psychologue ; Valgalier Laure – Médecin généraliste

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Nous avons constaté sur notre territoire un fort manque d'accès aux médecins traitants et aux psychiatres.

Les services gratuits dédiés à la prise en charge psychologique sont saturés (CMPP, CMPEA, ...).

Les professionnels de santé ont relevé un défaut de connaissance de l'état psychique des adolescents par manque de temps et d'espace dédié. La tranche d'âge de 11-18 ans nécessite une prise en charge spécifique en psychologie car il s'agit d'une période de transition de l'enfance à l'âge adulte. Sur notre territoire, nous comptons 9 424 jeunes de 11 à 18 ans, ce qui représente 9,6% de la population consommante au 31 janvier 2023¹²⁴.

Lors de la période du premier confinement, l'enfermement a créé des troubles différents chez les adolescents par rapport aux troubles des enfants et adultes n'ayant pas été pris en compte.

La prise en charge psychiques des adolescents est une « zone d'ombre ».

Au niveau national, un plan « Bien-être et santé des jeunes » a été initié en novembre 2016, montrant ainsi l'importance de la prise en charge de ce public spécifique.

Une carence de repérage et de prise en charge des troubles psychologiques des adolescents a tout particulièrement été constatée sur le territoire de la CPTS La Cévenole.

Le manque de prévention sur l'état psychologique des adolescents peut entraîner de grandes conséquences : addictions, risques suicidaires, troubles psychiques grave à l'âge adulte.

Cette prise en charge complexe nécessite un parcours spécifique coordonné entre les professionnels en lien avec les adolescents (professeurs, éducateurs, infirmières scolaires, ...), les familles (accompagnement à la parentalité) et les professionnels de santé (psychologues, médecins).

Afin de lutter contre le renoncement aux soins, ce parcours de prise en charge doit être gratuit et accessible à tous.

¹²⁴ Source : Assurance maladie du Gard

OBJECTIF GENERAL :

- Faciliter l'accès à des soins spécifiques pour les adolescents en mal être

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Faciliter aux adolescents l'accès à une prise en charge par un psychologue
- Objectif n°2 : Coordonner la prise en charge
- Objectif n°3 : Promouvoir le parcours Prise en Charge Psychologique des Adolescents
- Objectif n° 4 : Organiser et soutenir le développement d'une culture commune dans le domaine de la clinique de l'adolescent

Public cible

Les adolescents de 11 à 18 ans résidants ou scolarisés sur le territoire de la CPTS La Cévenole.

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches

1. Préparer l'action :

- Réunir le groupe de travail pluriprofessionnel
- Identifier le professionnel référent de l'action
- Recenser les psychologues susceptibles de s'engager pour participer au dispositif
- Identifier les acteurs du territoire concernés par l'action et en contact avec le public en demande (psychologues, éducateurs, professionnels en établissements scolaires, médecins, etc.)

2. Formaliser le parcours de soins du patient

- Finaliser les protocoles de prise en charge psychologique en se basant sur le dispositif AVENIR¹²⁵ : définir les critères d'inclusion et le nombre de séances selon le cas patient.
- Embaucher un psychologue-coordonateur
 - Évaluer le respect des critères d'inclusion
 - Définir le protocole adapté au patient
 - Assurer le lien entre les différents intervenants dans le parcours de soins
 - Soutenir les espaces de concertation autour d'une culture commune
 - Assurer le suivi administratif et financier du dispositif et l'évaluation annuelle du dispositif

3. Promouvoir le parcours Prise en charge psychologique des adolescents

- Informer sur l'existence d'un parcours de soins prise en charge psychologique des adolescents via le site internet de la CPTS La Cévenole et une diffusion large (mailing)
- Diffuser le protocole en support papier aux professionnels de santé

¹²⁵ Dispositif Adolescents Vulnérables et Nouvelles Interventions en Réseau mis en place sur le territoire de Bagnols Sur Cèze.

4. Organiser des réunions de concertation pluri professionnelles

- Evaluer et améliorer le dispositif
- Permettre des temps de rencontres interprofessionnelles
- Créer du lien
- Échanger autour de cas cliniques
- Développer la culture commune dans le domaine de la clinique de l'adolescent

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Organisation de réunions pluriprofessionnelles	X		
Réalisation d'un état des lieux des dispositifs existants	X		
Organisation d'un groupe de travail dans le but de concevoir le protocole de prise en charge		X	
Réalisation d'une étude d'opportunité sur le recrutement d'un coordinateur de parcours		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action			
Réunir le groupe de travail pluriprofessionnel	X		
Identifier le professionnel référent de l'action	X		
Recenser les psychologues intéressées pour participer au dispositif	X		
Identifier les acteurs du territoire concernés par l'action et en contact avec le public en demande (psychologues, éducateurs, professionnels en établissements scolaires, médecins, etc.)		X	
Action 2 : Formaliser le parcours de soins du patient	X	X	
Action 3 : Promouvoir le parcours de prise en charge psychologique des adolescents		X	
Action 4 : Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles		X	

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salles de réunion
- Fourniture de bureau
- Matériel informatique et téléphonique pour la coordinatrice

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

- Achat de logiciels d'enquêtes et d'analyses de données (type Sphinx)
- Logiciel de coordination
- Site internet

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

- Psychologue-coordonateur
- Psychologues
- Médecins
- Intervenants (Analyse des Pratiques Professionnelles, formations)

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*)

- Prêt de salles
- Vidéoprojecteur
- Documents : protocole du dispositif AVENIR de la Maison des Adolescents du Gard (en cours) ; dispositif expérimental santé mentale jeunes 2013-2015 de l'association Reseda ;
- Structures d'appui : Association Reseda composé d'un réseau Santé Mentale Enfant ; Contrat Local de Santé Pays Cévennes ; Maison des Adolescents du Gard

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Limites budgétaires : paiement des consultations des psychologues*
- *Surcharge des emplois du temps des psychologues*
- *Trouver un psychologue-coordonateur libre ayant connaissance du territoire*

LEVIERS :

- *Appui du directeur de la Maison des Adolescents du Gard pour la mise en place du parcours*
- *Soutien de l'association Reseda, du CLS Pays Cévennes et de Alès Agglomération*
- *Volonté des professionnels de s'organiser sur le territoire*
- *Bénéficiaire de l'expérimentation antérieure sur le territoire ayant mobilisé de nombreux professionnels*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 39 000€

Budget total Mission socle 2 : 90 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 45 000€ – Volet variable / actions et résultats 45 000 euros)

LIBELLÉ DE L'ACTION

Assurer une meilleure prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire à domicile_

MISSION SOCLE OU COMPLÉMENTAIRE CONCERNÉE

Mission socle 2 – Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

PILOTE

BRAZA Mehdi - Médecin généraliste ; Fabre Philip – Médecin généraliste

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Bertrand Jennifer – Psychologue ; Bonifas Noémi – Coordinatrice des réseaux santé mentale et addictologie ; Boggino Julia – Psychologue ; Hellot Pagat Gwenaëlle – Infirmière Tabacologie et Addictologie ; Valgalier Laure – Médecin généraliste ; Mouton Laurent – Infirmier ; Leynaud Guilhem – Infirmier Libéral ; Fenouillet Dominique - Psychologue

PROBLÉMATIQUES CONSTATÉES :

En France, avec 5 millions de consommateurs quotidiens¹²⁶, soit 10% de la population, l'alcool est source de dommage de santé mais aussi sociaux importants :

Dommage pour la santé :

- 41 000 décès directs liés à l'alcool ;
- L'alcool est l'une des deux premières causes de mortalité évitable par cancer ;
- Presque 100 000 hospitalisations annuelles ;
- Parmi les jeunes de 17 ans, 9% déclarent consommer de l'alcool 10 fois par mois et 44% déclarent une alcoolisation ponctuelle importante par mois (plus de 6 verres dans la même soirée)
- Chez les personnes âgées de 20 à 39 ans, environ 13,5 % du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool¹²⁷.

Dommages sociaux :

L'alcool est un facteur dans :

- 30 % des condamnations pour violences ;
- 40 % des violences familiales ;
- 30 % des viols et agressions¹²⁸.

Dommages économiques :

- L'alcoolisme en France est la cause d'une dépense totale de 120 milliards ;

¹²⁶ Source : Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (2020) - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

¹²⁷ Source : Santé Publique France, La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

¹²⁸ Source : Mission Interministérielle De Lutte Contre les Drogues Et les Conduites Addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>].

- Sur le plan économique pur, il est plus « rentable » de lutter contre l'alcool que contre le tabac ou l'inactivité physique avec un rendement de 1 dollar investi en rapportera 9 contre 7 pour le tabac et 2 pour l'inactivité physique.

Ainsi l'OMS en a fait l'une de ces treize priorités pour la décennie 2020-2030 car il est prévu qu'en 2030 l'alcool serait un facteur de risque de 55 millions de décès par an.

Etat des lieux sur le plan régional :

L'Occitanie fait partie des régions les plus consommatrices d'alcool en France :

- Une consommation quotidienne supérieure à la moyenne nationale (12,6 contre 10 %)
- Une consommation hebdomadaire supérieure à la moyenne nationale (33 contre 30%)

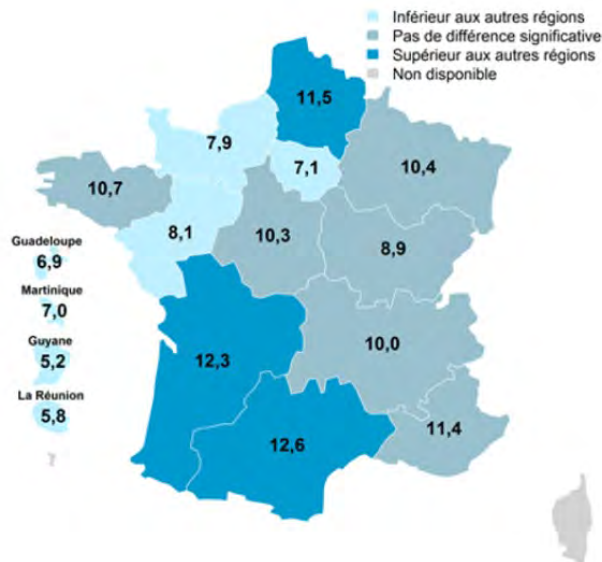


Figure 29 : Prévalence régionale standardisée¹²⁹ de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France.

Par conséquent, l'ARS souhaite dans sa « feuille de route Addictions Occitanie » avec ses axes 1 « Renforcer les connaissances, la coordination et l'évaluation dans le champ des addictions » et 7 « Poursuivre le développement de la prise en charge des personnes en situation d'addiction, notamment en ambulatoire » développer la prise en charge ambulatoire dans le champ des addictions.

La majorité des patients souhaiteraient une prise en charge ambulatoire pluriprofessionnelle et coordonnée à la place d'une hospitalisation, porteuse de préjugés et ainsi d'un refus de la part des patients. Devant les difficultés thérapeutiques, le protocole de SAAD Alésien (Sevrage

¹²⁹ Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON - Baromètre de Santé publique France 2017, Baromètre santé DOM 2014 (Santé Publique France).

Alcoolique Ambulatoire à Domicile), l'un des 4 protocoles ambulatoires repéré au niveau national, permettrait une amélioration de parcours de soins.

OBJECTIF GENERAL :

- Permettre une prise en charge pluriprofessionnelle par une équipe de soins primaires soutenue par une coordination locale portée par la CPTS des patients alcoolodépendants grâce à un protocole de soins programmé et coordonné en ambulatoire.

OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S) :

- Objectif n°1 : Recenser les différents professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux impliqués dans les soins addictologiques (psychologues, médecins, infirmiers, assistantes sociales, Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF)...))
- Objectif n° 2 : Promouvoir le parcours SAAD aux acteurs de santé afin de développer une alternative médicale souhaitée par les patients et les professionnels
- Objectif n°3 : Faciliter la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge ambulatoire
- Objectif n°4 : Soulager et libérer du temps médical hospitalier

PUBLIC CIBLE :

Les patients majeurs alcoolodépendants (selon les critères HAS : 2 verres standards par jour et 10 verres standards par semaine avec 2 jours au moins d'abstinence hebdomadaire).

SOUS-ACTIONS À METTRE EN OEUVRE & RÉPARTITION DES TÂCHES

1. Préparer le parcours :

- Créer un groupe de travail pluriprofessionnel
- Réunir le groupe de travail pluriprofessionnel
- Identifier le(s) professionnel(s) pilote(s) de l'action
- Evaluer les moyens en recensant les différentes offres de soins en addictologie existantes sur le territoire (consultations CSAPA, unité d'addictologie, lits d'hospitalisation...)
- Identifier l'ensemble des acteurs du territoire (professionnels et non professionnels) concernés par l'action (infirmiers, psychologues, assistantes sociales, médecins, etc.) et en contact avec le public en demande (associations, groupes d'entraides, etc.)

2. Formaliser le parcours de soins du patient

- Élaborer un protocole SAAD indiquant les critères d'inclusion et le rôle de chaque professionnel dans le parcours de prise en charge (médecins généralistes, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...)
- Développer les liens entre ces professionnels et des partenariats grâce au listing des professionnels impliqués par ce type de pathologie
- Création d'un poste de coordination indispensable pour :
 - Recevoir la demande, l'évaluer, l'orienter et faire le lien entre les professionnels
 - Coordonner les réunions pluriprofessionnelles

- Organiser deux types de réunions pluriprofessionnelles :
 - Echange autour des pratiques professionnelles
 - Etude des cas cliniques complexes

3. Promouvoir le parcours Sevrage Alcoolique Ambulatoire à Domicile (SAAD)

- Organiser une session de sensibilisation à destination des professionnels de santé du territoire
- Informer sur l'existence d'un parcours de soins SAAD via le site internet de la CPTS La Cévenole et une diffusion large (mailing) via les tutelles, l'association Reseda, les ordres, la CPAM, les URPS...
- Réaliser une session de formation à destination des professionnels de santé intéressés et engagés
- Diffuser le protocole de SAAD en support papier aux professionnels de santé et aux structures

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Organisation d'une réunion pluriprofessionnelle dans le but de rassembler un maximum d'acteurs autour de la thématique	X		
Réalisation d'un état des lieux (offre de soins, ...)	X		
Organisation d'un groupe de travail dans le but de concevoir un protocole de prise en charge		X	
Réalisation d'une étude d'opportunité sur le recrutement d'un coordinateur de parcours	X		
Organisation une campagne de sensibilisation			X
Nombre de réunions pluriprofessionnelles réalisées autour des échanges des pratiques professionnelles			X

Planning prévisionnel de mise en œuvre

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer le parcours	X		
Action 2 : Formaliser le parcours de soins du patient		X	
Action 3 : Promouvoir le parcours Sevrage Alcoolique Ambulatoire à Domicile (SAAD)			X

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

- Local/Bureau
- Salles de réunion
- Fourniture de bureau
- Matériel informatique et téléphonique pour la coordinatrice
- Imprimante
- Ligne téléphonique dédiée

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

- Logiciel de communication
- Site internet
- Connexion internet

Estimation des moyens nécessaires - Humains

- Temps consacré par les professionnels
- Temps de coordination
- Formateur
- Indemnité de déplacement

Inventaire des ressources déjà disponibles - Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...)

- Prêt de salles
- Vidéoprojecteur
- Documents : protocole expérimental du CSAPA Addictions France
- Structures d'appui : Association Reseda composé d'un réseau Addictologie ; AddictoPôle Occitanie ; Alès Agglomération

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Surcharge des emplois du temps des professionnels*
- *Méconnaissance des protocoles de sevrage médicaux existants*
- *Isolement des professionnels*
- *Craintes des professionnels liées à la complexité de ces prises en charge en alcoologie*

LEVIERS :

- *Appui des personnes ressources ayant participé au protocole expérimenté par le CSAPA Addictions France*
- *Soutien du CLS Pays Cévennes, des collectivités territoriales, des réseaux de santé*
- *Volonté des professionnels de s'organiser sur le territoire*
- *Bénéficiaire de l'expérimentation antérieure sur le territoire ayant mobilisé de nombreux professionnels*
- *Recensement des acteurs et des dispositifs*
- *Habitude des professionnels du territoire de travailler en réseaux*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 26 460€

Budget total Mission socle 2 : 90 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 45 000€ – Volet variable / actions et résultats 45 000 euros)

LIBELLÉ DE L'ACTION

Assurer une meilleure prise en charge de la dénutrition en ville

MISSION SOCLE OU COMPLÉMENTAIRE CONCERNÉE

Mission socle 2 – Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

PILOTE

Turberg Catherine – Diététicienne nutritionniste

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Ranchoux Cécile – Médecin généraliste ; Baptiste-Vogel Marion – Orthoptiste ; Bros-Fabre Véronique – Diététicienne ; Couderc Annie – Educatrice spécialisée ; Coviesec Anthony – Infirmier libéral ; Crociani Emmanuelle – Pharmacienne ; Chazal Audrey – Référente Parcours Obésité Pédiatrique DAC30/Référente Territoriale SEROO ; Dos Santos Laure – Educatrice spécialisée ; Fischer Alice – Pharmacienne ; Fondacci Mélanie – Diététicienne ; Grimaldi Corinne – Infirmière libérale ; Hallart Nathalie – Pharmacienne ; Jakovenko Dominique – Infirmier libéral ; Montoro Nathalie – Elue CCAS ; Ranchoux Cécile – Médecin généraliste ; Robert Delphine - Kinésithérapeute ; Bastelica Magali - Assistante de direction Aider Santé ; Bataille Charly- Infirmière libérale ; Bensaber Sonia – Ophtalmologue ; Carret Christine – Kinésithérapeute ; Challende Julie – Diététicienne ; Devallez Alain- Médecin généraliste

PROBLÉMATIQUES CONSTATÉES :

On estime qu'en France 2 millions de personnes sont dénutries et que la dénutrition augmente avec l'avancée en âge. Les personnes de plus de 70 ans représentent 60 % de cette population (environ 1 200 000 personnes).

En France, la prévalence de la dénutrition chez les plus de 70 ans est estimée :

- Entre 4 à 10 % chez les personnes vivant à leur domicile
- Entre 15 à 38 % des personnes âgées en institution
- Entre 30 à 70 % des personnes hospitalisées

avec des conséquences délétères démontrées et reconnues.

En raison de l'évolution démographique actuelle de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, une importante augmentation du nombre de personnes touchées par la dénutrition est à redouter dans les prochaines années.

Sur le territoire de la CPTS La Cévenole, nous comptons 101 248 habitants.

La part de 65 à 79 ans et de plus de 80 ans sur le territoire est sur-représentée par rapport au département du Gard : 17,5% pour les 65 à 79 ans et 7,8% pour les +80 ans sur le territoire, contre 16,2% des 65 à 79 ans et 6,7% des +80 ans dans le Gard ;

Nous estimons entre 25 000 et 30 000 habitants de plus de 60 ans.

OBJECTIF GENERAL :

- Proposer un parcours de la dénutrition avec une prise en charge par les diététiciens libéraux de ville, en ambulatoire (à domicile ou en cabinet diététique) des patients dénutris dépistés précocement par les médecins généralistes, ou en relais d'une prise en charge de la dénutrition dans un établissement de soins.

OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S) :

- Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle

PUBLIC CIBLE :

Les **personnes âgées de plus de 60 ans en situation de risque de dénutrition selon HAS** : cancers, plaies chroniques, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologie de mal digestion et/ou malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques et toutes autres situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques (hors soins palliatifs), affections psychologiques (dépression, deuil, traumatisme...).

SOUS-ACTIONS À METTRE EN OEUVRE & RÉPARTITION DES TÂCHES

Action 1 : Préparer le parcours :

- Créer un groupe de travail pluriprofessionnel
- Réunir le groupe de travail pluriprofessionnel
- Identifier le(s) professionnel(s) pilote(s) de l'action

Action 2 : Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours

- Elaborer des protocoles pluriprofessionnels
- Organiser des réunions pluriprofessionnelles (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, aidants, diététiciens, aides à la personne...)

Action 3 Améliorer la prise en charge nutritionnelle

- Organiser et coordonner le dépistage de la dénutrition sur le territoire (patients hospitalisés ou à domicile)
- Organiser et coordonner le parcours de prise en charge de la personne dénutrie

Indicateurs retenus de suivi et de résultats	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Constituer un groupe de travail pour organiser le dépistage sur le territoire	X		
Organisation d'une réunion pluriprofessionnelle pour réfléchir à la mise en place des actions de dépistage de la dénutrition sur le territoire	X		
Organiser des groupes de travail pour concevoir les protocoles et le parcours de prise en charge sur le territoire		X	
Nombre de réunions pluriprofessionnels (RCP autour de cas de patients) par an		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre

Objectifs opérationnels et sous actions associées	Année de démarrage de l'action		
	N+1	N+2	N+3
Objectif n°1 : Préparer le parcours	X		
Objectif n° 2 : Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours			
Former un groupe de travail pluriprofessionnels	X		
Elaborer des protocoles pluriprofessionnels	X	X	
Organiser des réunions pluriprofessionnelles (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, aidants, diététiciens, aides à la personne...)	X	X	
Objectif n°2 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle			
Organiser et coordonner le dépistage de la dénutrition sur le territoire (patients hospitalisés ou à domicile)	X	X	
Organiser et coordonner le parcours de prise en charge de la personne dénutrie		X	

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

- Salles de réunion
- Fourniture de bureau
- Matériel informatique et bureautique

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

- Logiciel de coordination

Estimation des moyens nécessaires - Humains

- Diététiciens
- Un coordinateur

Inventaire des ressources déjà disponibles - Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...)

- Prêt de salles : Association Reseda, Alès Agglomération, CHAC
- Structures d'appui : Association Reseda ; Alès Agglomération ; CHAC ; Association ABCDiét

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Dépistage et orientation insuffisant*
- *Manque de diététiciens libéraux*
- *Frais de déplacement importants*

LEVIERS :

- *Formation des acteurs du parcours*
- *Professionnels experts sur le territoire*
- *Le lien entre les professionnels de ville et les établissements de santé*
- *Habitude des professionnels du territoire de travailler en réseaux*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 9 900€

Budget total Mission socle 2 : 90 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 45 000€ – Volet variable / actions et résultats 45 000 euros)

LIBELLÉ DE L'ACTION

Parcours du patient hospitalisé

MISSION SOCLE OU COMPLÉMENTAIRE CONCERNÉE

Mission socle 2 - Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Jacob Corazza Valérie - Pharmacienne

Moucholi Ericka – Infirmière Libérale

Membres du groupe de travail

Peladan Agnès – Infirmière ; Roux Alain – Médecin Généraliste ; Blechet Aline ; Epinat Arnaud – Pharmacien ; Bonifas Julien – Médecin Somaticien en psychiatrie ; Clot Aurelie – Infirmière libérale ; Joutard Guillaume – Pharmacien ; Salanova Amandine – Médecin généraliste ; Nemoz-Gaillard Emilie – Infirmière libérale ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ; Granat Nadège – Infirmière libérale ; Laurès Pauline – Pharmacienne ; Layma Caroline - Infirmière libérale ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste ; Chastang Claudie - Infirmière libérale retraitée ; Corriol Florence - Médecin généraliste ; Leynaud Guilhem - Infirmier libéral ; Panele Magali - Infirmière libérale ; Dul'lorso Marion – Pharmacienne ; Gros Mathieu – Pharmacien ; Ferrand Melanie - - Infirmière libérale ; Colomb Sophie - Infirmière libérale ; Vanthuyne Benoit - Infirmier libéral ; Martin Carole - Infirmière libérale ; Mourre Charlène - Infirmière libérale ; Cheyrez Christine - Infirmière libérale ; Broche David-Emmanuel – Gynécologue ; Bastide Dominique – Médecin généraliste retraité ; Jakovenko Dominique - Infirmière libérale ; Jacob Corazza Valérie - Pharmacienne ; Moucholi Ericka – Infirmière Libérale ; Amedro Eve - Infirmière libérale ; Dugas Frédéric - Cadre de santé ; Lamarti Hatim – Biologiste ; Rieutord Isabelle - Infirmière libérale ; Epinat Laurent – Pharmacien ; Pechberty Miriana - - Infirmière libérale ; Remouche Radia - Infirmière libérale ; Sabbat Sébastien - Médecin généraliste ; Le Lan Véronique – Orthophoniste ; Bonnefond Xavier – Médecin généraliste

Problématiques constatées – *Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique*

Les professionnels de santé de ville ont mis en avant le manque d'informations lors de l'hospitalisation d'un patient (absence d'ordonnance, absence de compte-rendu, de résultats radiologiques et biologiques, incohérence dans les traitements, etc.).

Bien souvent, les ordonnances de sortie ne sont pas conformes ou incomplètes, les sorties ne sont pas organisées ce qui entraîne une perte de temps pour tous les professionnels. Ces problématiques génèrent potentiellement un surcoût des dépenses de santé.

Il s'avère nécessaire d'uniformiser les pratiques afin de remédier au manque de communication et de coordination entre les professionnels de ville et les établissements de santé.

Objectif général

- Améliorer la communication et harmoniser les pratiques autour de la prise en charge des patients hospitalisés

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Optimiser la communication entre les professionnels de ville et les établissements de santé
- Objectif n°2 : Uniformiser les pratiques autour de l'hospitalisation des patients
- Objectif n°3 : Encourager les protocoles PRADO existants sur notre territoire

Public cible

Tous les professionnels de santé du territoire de la CPTS ; tous les professionnels des établissements sanitaires.

Sous-actions à mettre en œuvre et répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

1. Préparer l'action

- Organiser le groupe de travail
- Identifier le(s) professionnel(s) référents de l'action
- Recenser les professionnels souhaitant participer aux actions et constituer les sous-groupes de travail
- Lister les problématiques rencontrés par les professionnels dans la prise en charge des patients hospitalisés

2. Optimiser la communication entre les professionnels de ville et les établissements de santé

- Travailler en collaboration avec les CPTS : "ECEGEC" et "Châtaigne et Micocoule" pour mutualiser les besoins et les moyens
- Organiser des temps de rencontres entre les professionnels de santé de ville et des établissements de santé
- Inciter les professionnels de santé à avoir et utiliser MSSanté

3. Uniformiser les pratiques autour de l'hospitalisation des patients

- Créer une fiche d'entrée
 - Lister les professionnels référents autour du patient
 - Faire apparaître les informations nécessaires pour la prise en charge initiale du patient
- Réflexion sur une fiche de sortie adaptée et commune avec les établissements de santé en s'appuyant sur des protocoles existants
- Créer des ordonnances pansements type pour coordonner les sorties d'hospitalisation

4. Encourager le dispositif PRADO existants sur notre territoire

- Communiquer sur le dispositif PRADO au sein de la CPTS.

Indicateurs retenus de suivi et de résultats	Année 1	Année 2	Année 3
Réalisation d'un état des lieux des problématiques rencontrés par les professionnels de santé lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé	X		
Organisation de temps de rencontre et d'échange avec le centre hospitalier d'Alès	X		
Organiser un groupe de travail dans l'objectif de mettre en place les actions envisagées	X		
Organiser un groupe de travail pour la création d'ordonnances type de pansements		X	
Organiser un groupe de travail dans le but de créer une fiche d'entrée adaptée		X	
Organiser un groupe de travail réflexion autour d'une fiche type de sortie adaptée		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	Année 1	Année 2	Année 3
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Optimiser la communication entre les professionnels de ville et les établissements de santé	X		
Action 3 : Uniformiser les pratiques autour de l'hospitalisation des patients		X	
Action 4 : Encourager les protocoles PRADO existants sur notre territoire		X	

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Fourniture de bureau (imprimante, papier...)
- Étiquettes à coller
- Salles de réunion
- Adaptateur
- Vidéoprojecteur
- Airbox
- Ordinateur

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

- Logiciel Hôpital-Manager
- MSSanté

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

- Professionnels de santé libéraux
- Professionnels de santé et responsables des établissements
- Les responsables du Service qualité du centre hospitalier
- Travailler en Inter CPTS avec ECEGEC et Châtaigne et Micocoule

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*)

- Prêt de salles de réunion
- Développement du logiciel Hôpital-Manager en cours au CHAC en collaboration avec le CHU de Nîmes

Identification des freins et leviers

FREINS :

- o *Manque de disponibilités des professionnels*
- o *Nombre de professionnels adhérents aux groupes de travail*
- o *Lenteur et limites dans le développement du logiciel Hôpital-Manager*
- o *Manque de moyens financiers*

LEVIERS :

- o *Mobilisation des professionnels*
- o *Officialisation d'un partenariat entre les professionnels de santé de la CPTS et les professionnels en établissements de santé avec mise à disposition des professionnels de santé lors des réunions des groupes de travail*
- o *Possibilité d'indemniser les professionnels de santé libéraux investis*
- o *Convivialité lors des temps de réunions*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 4 320 €

Budget total Mission socle 2 : 90 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 45 000€ – Volet variable / actions et résultats 45 000 euros)

3 - Développement des actions territoriales de prévention

Les professionnels de notre CPTS souhaitent renforcer et valoriser leur engagement dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé, en cohérence avec la politique nationale de santé et ce dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle des patients.

Grâce à son implantation territoriale et à sa capacité organisationnelle, notre CPTS constitue un point d'appui majeur pour développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire.

Le déploiement d'actions dans une démarche pluriprofessionnelle autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants sur les actions de prévention ou de dépistage auprès des patients, le message étant porté par l'ensemble des professionnels de santé de proximité.

LIBELLE DE L'ACTION

Développer des actions de prévention auprès de la population

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission socle 3 – Développement des actions territoriales de prévention

Pilotes

*Emilie Nemoz-Gaillard – Infirmière libérale ; Nadège Granat – Infirmière libérale ;
Perre Laetitia- Orthophoniste ; Brasseur Estelle- Ergothérapeute ;
Challende Julie – Diététicienne ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste
Molis Mélanie – Infirmière Asalée*

Membres du groupe de travail

Emilie Nemoz-Gaillard – infirmière libérale ; Nadège Granat – Infirmière libérale ; Aveline Jarry - Coordinatrice à Réséda ; Florence Corriol - Médecin Généraliste ; Guillaume Joutard – Pharmacien ; Matthieu Reynet - Infirmier libéral ; Cécile Reynet - Cadre de santé PMI Alès ; Mylène Aguilar - Sage-femme ; Caroline Teyssier - Cheffe de service au CPEAGL ; Denise Dinu - Médecin Généraliste ; Maylis Acoulon - Chef de service de La Clède ; Sabrina Lepage - Infirmière libérale ; Angot Catherine - Pédopsychiatre ; Aguilar Mylène- Sage-Femme ; Baptiste-Vogel Marion-Orthoptiste ; Bouly-Agoudjil Angélique-Médecin généraliste ; Brasseur Estelle- Ergothérapeute ; Clauzel Elsa - Orthophoniste ; Couderc Annie -Educatrice spécialisée ; Delot Annouk – Ergothérapeute ; Dos Santos Laure - Educatrice spécialisée ; Dufaud Pauline- Ergothérapeute ; Ferraz Laura-Diététicienne ; Hallart Nathalie- Pharmacienne ; Le Guennou Claire-Pédiatre ; Lesage Justine- Orthophoniste ; Martinez Mandy- Sage-Femme ; Perre Laetitia- Orthophoniste ; Perrier-Sautel Anne Lise - Médecin généraliste ; Philip Marielle Orthophoniste ; Schott Françoise- Infirmière Puéricultrice ; Sapede Elisabeth- Sage-femme retraitée ; Vallmitjana Line - Coordinatrice à Réséda ; Fischer Alice ; Coviesec Anthony - Infirmier libéral ; Bastelica Magali - Assistante de direction Aider Santé ; Bataille Charly- Infirmière libérale ; Bensaber Sonia – Ophtalmologue ; Carret Christine – Kinésithérapeute ; Challende Julie – Diététicienne ; Devallez Alain- Médecin généraliste ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste ; Robert Delphine – Kinésithérapeute ; Jakovenko Dominique – Infirmier libéral ; Grimaldi Corinne – Infirmière libérale ; Fondacci Mélanie – Diététicienne ; Montoro Nathalie – Elu CCAS ; Bros-Fabre Véronique - Diététicienne

Problématiques constatées – Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique

Comme il a été évoqué dans le diagnostic territorial, 27,77% de la population est exonérée au titre d'une Affection de Longue Durée.

Les cinq prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie, sur le territoire e la CPTS La Cévenole sont :

- Le diabète de type 1 et diabète de type 2 : 5,6% (soit 5 841 patients) face à 5,2% dans le Gard, 4,8% en Occitanie et 5,1% en France ;
- Les tumeurs malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ; 4,2% (soit 4 319 patients) face à 3,8% dans le Gard, 3,9% en Occitanie et 3,7% en France ;

- Les affections psychiatriques de longue durée : 3,3% (soit 3 405 patients) face à 2,8% dans le Gard, 2,8% en Occitanie et 2,4% en France ;
- Les maladies coronaires : 2,9% (soit 2 992 patients) face à 2,6% dans le Gard, 2,6% en Occitanie et 2,2% en France ;
- Et les insuffisances cardiaques graves, troubles du rythmes graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves : 2,8% (soit 2 933 patients) face à 2,4% dans le Gard, 2,4% en Occitanie et 2,2% en France.

Concernant les dépistages, le taux de dépistage du cancer du sein est de 60,3% sur le territoire de la CPTS, 59% dans le Gard, 60,1% en Occitanie et 61,6% en France.

Le taux de dépistage du cancer colorectal s'élève à 28,6% sur le territoire de la CPTS, équivalent au taux départemental (28%), inférieur au taux régional (29,9%) et national (32,3%). Enfin, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus s'élève à 48,7% sur le territoire de la CPTS, face à 52% dans le Gard, 55% en Occitanie et 51,8% en France.

Les taux de vaccination sur le territoire de la CPTS sont favorables face aux autres territoires administratifs observés, à savoir :

- Taux de vaccination contre la grippe saisonnière : 59,8% sur le territoire de la CPTS, 58% dans le Gard, 57,9% en Occitanie et 58,6% en France ;
- Taux de vaccination contre la grippe saisonnière (personnes à risques) : 35,6% sur le territoire de la CPTS, 33,6% dans le Gard, 33,6% en Occitanie et 34,2% en France ;
- Taux de vaccination contre la Rougeole/Oreillons/Rubéole : 79,6% sur le territoire de la CPTS, 80,3% dans le Gard, 81,4 en Occitanie et 83,8 en France ;
- Taux de vaccination contre le méningocoque C : 95,9% sur le territoire de la CPTS, 95,8% dans le Gard, 95,7% en Occitanie et 96,4% en France.

Les examens bucco-dentaires chez les moins de 16 ans présentent un taux de 71,4% sur le territoire de la CPTS, inférieur au taux départemental (72,7%), au taux régional (74,8%) et national (71,5%).

De nombreuses actions de prévention sont organisées sur le territoire par divers acteurs (Associations, pôle prévention, etc.). Toutefois, un manque de visibilité claire et globale de ce qui est fait a été mis en avant. Par ailleurs, les actions de prévention ne sont pas forcément bien coordonnées avec les acteurs du premier recours.

Les professionnels de santé du territoire de la CPTS ont choisi de s'investir autour d'actions de prévention concernant les thématiques suivantes :

- Concernant la santé du nourrisson et de l'enfant :

Les troubles du neurodéveloppement (TND) comprennent les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les troubles du développement intellectuel, les troubles de la coordination, les troubles du langage et des apprentissages et les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les TND touchent 5% de la population, soit environ 35 000 naissances par an selon la Haute Autorité de Santé (HAS). La prévalence est en constante augmentation.

L'accroissement du nombre d'enfants qui présentent des troubles du neurodéveloppement sur notre territoire engendrent une saturation dans la prise en charge de ces enfants.

Les structures médico-sociales ainsi que certains professionnels libéraux sont débordés et ne peuvent plus assurer les soins nécessaires. Les délais d'attente très longs ou l'absence de soins représentent un grand préjudice dans le développement de l'enfant avec des conséquences sur les apprentissages, au niveau psycho-affectif, social et économique à plus long terme. Par ailleurs, les prises en charge précoces sont les plus efficaces.

Il y a donc une nécessité à dépister tôt dans la vie des enfants ces troubles du neurodéveloppement et à organiser des mécanismes de prévention dans les lieux de vie et d'accueil ordinaire des enfants (famille, crèche, école). Le but est de limiter l'impact de ces troubles et réduire ainsi les demandes de soins plus tardives.

Sur notre territoire, des actions de dépistages sont déployées dans certaines écoles par la PMI mais semblent insuffisantes. De plus, les médecins manquent de disponibilités et de formation pour repérer et accompagner le parcours de ces enfants. L'ensemble de ces éléments aboutissent à des orientations tardives ou inadéquates vers les professionnels libéraux experts.

Par ailleurs, les structures d'accueil ordinaires des enfants (crèches, établissements scolaires) n'ont pas les moyens ni connaissances nécessaires sur les TND pour répondre aux besoins particuliers de ces enfants. Au même titre, les familles sont démunies face aux difficultés de leur(s) enfant(s). En effet, ils se retrouvent sans accès aux connaissances, aux outils et à des lieux d'échanges. Il existe pourtant des attitudes favorables et/ou facilitatrices et des outils utilisables hors des lieux de soins qui permettent de réduire les impacts de ces difficultés.

- Concernant les violences conjugales et intrafamiliales :

D'après l'étude nationale réalisée par la police nationale et la gendarmerie nationale sur les morts violentes au sein du couple, en 2021, en France 143 décès enregistrés dont 122 femmes et 21 hommes. Nous constatons une augmentation de 14% des décès par rapport à 2020. Les femmes sont les principales victimes (+ 20% de femmes victimes contre -2% d'hommes victimes entre 2020 et 2021). Par ailleurs, 12 enfants mineurs sont décédés dans la sphère familiale, victimes d'infanticides (2 de moins qu'en 2020).

La dispute et le refus de la séparation demeurent les principaux mobiles du passage à l'acte. Dans 33 % des cas, la présence d'au moins une substance susceptible d'altérer le discernement de l'auteur et/ou de la victime (alcool, stupéfiants, médicaments psychotropes) est constatée au moment des faits.

32 % des femmes victimes avaient déjà subi des violences antérieures. 64 % de celles-ci avaient signalé ces violences antérieures aux forces de sécurité intérieure et parmi elles 84 % avaient déposé une plainte antérieure. Seul un auteur était sous contrôle judiciaire et deux victimes faisaient l'objet d'une ordonnance de protection.

Une part importante des auteurs d'une mort violente au sein du couple (43 %) se suicide ou tente de le faire à l'issue de la commission des faits. En 2021, 46 suicides et 15 tentatives ont été recensés. Ils concernent quasi-exclusivement des hommes (60 hommes pour 1 femme). 63 % des suicides et 20 % des tentatives ont été recensés chez les 60 ans et plus.

En 2021 en France, il y a eu 79 088 fiches d'appels réalisées au 3919 numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violences ; l'Occitanie compte 5 151 appels ; le Gard 577 appels soit 1.0%.¹³⁰

En moyenne, un décès est enregistré tous les 2,5 jours en France.¹³¹

En Occitanie, 19 faits de morts violentes ont été recensés pour une population totale de 6 057 827¹³².

Sur le département du Gard, 2 morts violentes au sein du couple enregistré (1 homme et 1 femme) en 2021 face à 0 en 2020.

Sur notre territoire, l'association La Clède dispose d'un accueil de jour spécifique pour les femmes victimes de violences, 21,3% des personnes accompagnées se sont rendues d'elles-mêmes. D'autres, ont été orientés par des associations (16,1%), par le centre hospitalier d'Alès en Cévennes (4%), des infirmiers libéraux (0,6%) ou bien par la Protection Maternelle Infantile (1,1%).

En 2020, 100 appels téléphoniques enregistrés, 125 personnes accompagnées dont 119 femmes. En 2021 : 177 personnes ont été accompagnées donc 168 femmes. Par ailleurs, 96 personnes victimes de violences conjugales ont été prises en charge par l'équipe mobile.

Parmi les personnes accueillies, 42% ont entre 26 et 40 ans et 32% ont entre 27 et 59 ans, 43,7% sont isolées sans enfant. Enfin, 40,2% vivent dans leur propre domicile sans le conjoint, 23% vivent au domicile avec leur conjoint et 24,1% sont hébergés en hébergement d'urgence.

Les professionnels de santé du territoire ont fait part de leurs constats sur leur manque de connaissances, notamment concernant leur capacité d'effectuer des attestations.

La majorité estime ne pas avoir la capacité d'orienter les personnes victimes et/ou auteurs.

Les personnes victimes de violences conjugales et intrafamiliales ont du mal à constituer leurs dossiers prouvant ces faits de violences. En France, il est possible de porter plainte même sans preuve réelle mais pour permettre à une plainte de reposer sur des faits réels et non sur des conjectures qui ne seraient pas suffisantes pour confirmer son admissibilité et celle du plaignant, la plainte doit comporter des faits de preuves suffisantes. Dans le cadre de la loi pénale, il est nécessaire d'apporter des preuves et non justes un témoignage comme dans le cadre civil ; les attestations infirmières et les certificats médicaux légitiment un dossier de plainte. De plus, les professionnels de santé soulignent que l'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) est complexe.

Par ailleurs, le confinement à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19 a eu pour conséquence une augmentation des faits de violences au sein des foyers.

Tableau 18 : Comparation pour violences intrafamiliales en 2021 et 2022 au Tribunal d'Alès

	2021	2022
Total Violences Intrafamiliales	194	219
Récidive légale	17	12
Stage	35	44
Obligation de soins	43	43
Interdiction de paraître	35	44
Interdiction de contact	42	49

D'après les chiffres fournis par le tribunal d'Alès, entre 2021 et 2022, le nombre de comparution

¹³⁰ FNSF août 2021, chiffres donnés par la DDDFE (Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité)

¹³¹ Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2021 du Ministère de l'intérieur des Outre Mers

¹³² Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2021 du Ministère de l'intérieur des Outre Mers

a augmenté. Le nombre de récidive légale a légèrement diminué contrairement aux mesures de sanctions [cf. *Tableau 18 : Comparution pour violences intrafamiliales en 2021 et 2022 au Tribunal d'Alès*].

- Concernant les personnes âgées, notamment auprès de celles en situation de fragilité :

Les axes d'amélioration concernent la nutrition, le repérage de situations à risque de dénutrition, l'Activité Physique Adaptée (APA) et la mémoire. En effet, la dénutrition peut toucher tout le monde et à tout âge, mais elle concerne particulièrement les personnes en situation de précarité, les personnes atteintes de maladies chroniques ou atteintes d'affections aiguës. Par exemple, 50% des cas sont des personnes atteintes de cancers. L'âge et la sévérité de la dénutrition sont corrélés, la dénutrition augmente la mortalité chez les patients.

Des associations existent et proposent déjà des ateliers d'APA, des ateliers mémoire, et de nutrition mais ils ne sont pas répertoriés pour un accès simple par les professionnels de santé du territoire. Le programme ICOPE qui permet de dépister la fragilité du sujet de plus de 60 ans est en place depuis peu mais n'est pas assez diffusé et les professionnels ne savent pas qui y participe.

Sur le territoire de la CPTS, peuplé de **101 248 habitants**¹³³, la répartition des habitants par tranche d'âge annonce que le **territoire est constitué d'une part plus importante de seniors** comparé aux données du Gard et de la Région Occitanie. **La part de 65 à 79 ans et de plus de 80 ans est sur-représentée par rapport au département du Gard** (17,5% pour les 65 à 79 ans et 7,8% pour les plus de 80 ans sur le territoire contre 16,2% pour les 65 à 79 ans et 6,7% pour les plus de 80 ans sur le département du Gard). Les patients âgés de 70 ans et plus sont 19 438 sur le territoire. Parmi eux, 5,8% soit 967 patients n'ont pas de médecin traitant. Le taux de patients âgés de 70 ans et plus sans médecin traitant à l'échelle nationale est équivalent au taux sur le territoire de la CPTS¹³⁴.

Grâce à l'**indice de vieillissement**, nous pouvons voir qu'il y a à peu près les mêmes proportions pour les 65 ans et plus et celle des moins de 20 ans sur le territoire de la CPTS La Cévenole. Néanmoins, étant donné qu'il est **supérieur à 100**, le **rapport est plus favorable aux personnes âgées (115,8 sur le territoire de la CPTS en 2021)**.

La population du territoire qualifiée comme vieillissante est impactée par la **fracture numérique notamment dans leurs droits d'accès aux soins**.

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Relayer des actions de prévention existantes aux différents échelons : mondial, national, régional, départemental et local
- Objectif n°2 : Coconstruire en pluridisciplinarité des actions de prévention et de dépistage en fonction des différentes thématiques choisies
- Objectif n°3 : Promouvoir l'éducation à la santé

¹³³Source : Rezone CPTS (Octobre 2022).

¹³⁴Source : Assurance maladie du Gard/ SIAM, ERASME, 31 juillet 2022.

Public cible

La population du territoire de la CPTS ; Les soignants, aidants et services d'aide à la personne (auxiliaire de vie, aide à domicile, porteur de repas, etc.) ; Les personnes âgées (60 ans et plus) ; Les professionnels de la petite enfance ; Les acteurs au contact des enfants de 0-8 ans ; Les professionnels de santé ; les professionnels de la petite enfance ; les professeurs des écoles primaires, collèges et lycées du territoire de la CPTS La Cévenole ; Grand public.

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

1. Préparer l'action

- Dénombrer les professionnels intéressés pour participer aux actions
- Constituer les différents sous-groupes de travail
- Définir les professionnels pilotes
- Identifier les ressources / potentiels partenaires du territoire sur la thématique concernée et constituer un annuaire des ressources

2. Relayer des actions de prévention existantes aux différents échelons : mondial, national, régional, départemental et local

- Travailler en collaboration avec le Pôle de Prévention, l'association Reseda afin de relayer leurs actions (mois sans tabac, octobre rose, ...)

3. Coconstruire en pluridisciplinarité des actions de prévention et de dépistage en fonction des différentes thématiques choisies

a. Pour la petite enfance

- Former les professionnels du groupe de travail à des programmes d'intervention (animation d'ateliers parentaux, lien école-professionnels de santé)
- Organiser des ateliers à destination des parents sur le développement moteur et affectif de l'enfant
- Créer des espaces d'échanges et de collaboration avec les professionnels (personnels de crèches, AESH, assistantes maternelles, enseignants...)
- Organiser des sessions de formations à destination des professionnels travaillant au contact des enfants (personnels de crèches, AESH, assistantes maternelles, enseignants...)
- Organiser des temps d'intervention dans les établissements scolaires pour dépister précocement des enfants présentant des TND

b. Pour les violences conjugales et intrafamiliales

- Mener une enquête auprès des professionnels de santé du territoire afin de :
 - Recenser leurs besoins et leurs difficultés, situations rencontrées
 - Faire remonter les besoins psychologiques des patients victimes et auteurs
- Sensibiliser les professionnels du territoire et la population aux violences conjugales et intrafamiliales
 - Diffuser les outils de communication existants dans les cabinets médicaux et paramédicaux et officines
 - Créer et distribuer des outils de communication informatifs
 - Former les professionnels de santé aux différentes formes violences conjugales et intrafamiliales, au repérage des situations à risques des personnes victimes, à l'accompagnement et à l'orientation des personnes victimes ou témoins de violences

- Création et distribution de fiche ressource de conduite à tenir face à un patient victime ou auteur de violence.
- Sensibiliser les professionnels de la petite enfance, professeurs des écoles primaires, collèges et lycées au repérage de risque de violence infantile par les professionnels de santé formés en amont
- Améliorer la coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels en établissements

c. Pour les personnes âgées

- Former au dépistage, à la prise en charge et à l'orientation du patient dénutri
 - Recenser les besoins des professionnels ;
 - Organiser des formations au dépistage (critère HAS), à la prise en charge (recommandations HAS) et à l'orientation des personnes dénutries (*cf. Fiche Action : Prise en charge de la dénutrition en ville*) des médecins généralistes et des établissements de santé ;
 - Organiser des formations au dépistage des symptômes de la dénutrition en faveur des soignants, aidants et services d'aide à la personne.
- Prévenir la dénutrition
 - Organiser des ateliers collectifs sur la prévention de la dénutrition
 - Organiser des ateliers collectifs sur les techniques d'enrichissement des plats culinaires et observance du traitement
- Former au dépistage, à l'orientation et à la sensibilisation à la nutrition des personnes âgées par les professionnels de santé
- Former les personnes intervenantes à domicile (aidants, associations) à la sensibilisation à la nutrition, au repérage et à l'orientation de la personne dénutrie.
- Développer les liens entre les professionnels de santé, les associations intervenant à domicile les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Recenser les associations pour APA et diffuser auprès des professionnels de santé ;
- Recenser ateliers mémoire et diffuser auprès des professionnels de santé ;
- Promouvoir le programme Icope auprès des professionnels de santé et diffuser les personnes participant au programme
- Diffusion d'informations via le site internet de la CPTS pour les professionnels et des outils de communication (flyer, plaquettes...) pour les usagers

4. Promouvoir l'éducation à la santé

- Organiser des ateliers collectifs de promotion et d'éducation à une alimentation équilibrée pour tout public
- Promouvoir les recommandations sanitaires en cas de risque particulier : canicule, grippe saisonnière, ...)

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Réalisation de l'état des lieux (dispositifs existants, besoins des professionnels, ...)	X		
Constituer un groupe de travail chargé de concevoir des formations	X		
Organisation de groupes de travail : - Communication - Fiche ressource - Promotion de la santé		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Relayer des actions de prévention existantes aux différents échelons : mondial, national, régional, départemental et local	X	X	
Action 3 : Coconstruire en pluridisciplinarité des actions de prévention en fonction des différentes thématiques choisies	X	X	
Action 4 : Promouvoir l'éducation à la santé	X	X	

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salles de réunion
- Fourniture de bureau
- Connexion internet
- Salle de conférence
- Locaux pour le déroulement des formations et ateliers cuisine
- Produits alimentaires

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

- Matériel informatique (ordinateur, vidéoprojecteur)
- Achat d'un outil de design graphique
- Site internet

Estimation des moyens nécessaires - Humains (estimation temps de travail/compétences requises...)

- Professionnels libéraux de la petite enfance adhérents à la CPTS La Cévenole
- Education nationale
- Structures médico-sociales
- Crèches, relais d'assistantes maternelles
- Formateurs
- Temps de coordination
- Professionnels de santé

- Professionnels de l'éducation nationale
- Professionnels de la petite enfance

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*)

- Prêt de salles (Association Reseda, Alès Agglomération)
- Vidéoprojecteur

Structure d'appui en attente :

- Les CMS du bassin alésien
- L'association la Clède
- Le CCAS d'Alès
- Le Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- Association ABCDiét
- Association Reseda
- L'Institut de Formations en Soins Infirmiers et aides-soignants du Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- Le Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CISPD)
- L'Ecole des Parents et des Educateurs du Gard (EPE30)
- Le CODES30 (Projet « PRESAJE »¹³⁵)

Outils et documentations existants :

- Violentomètre
- Affiches du conseil général du Gard
- Affiches du ministère de l'intérieur
- Annuaire ressources d'interventions pluridisciplinaires du Bassin Alésien
- Flyers
- Attestations types à destination des IDEL en cas de violences sur personnes majeures validée par l'ONI + notice explicative de l'attestation clinique infirmière
- Modèle de certificat médical en cas de violence sur personne majeure + notice explicative du certificat médical
- Le pratique du certificat descriptif médical
- Notice établie par l'ordre des sages femmes sur les certificats médicaux en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences
- Fiche pratique pharmaciens de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- Livret pédagogique pharmacien concernant la lutte des violences faites aux femmes de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
- Support Information Manger Bouger
- PNNS 2019-2023
- Calendrier des saisons
- Flyer nutriscore
- Brochure nutriscore
- Brochure L'essentiel des recommandations sur l'alimentation
- Affiche pour un mode de vie plus équilibré, commencez par Augmenter, Allez vers, Réduire

¹³⁵ PRESAJE : Promouvoir Ensemble la Santé des Jeunes Enfants.

Identification des freins et leviers

Freins

- *Manque de temps des professionnels de santé*
- *Implication des professionnels de santé*
- *Limites budgétaires : paiement des professionnels participants aux réunions*
- *Surcharge des emplois du temps pour déterminer horaires et dates des réunions*
- *Surcharge de travail des professionnels ciblés*
- *Peur des responsabilités*
- *Peur des charges administratives*
- *Complexité de la prise de décision*
- *Manque de professionnels formés*
- *Médecin traitant une famille complète dans laquelle des faits de violences ont été repérés*
- *Difficulté à recruter des participants aux formations et ateliers*
- *Difficultés à trouver des locaux adaptés*
- *Budget limité*

Leviers

- *Déploiement sur le territoire de nouveaux métiers (infirmières Asalée)*
- *Présence du CLS Pays Cévennes, de réseaux de santé sur le territoire de la CPTS*
- *Développement du travail en pluridisciplinarité*
- *Travailler en collaboration avec les collectivités territoriales, les établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux ainsi que les associations présentes sur le territoire est envisageable*
- *Soutien de l'association Reseda, du CLS Pays Cévennes et de Alès Agglomération*
- *Volonté des professionnels de s'organiser sur le territoire*
- *Soutien d'Occitadys (formation de certains pro et financement de certains ateliers/ programmes de prévention)*
- *Volonté des professionnels d'évolution et d'amélioration des pratiques*
- *Attentes et besoins de la population*
- *Envie et besoin d'actions concrètes des professionnels et de la population*
- *Diététiciens membres du groupe de travail experts en dénutrition*
- *Être formé responsabilise et implique*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 35 000€

Budget total Mission socle 3 : 35 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 17 500€ – Volet variable / actions et résultats 17 500 euros)

4 - Participation à la gestion de crise sanitaire

La participation de notre CPTS à la gestion des crises sanitaires graves est reconnue comme étant nécessaire pour fédérer les professionnels de santé autour d'organisations coordonnées, selon des modèles d'organisation adaptés aux équipes et aux territoires.

En permettant une coordination à l'échelle du territoire, notre CPTS est identifiée comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de crise sanitaire.

Notre CPTS doit pouvoir apporter une réponse en cas de crise sanitaire grave au travers de la mise en œuvre d'un plan d'action. Le plan devra être rédigé par les professionnels de notre CPTS selon une trame nationale la première année de mise en œuvre de la mission, puis sera mis à jour annuellement.

Une trame nationale définit les modalités de réponse à 5 typologies de crise sanitaire qui devront ensuite être déclinées par notre CPTS dans son plan d'action.

La pandémie de la Covid-19 a induit une crise à la fois sanitaire, économique, sociale. Les modes de fonctionnement des instances, des établissements sanitaires, sociales et médico-sociales ont été repensés, tandis qu'ils participaient à la gestion de la crise sanitaire.

Dans ce contexte, les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs, se sont adaptés dans un délai court pour travailler, décider, partager, transmettre, coopérer, etc. formant ainsi des équipes de travail dans des conditions inédites.

LIBELLÉ DE L'ACTION

Participer à la gestion de crise sanitaire

MISSION SOCLE OU COMPLÉMENTAIRE CONCERNÉE

Mission 4 socle – Participation à la gestion de crise sanitaire

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Achouri Célia – Coordinatrice de la CPTS La Cévenole ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ; Epinat Arnaud – Pharmacien

Membres du groupe de travail

Achouri Célia – Coordinatrice de la CPTS La Cévenole ; CUBEDO Thierry – Responsable service santé publique Alès Agglo ; Epinat Arnaud – Pharmacien ; Joutard Guillaume – Pharmacien ; Salanova Amandine – Médecin généraliste ; Nemoz-Gaillard Emilie – Infirmière libérale ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ; Granat Nadège – Infirmière libérale ; Laurès Pauline – Pharmacienne

Problématiques constatées

Il n'existe pas actuellement d'organisation formalisée des professionnels de santé en ville en cas de survenue d'une crise sanitaire grave.

Les acteurs ont néanmoins acquis une expérience significative dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid 19.

La CPTS sera un acteur et un interlocuteur clé sur le territoire pour compléter le plan communal de sauvegarde d'Alès en cas de crise sanitaire grave. Pour remplir cette mission, la CPTS s'appuiera sur la collectivité territoriale d'Alès Agglomération, l'association Reseda et les associations de professionnels de santé (APPI, ALBA, APMG, etc.).

Objectif général

- Articuler une organisation au sein de la CPTS dédiée à la gestion des crises sanitaires graves avec le plan communal de sauvegarde d'Alès et par extension Alès Agglomération.

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Créer un comité de pilotage
- Objectif n°2 : Intégrer l'expertise en santé aux différentes cellules de coordination de gestion des crises sanitaires existantes
- Objectif n° 3 : Ré-évaluer annuellement les fiches actions selon les retours d'expériences

Public cible

L'ensemble des professionnels de santé adhérents à la CPTS ; Les collectivités territoriales.

Sous-actions à mettre en œuvre et répartition des tâches

1. Préparer l'action

- Créer un comité de pilotage
- Prendre connaissance de la trame nationale et du plan communal de sauvegarde d'Alès
- Définir les moyens humains et matériels nécessaires

2. Intégrer l'expertise en santé aux différentes cellules de coordination du plan de gestion des crises existantes

- Organiser des réunions pour définir les niveaux d'intervention des professionnels de santé selon les différentes crises et leur niveau d'intensité en collaboration avec les collectivités territoriales et les établissements
- Rédiger un plan d'action englobant les différentes crises sanitaires graves en tenant compte de la trame nationale

3. Ré-évaluer annuellement les fiches actions selon les retours d'expériences

- Organiser une réunion annuelle
- Réévaluer les moyens nécessaires

Indicateurs retenus de suivi et de résultats	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Rédaction d'un plan d'action	X		

Planning prévisionnel de mise en œuvre

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Intégrer l'expertise en santé aux différentes cellules de coordination du plan de gestion des crises existantes	X		
Action 3 : Réévaluer annuellement les fiches actions selon les retours d'expériences		X	X

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques

- Salle de réunion
- Fourniture de bureau
- Matériels médicaux

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques

- Matériel informatique et bureautique
- Moyens de communication mobilisables (talkies-walkies, etc.)

Estimation des moyens nécessaires - Humains

- Professionnels de santé
- Temps de réunion consacré par les professionnels participants au comité de pilotage

Inventaire des ressources déjà disponibles - Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...)

- Prêt de salles

- Vidéoprojecteur
- Plan communal de sauvegarde d'Alès
- Partenariats avec la collectivité territoriale d'Alès Agglomération

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Participation et disponibilité des professionnels de santé*

LEVIERS :

- *L'organisation déjà existante sur le territoire*
- *Soutien des collectivités territoriales, de l'association Reseda et du CLS Pays Cévennes, des associations des professionnels de santé*
- *Expérience acquise lors de la crise de la Covid-19*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

112 500 euros alloués à la mission 4, avec :

- 45 000€ pour rédiger le plan
- 22 500€ pour mettre à jour le plan annuellement
- 67 500€ en cas de survenue d'une crise sanitaire grave

5 - Développement de la qualité et de la pertinence des soins

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

En effet, le mode d'organisation des CPTS est adapté à la mise en place d'échanges sur les pratiques, à l'organisation de concertations autour de cas patients et à la formalisation de retours d'expérience, notamment dans un cadre pluriprofessionnel.

Pour le lien ville/hôpital, une coordination est envisagée avec les services hospitaliers. Celle-ci est indispensable dans cette idée d'amélioration de l'efficacité de parcours. La coordination entre la ville et l'hôpital est un vecteur prioritaire de l'amélioration et la sécurisation des parcours de soins.

En effet, cette coordination n'est pas homogène en fonction des services hospitaliers et des hôpitaux, il est donc important pour les professionnels de santé, de protocoliser les entrées et sorties d'hôpital afin de gagner en pertinence et en qualité de soins, soulager le service des urgences et éviter les ré-hospitalisations. Pour ce faire, les professionnels de santé trouvent cohérent de travailler en collaboration avec les CPTS partageant le même groupement hospitalier territorial.

Des rencontres Inter CPTS ont déjà été initiées à ce sujet ainsi qu'une première rencontre avec le Centre Hospitalier Alès-Cévennes.

Outils e-santé adaptés et partagés :

Dans le même esprit, les professionnels de santé souhaitent étudier les différentes possibilités et outils d'E-santé selon leurs usages, en collaboration avec les CPTS voisines et les établissements de santé. Ce partage permettra d'étudier tous les besoins en outils numériques évoqués dans les différentes fiches actions, cibler les possibilités de mutualisation de ces outils selon leurs fonctions. Le but est également d'harmoniser les outils e-santé.

LIBELLE DE L'ACTION

Améliorer la qualité et la pertinence des soins

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission complémentaire 1 – Améliorer la qualité et la pertinence des soins

Pilotes

Brasseur Estelle- Ergothérapeute ; Perre Laetitia- Orthophoniste ; Jacob Corazza Valérie - Pharmacienne ; Moucholi Ericka – Infirmière Libérale ; BRAZA Mehdi - Médecin généraliste ; Bertrand Jennifer – Psychologue

Membres du groupe de travail

Elisabeth Sapede - Sage-femme retraitée ; Mylène Aguilar - Sage-femme ; Baptiste-Vogel Marion-Orthoptiste ; Bouly-Agoudjil Angélique-Médecin généraliste ; Brasseur Estelle- Ergothérapeute ; Clauzel Elsa - Orthophoniste ; Couderc Annie -Educatrice spécialisée ; Delot Annouk – Ergothérapeute ; Dos Santos Laure - Educatrice spécialisée ; Dufaud Pauline- Ergothérapeute ; Ferraz Laura-Diététicienne ; Hallart Nathalie- Pharmacienne ; Le Guennou Claire – Pédiatre ; Lesage Justine- Orthophoniste ; Martinez Mandy- Sage-Femme ; Perre Laetitia- Orthophoniste; Perrier-Sautel Anne Lise - Médecin généraliste ; Philip Marielle Orthophoniste ; Schott Françoise- Infirmière Puéricultrice ; Vallmitjana Line - Coordinatrice à Réséda ; Peladan Agnès – Infirmière ; Roux Alain – Médecin Généraliste ; Blechet Aline ; Epinat Arnaud – Pharmacien ; Bonifas Julien – Médecin Somaticien en psychiatrie – Clot Aurelie – Infirmière libérale ; Joutard Guillaume – Pharmacien ; Salanova Amandine – Médecin généraliste ; Nemoz-Gaillard Emilie – Infirmière libérale ; Granat Nadège – Infirmière libérale ; Laurès Pauline – Pharmacienne ; Layma Caroline - Infirmière libérale ; Ranchoux Cécile - Médecin généraliste ; Chastang Claudie - Infirmière libérale retraitée ; Corriol Florence - Médecin généraliste ; Leynaud Guilhem - Infirmier libéral ; Panele Magali - Infirmière libérale ; Dul’lorso Marion – Pharmacienne ; Gros Mathieu – Pharmacien ; Ferrand Melanie - – Infirmière libérale ; Colomb Sophie - Infirmière libérale ; Vanthuyne Benoît - Infirmier libéral ; Martin Carole - Infirmière libérale ; Mourre Charlène - Infirmière libérale ; Cheyrezy Christine - Infirmière libérale ; Broche David-Emmanuel – Gynécologue ; Bastide Dominique – Médecin généraliste retraité ; Jakovenko Dominique - Infirmière libérale ; Jacob Corazza Valérie - Pharmacienne ; Moucholi Ericka – Infirmière Libérale ; Amedro Eve - Infirmière libérale ; Dugas Frédéric - Cadre de santé ; Lamarti Hatim – Biologiste ; Rieutord Isabelle - Infirmière libérale ; Epinat Laurent – Pharmacien ; Pechberty Miriana - - Infirmière libérale ; Remouche Radia - Infirmière libérale ; Sabbat Sébastien - Médecin généraliste ; Le Lan Véronique – Orthophoniste ; Bonnefond Xavier – Médecin généraliste ; BRAZA Mehdi - Médecin généraliste ; Fabre Philip – Médecin généraliste ; Bertrand Jennifer – Psychologue ; Bonifas Noémi – Coordinatrice des réseaux santé mentale et addictologie ; Hellot Pagat Gwenaëlle – Infirmière Tabacologie et Addictologie ; Valgalier Laure – Médecin généraliste ; Mouton Laurent – Infirmier ; Leynaud Guilhem – Infirmier Libéral ; Fenouillet Dominique - Psychologue ; Angot Catherine – Pédopsychiatre ; Boggino Julia – Psychologue ; Chabert Mireille- Psychologue ; Fenouillet Dominique – Psychologue ; Godard Aurélie – Psychologue ; Laceuk Nadia - Psychologue ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ; Rigoulot Philippe - Directeur Maison des Adolescents du Gard ; Roure Adeline – Psychologue ; Valgalier Laure – Médecin généraliste

Problématiques constatées – *Rappel synthétique des enjeux en s'appuyant sur l'analyse diagnostique*

Les professionnels de santé mettent en avant le manque de communication et de coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels en établissements de santé.

Des problématiques ont été constatées lors de l'hospitalisation d'un patient ou bien dans le domaine de la petite-enfance, lors de la prise en charge spécifique d'un enfant atteint d'un trouble du neurodéveloppement par exemple.

Il y a une nécessité de favoriser la relation entre la ville et les établissements de santé. En effet, les professionnels des différents secteurs (libéral et hospitaliers) n'ont pas le temps d'échanger sur leurs difficultés, laissant parfois un sentiment d'incompréhension.

Plus spécifiquement, dans le domaine de la petite-enfance, de nombreuses institutions (CAMPS, CMPP, SESSAD, IME, IMPro...) existent avec une durée d'attente longue et un parcours de prise en charge complexe. En conséquence, beaucoup de familles se dirigent vers le secteur libéral (médecins et paramédicaux) sans avoir un parcours coordonné et sans dispositif de concertation pluridisciplinaire entre les différents acteurs libéraux.

Le manque de coordination dans l'accompagnement ne permet pas un parcours simplifié, cohérent et adapté pour l'enfant et sa famille. Les professionnels libéraux reçoivent régulièrement au sein de leur cabinet des enfants aux multiples suivis dont les objectifs prioritaires ne sont pas clairement définis au regard des leurs besoins. A l'inverse, certains enfants ne bénéficient pas de soins suffisants.

D'autres, sont adressés trop tardivement compte tenu de leurs spécificités développementales.

Du fait de leurs plannings et leurs pratiques respectives, les professionnels libéraux de santé ne parviennent pas à communiquer efficacement sur les situations complexes qu'ils rencontrent.

Certains professionnels se retrouvent isolés dans leurs pratiques, seuls face aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'accueil du patient en souffrance et sans avoir connaissance des autres professionnels et de leurs compétences.

Les professionnels de santé de la petite-enfance ont émis de nombreuses fois des besoins en formations. Il est pertinent de prendre connaissance de ces besoins pour leur proposer des temps de formations adaptés.

Objectif général

- Améliorer les pratiques dans une dimension pluriprofessionnelle et faire du lien entre professionnels

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Faciliter la communication interprofessionnelle
- Objectif n°2 : Analyser et harmoniser les pratiques des professionnels dans le domaine de la petite-enfance

Public cible

L'ensemble des professionnels de santé adhérents à la CPTS La Cévenole ; Les professionnels des établissements sanitaires (Centre Hospitalier Alès-Cévennes, Clinique Bonnefon) et médico-sociaux (Institut médicoéducatifs, Centre médico-psycho-pédagogique, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile, Institut médicoprofessionnel, Centres d'Action

Médico-Sociale Précoce, Consultation Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents, etc.).

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

1. Préparer l'action

- Recenser les professionnels intéressés pour participer aux actions
- Constituer les sous-groupes de travail
- Définir le(s) pilote(s)

2. Faciliter la communication interprofessionnelle

- a. Choisir les outils numériques adaptés
 - Créer une commission Information, Communication et E-Santé
 - Constituer le groupe de professionnels de santé intéressés et compétents dans ce domaine
 - Cibler les besoins
 - Rencontrer les éditeurs de logiciels
- b. Pour le lien ville-hôpital
 - Créer du lien entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements sanitaires
 - Organiser des temps de rencontres partenariales
 - Travailler en interconnexion avec les CPTS : Châtaigne et Micocoule et Entre Cèze et Gardon en Cévennes¹³⁶
 - Se mettre en lien avec les hôpitaux pour les échanges de données (professionnels de santé sur le territoire, outils interopérables et solutions de télésanté possibles...)
- c. Pour la petite enfance
 - Organiser des rencontres partenariales
 - Dédier des temps de présentation des différentes spécificités des professionnels

3. Analyser et harmoniser les pratiques des professionnels

- a. Pour le lien ville-hôpital
 - Organiser des réunions de concertations pluriprofessionnelles pour faciliter la communication, lister des problèmes de prise en charge et élaborer des axes d'amélioration
- b. Pour la petite enfance
 - Définir les modalités de recueil des retours d'expérience et de sélection de cas patients
 - Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles :
 - Recueillir les retours d'expériences des professionnels
 - Présenter les cas cliniques sélectionnés et échanger autour de cas patients

¹³⁶ Une commission e-santé, à laquelle participe des professionnels compétents en termes d'outils numériques, est créée au sein de la CPTS. De manière à renforcer les coordinations possibles sur le territoire pour ces actions Inter-CPTS, le Contrat Local de Santé Pays Cévennes, a mis à disposition des locaux pour des réunions Inter-CPTS, et un espace numérique partagé.

- Lister les freins et les limites des professionnels
 - Echanger autour de cas complexes
 - Discuter le parcours du patient et les priorités de soins
 - Proposer des pistes d'amélioration
 - Recenser les besoins en formation (thématiques des compétences à renforcer)
 - Organiser des formations type conférence à destination des professionnels participants aux RCP
- c. Santé mentale et Addictologie
- Organiser des réunions de concertations pluriprofessionnelles dans le but d'évaluer la pertinence des **Parcours « Santé Mentale » et Parcours « Addictions »** (cf. *Fiches actions : Assurer une meilleure prise en charge des troubles psychologiques pour les adolescents ; Assurer une meilleure prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire à domicile – Mission socle 2*).

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Organiser des temps de rencontres partenariales	X		
Réaliser une étude des besoins numériques et des outils existants	X		
Organiser des réunions de concertations pluriprofessionnelles		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Faciliter la communication interprofessionnelle	X	X	
Action 3 : Analyser et harmoniser les pratiques des professionnels		X	X

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (salle réunions, fournitures bureau...)

- Salles de réunion
- Salles de conférences
- Fourniture de bureau

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (identifier besoins)

- Ordinateur
- Adaptateur
- Air box
- Vidéoprojecteur

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

- Groupe inter-CPTS
- Professionnels de santé adhérents à la CPTS
- Professionnels de santé du CHAC et de la Clinique Bonnefon (Lien avec le groupement hospitalier territorial)
- Formateur
- Participations des professionnels aux temps de réunions

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*

- Prêt de salles
- Vidéoprojecteur

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Manque de disponibilités des professionnels et limites dans l'adhésion aux projets*
- *Limites budgétaires*
- *Surcharge des emplois du temps pour déterminer les horaires et dates des réunions*

LEVIERS :

- *Volonté des professionnels d'amélioration et de travail en collaboration avec les établissements de santé*
- *Volonté des professionnels de s'organiser et de se former*
- *Soutien de l'association Reseda, du CLS Pays Cévennes, d'Alès Agglomération et du Centre Hospitalier Alès-Cévennes*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 23 820€

Budget total Mission complémentaire 1 : 30 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 15 000€ – Volet variable / actions et résultats 15 000 euros)

6 - Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

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

Afin de permettre un accueil adapté aux besoins des nouveaux professionnels de santé, et d'organiser l'hébergement pluriprofessionnel des stagiaires, nous souhaitons travailler en collaboration avec les collectivités territoriales. En effet, l'accueil des stagiaires est un élément moteur de l'attractivité. Ils peuvent ainsi expérimenter l'exercice coordonné et éventuellement s'installer sur le territoire.

De plus, la création et la mise à jour d'un site internet pour la CPTS La Cévenole s'inscrit, comme une action primordiale action menée par notre communauté professionnelle afin de promouvoir les activités qui vont être déployées auprès de la population et des professionnels de santé.

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

LIBELLE DE L'ACTION

Accompagner au mieux les professionnels de santé sur le territoire

MISSION SOCLE OU COMPLEMENTAIRE CONCERNEE

Mission complémentaire 2 – Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Pilote - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Achouri Célia – Coordinatrice – cpts.lacevenole@gmail.com

Membres du groupe de travail - Nom Prénom - Profession - Adresse – Téléphone - Mail

Salanova Amandine – Médecin généraliste ; Laures-Gros Magali – Médecin généraliste ;

Problématiques constatées

La **faible démographie médicale sur le territoire impacte quotidiennement l'exercice des professionnels de santé**. Notre territoire est doté de **nombreux réseaux de santé et offres de soins** particulièrement. Même si celles-ci s'avèrent **insuffisantes face aux besoins en santé de la population**, nous avons la chance d'être un territoire où les professionnels émettent le besoin de travailler en collaboration, de se connaître et d'échanger régulièrement dans l'exercice de leur profession. Cette situation engendre **une surcharge de travail pour les professionnels en exercice**, par exemple les médecins généralistes font face à des pressions pour prendre en charge toujours plus de nouveaux patients, ce qui aurait pour impact de détériorer la qualité des soins.

La mise en place d'actions visant à **faire venir de nouveaux professionnels sur le territoire**, et particulièrement des médecins généralistes est cruciale, compte-tenu notamment des départs à la retraite à court terme d'un grand nombre de praticiens.

Ces dernières années, peu de professionnels de santé se sont installés sur le territoire.

Par ailleurs, notre territoire est en concurrence avec beaucoup d'autres territoires ayant les mêmes problématiques.

La France (hors ses métropoles/ou mégapole) est un désert médical. Les jeunes diplômés ont une multitude d'offres plus ou moins décentes.

Par ailleurs l'ensemble des professionnels adhérents à la CPTS La Cévenole ont émis le souhait d'élaborer un annuaire des professionnels de santé afin d'exploiter au mieux les ressources présentes sur notre territoire et les mettre à disposition des futurs professionnels de santé du territoire.

Objectif général

- Valoriser l'attractivité du territoire de la CPTS La Cévenole

Objectif(s) opérationnel(s)

- Objectif n°1 : Fédérer les professionnels de santé sur le territoire
- Objectif n°2 : Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels de santé sur le territoire de la CPTS La Cévenole
- Objectif n°3 : Promouvoir l'attractivité du territoire

Public cible

L'ensemble des professionnels de santé du territoire ; les futurs professionnels et futurs stagiaires/internes.

Sous-actions à mettre en œuvre & répartition des tâches - Définition du qui fait quoi ?

1. Préparer l'action

- Recenser les professionnels intéressés pour participer aux actions
- Constituer les sous-groupes de travail
- Définir le(s) pilote(s)

2. Fédérer les professionnels de santé sur le territoire

- Organiser un forum annuel des professionnels de santé afin d'informer sur les ressources et compétences à disposition des professionnels sur le territoire
 - Recenser les professionnels susceptibles de présenter des compétences spécifiques en santé
 - Organiser la stratégie de communication
 - Convier l'ensemble des professionnels du territoire
 - Organiser une rencontre annuelle entre les professionnels autour de la santé

3. Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels de santé sur le territoire de la CPTS

- Inciter les professionnels de santé à être maître de stage, par le biais d'une communication active
- Accueillir des stagiaires/internes
- Se mettre en lien avec les collectivités territoriales pour faciliter la recherche de logement, lieux de stages (notamment dans des structures pluriprofessionnelles) aux stagiaires dans le domaine de la santé
- Mettre en lien les associations représentant les professionnels de santé et les étudiants
- Organiser des temps conviviaux avec les étudiants du domaine de la santé
- Organiser des journées d'échange et de partage entre étudiants

4. Promouvoir l'attractivité du territoire

- Promouvoir la CPTS La Cévenole
 - Créer un site internet et agrémenter le site internet
 - Informer sur l'activité de l'association
 - Informer sur les actions de la CPTS et leurs avancements
 - Faciliter les modalités d'adhésion

Indicateurs retenus de suivi et de résultats - Indicateurs simples et mesurables	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Organiser un groupe de travail pour réfléchir à la préparation d'un forum	X		
Organiser des temps d'échanges et de partages conviviaux avec les étudiants		X	

Planning prévisionnel de mise en œuvre (après signature ACI) - Dates précises démarrage, étapes, échéance finale

<i>Actions</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
Action 1 : Préparer l'action	X		
Action 2 : Fédérer des professionnels de santé sur le territoire		X	X
Action 3 : Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels de santé sur le territoire de la CPTS		X	
Action 4 : Promouvoir l'attractivité du territoire		X	

Délai de démarrage de la mission après la signature du contrat : pas de délais particuliers

Délai maximum pour le déploiement de la mission après la signature du contrat : pas de délais particuliers

Estimation des moyens nécessaires - Logistiques (*salle réunions, fournitures bureau...*)

- Locaux
- Salle de réception
- Frais de réception
- Location de bus, activités locales touristiques

Estimation des moyens nécessaires - Numériques/Informatiques (*identifier besoins*)

- Outils de communication
- Site internet
- Air Box
- Outil de design graphique

Estimation des moyens nécessaires - Humains (*estimation temps de travail/compétences requises...*)

- Professionnels de santé
- Collectivités territoriales
- Coordinateur
- Graphiste

Inventaire des ressources déjà disponibles - *Exemples : prêt locaux, structure d'appui, outil numérique déjà existant, documentation à disposition, benchmarking sur le sujet...*

- Professionnels de santé du territoire maîtres de stage
- Appui sur les compétences de l'agglomération en qualité d'organisation
- Prêt de matériels (tables, chaises, kakémonos ...)
- Plaquette de promotion élaborée en 2020 par les médecins en collaboration avec la Mairie d'Alès
- Appui des associations locales : APPI, ALBA, Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)

Identification des freins et leviers

FREINS :

- *Manque de rencontres conviviales pour favoriser l'interconnaissance*
- *Manque de communication sur la présence des structures d'exercices pluriprofessionnels sur le territoire*
- *Manque de disponibilité des professionnels de santé*
- *Manque de motivation des médecins généralistes pour être maître de stage universitaire*

LEVIERS :

- *Présence de structures d'exercices pluriprofessionnels*
- *Développement du travail en réseau*
- *Existence d'association de professionnels sur le territoire*
- *Soutien des collectivités territoriales*

Estimation du budget nécessaire au déploiement de l'action

Budget prévisionnel en année 1 : 20 000€

Budget total Mission complémentaire 2 : 20 000€ (Volet fixe de mise en œuvre 10 000€ – Volet variable / actions et résultats 10 000 euros)

3^{ème} partie

Organisation et fonctionnement

Introduction

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

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

Une modification des statuts en Assemblée Générale aura lieu en juin 2023, concernant les points suivants : l'objet et les missions de l'association, les membres (actifs, associés, partenaires, fondateurs et d'honneurs), les collègues.

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

Pour la mise en œuvre de cette organisation, une commission Communication, Information, et E-Santé rassemblant les professionnels de santé membre de la CPTS La Cévenole ainsi que les représentants des CPTS alentours¹³⁷ permettra de définir les besoins en **outils numériques** et d'évoquer les évolutions informatiques nécessaires.

La sélection des outils prend en compte les missions socles et optionnelles à déployer, ainsi que les critères de sécurisation des données, de traçabilité des échanges et de compatibilité avec les outils déjà utilisés par les professionnels (ou en cours de déploiement), en plus de l'aspect financier.

La définition de l'organisation de la CPTS, des modalités de coordination des professionnels et des actions à mettre en œuvre nous a permis de construire un **budget prévisionnel** tenant compte du financement conventionnel prévu pour la taille de la population du territoire de notre CPTS, ainsi que des aides des autres financeurs sollicités.

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

¹³⁷ Membres de la CPTS ECEGEC et de la CPTS CHATAIGNE ET MICOCOULE.

1 - Gouvernance

Structuration juridique de la future CPTS

[Annexe 6 et Annexe 7]

Statut juridique de la structure porteuse de la future CPTS	<input checked="" type="checkbox"/> Association loi 1901 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <i>Si autre, obligation de se constituer sous forme associative avant le 12/05/22.</i>
Nom de la structure porteuse	CPTS La Cévenole
Création de la structure porteuse	<input checked="" type="checkbox"/> Finalisée (préciser la date de création) : 15 février 2022 <input type="checkbox"/> En cours
N° Association	Association loi 1901 n° W3011008884-JO Identifiant SIRET : 918 220 534 00013
Coordonnées de la structure porteuse	Adresse postale : 34 B Avenue Jean-Baptiste Dumas, 30100 Alès Courriel : cpts.lacevenole@gmail.com
Personne contact	NOM : Salanova PRENOM : Amandine Profession : Médecin généraliste Téléphone : Courriel :
Représentant légal	NOM : Salanova PRENOM : Amandine Profession/spécialité : Médecin généraliste

Composition de l'association

Professionnels de santé du territoire

Profession	Nb de professionnels du territoire	Nb de professionnels membres de la CPTS	Représentativité (Pourcentage)
Médecins généralistes	74	31	41,9%
Médecins autres spécialités	144	4	2,78%
<i>Dont</i>			
<i>Psychiatres</i>	6	1	16,7%
<i>Ophthalmologues</i>	11	1	9,1%
<i>Gynécologues</i>	8	1	12,5%
<i>Cardiologues</i>	11	0	
<i>Radiologues</i>	14	1	7,14%
Infirmiers	295	77	26,1%
Pharmaciens	37	37	100%
Masseurs-Kinésithérapeutes	127	4	3,15%
Sage-femmes	13	3	23,1%
Orthophonistes	37	11	29,7%
Orthoptistes	7	1	14,3%
Dentistes	70	2	2,86%
Pédicures-podologues/orthésistes	17	1	5,88%
Psychologues	-	7	
Diététiciens	-	7	
Ergothérapeutes	-	4	
Chiropracteur	-	1	
Biologiste	-	1	

Membres actifs

Adhérents de l'association

Secteur d'activité : SANITAIRE

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (MCO, SSR...)	Lieu d'exercice	Localisation sur territoire CPTS Oui / Non
Achard-Lichère Cécile	Radiologue	Alès	Oui
Aureche Alain	Médecin généraliste	Alès	Oui
Angot Catherine	Pédopsychiatre	Salindres	Oui
Balanche-Marra Thérèse	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Bastide Dominique	Médecin retraité	Alès	Oui
Bastide Sylvie	Médecin généraliste	Alès	Oui

Bensaber Sonia	Ophtalmologue	Alès	Oui
Bonnefond Xavier	Médecin généraliste	Bagard	Oui
Bouly-Agoudjil Angélique	Médecin généraliste	Alès	Oui
Budet Estelle	Médecin généraliste	Cardet	Non
Braza Mehdi	Médecin généraliste remplaçant	Alès	Oui
Brazes Sanz Julie	Médecin généraliste	Alès	Oui
Braza Mehdi	Médecin généraliste	Alès	Oui
Corriol Florence	Médecin généraliste	Alès	Oui
Devallez Alain	Médecin généraliste	Alès	Oui
Dinu Denise	Médecin généraliste	Alès	Oui
Eberschweiler Claude	Médecin généraliste	Chamborigaud	Non
Fabre Philip	Médecin généraliste addictologue retraité	Nîmes	Non
Fulconis Samuel	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Grosset Erik	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Gul-Sommez Sevgi	Médecin généraliste	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Ivanovsky Nicolas	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Laurès-Gros Magali	Médecin généraliste	Alès	Oui
Leca Sylvie	Médecin généraliste	Méjannes-lès-Alès	Oui
Le Guennou Claire	Pédiatre	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Ollivier Sylvie	Médecin généraliste	Rousson	Oui
Perrier Sautel Anne Lise	Médecin généraliste	Alès	Oui
Rafinesque Olivier	Médecin généraliste	Alès	Oui
Ramadier Guylaine	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Ales	Oui
Ramadier Serge	Médecin généraliste	Alès	Oui
Ranchoux Cécile	Médecin généraliste	Alès	Oui
Roux Alain	Médecin généraliste	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Sabbat Sébastien	Médecin généraliste	Alès	Oui

Salanova Amandine	Médecin généraliste	Alès	Oui
Salvi Isabelle	Médecin généraliste	Alès	Oui
Valgalier Laure	Médecin généraliste	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Vaillant Patrick	Psychiatre retraité	Anduze	Oui
Villaret Denis	Médecin généraliste	Alès	Oui
Bigand Amandine	Masseur-kinésithérapeute	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Carret Christine	Masseur-kinésithérapeute	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Pelissier Matthieu	Masseur-kinésithérapeute	Alès	Oui
Robert Delphine	Masseur-kinésithérapeute	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Charlet Eric	Dentiste	Alès	Oui
Lalande Agnès	Dentiste	Alès	Oui
Bros-Fabre Veronique	Diététicienne	Alès	Oui
Challende Julie	Diététicienne	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Ferraz Laura	Diététicienne	Boisset-et-Gaujac	Oui
Fondacci Melanie	Diététicienne	Alès	Oui
Joyard Nathalie	Diététicienne Nutritionniste	Boisset-et-Gaujac	Oui
Turberg Catherine	Diététicienne Nutritionniste	Ribaute les Tavernes	Oui
Zehr Claire	Diététicienne	Anduze	Oui
Brasseur Estelle	Ergothérapeute	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Delot Annouk	Ergothérapeute	Alès	Oui
Dufaud Pauline	Ergothérapeute	Boisset et Gaujac	Oui
Ollier Sophie	Ergothérapeute	Alès	Oui
Zager Marija	Chiropracteur	Fons	Non
Bertrand Jennifer	Psychologue	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Boggino Julia	Psychologue	Alès	Oui
Bord Coralie	Psychologue	Alès	Oui

Chabert Mireille	Psychologue	Saint-Martin-de-Valgagues	Oui
Fenouillet Dominique	Psychologue	Alès	Oui
Fenouillet Mylène	Psychologue	Vézénobres	Oui
Laceuk Nadia	Psychologue	Monoblet	Non
Aguilar Mylène	Sage-Femme	Alès	Oui
Martinez Mandy	Sage-Femme	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Quillès Claire	Sage-Femme	Alès	Oui
Sapede Elisabeth	Sage-Femme retraîtée	Alès	Oui
Broche David-Emmanuel	Gynécologue	Alès	Oui
Aurand Antonin	Pharmacien	Vézénobres	Oui
Bertrand Monique	Pharmacien	Lédignan	Oui
Casado-Salager Françoise	Pharmacien	Saint-Martin-de-Valgagues	Oui
Casse Isabelle	Pharmacien	Lédignan	Oui
Cordesse Maxime	Pharmacien	Alès	Oui
Crociani Emmanuelle	Pharmacien	Alès	Oui
Duguet Laurent	Pharmacien	Anduze	Oui
El Cheikh Hussein Nasser	Pharmacien	Alès	Oui
Epinat Christian	Pharmacien	Alès	Oui
Epinat Laurent	Pharmacien	Alès	Oui
Epinat Arnaud	Pharmacien	Alès	Oui
Fischer Alice	Pharmacien	Alès	Oui
Gay Isabelle	Pharmacien	Alès	Oui
Gibault Elise	Pharmacien	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Gravier Marie-Pierre	Pharmacien	Mons	Oui
Gros Mathieu	Pharmacien	Alès	Oui
Hallart Nathalie	Pharmacienne	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Herbaux Laurence	Pharmacien	Alès	Oui

Jacob Corazza Valerie	Pharmacienne	Alès	Oui
Joutard Guillaume	Pharmacien	Alès	Oui
Lamarti Hatim	Pharmacien biologiste	Alès	Oui
Laures Pauline	Pharmacien	Rousson	Oui
Le Costoëc Delphine	Pharmacien	Saint-Hilaire-de- Brethmas	Oui
Lechat Sabrina	Pharmacien	Alès	Oui
Legrand Nicolas	Pharmacien	Alès	Oui
Longuet Laure	Pharmacien	Nîmes	Non
Michaud Catherine	Pharmacien	Saint-Jean-du-Pin	Oui
Mottart Maïlys	Pharmacien	Cendras	Oui
Pelissier Jean Michel	Pharmacien	Alès	Oui
Petolat Agnès	Pharmacien	Alès	Oui
Praden Agnès	Pharmacien	Alès	Oui
Raspal-Dumas Nathalie	Pharmacien	Saint-Privat-des- Vieux	Oui
Savazzi Clarisse	Pharmacien	Saint-Privat-des- Vieux	Oui
Segalowitch-Brejon Elsa	Pharmacien	Alès	Oui
Soulier François	Pharmacien	Alès	Oui
Taylor Cécile	Pharmacien	Saint-Christol-lez- Alès	Oui
Teissonière Marc	Pharmacien	Boisset-et-Gaujac	Oui
Teissonière Thomas	Pharmacien	Bagard	Oui
Aguettant Cécile	Infirmière Libérale	Lédignan	Oui
Albalat Sandy	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Amedro Eve	Infirmière Libérale	Saint-Jean-du-Pin	Oui
Arnac Séverine	Infirmière Libérale	Anduze	Oui
Arnaud Isabelle	Infirmière Libérale	Anduze	Oui
Aubert Géraldine	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Aubry-Lachainaye Julie	Infirmière libérale	Mons	Oui

Baldy Aurelie	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Bancillon Christelle	Infirmière Libérale	Saint-Martin-de-Valgagues	Oui
Bataille Charly	Infirmier libéral	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Bellay Catherine	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Berenger Christelle	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Blechet Aline	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Bonhomme Florian	Infirmier Libéral	Alès	Oui
Caelles Ludivine	Infirmière salariée	Alès	Oui
Cartier-Maccarinelli Rosalie	Infirmière Libérale	Vézénobres	Oui
Cellier Sandrine	Infirmière libérale	Alès	Oui
Cellier-Bidet Sandrine	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Chambeu Isabelle	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Chamerlat Cyril	Infirmier Libéral	Rousson	Oui
Chamerlat Elise	Infirmière Libérale	Rousson	Oui
Chastagnol Severine	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Cheyrezy Christine	Infirmière Libérale	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Clot Aurelie	Infirmière Libérale	Vézénobres	Oui
Colomb Sophie	Infirmière Libérale	Vézénobres	Oui
Coviesec Anthony	Infirmier Libéral	Saint-Christol-Lez-Alès	Oui
Depraz Nadia	Infirmière salariée	Alès	Oui
Del Fabro Patricia	Infirmière Libérale	Anduze	Oui
Derocles Nathalie	Infirmière Libérale	Rousson	Oui
Diaz Stéphanie	Infirmière libérale	Cendras	Oui
Djouidi Baya	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Dumas Denis	Infirmier libéral	Saint-Geniès-de-Malgoirès	Non
Duprat Magali	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Durand Pellissier Catherine	Infirmière libérale	Alès	Oui

Fernandez Sonia	Infirmière Libérale	Saint-Martin-de-Valgalgues	Oui
Ferrand Melanie	Infirmière Libérale	Méjannes-lès-Alès	Oui
Fonti Fanny	Infirmière salariée	Alès	Oui
Genolher Sabrina	Infirmière Libérale	Boisset-et-Gaujac	Oui
Gevaudan Valerie	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Gil Ingrid	Infirmière Libérale	Ners	Oui
Gontier Elodie	Infirmière Libérale	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Granat Nadège	Infirmière libérale	Alès	Oui
Hallé Marie	Infirmière Libérale	Saint-Hilaire- de-Brethmas	Oui
Hellot Pagat Gwenaëlle	Infirmière Libérale	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Jakovenko Dominique	Infirmier Libéral	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Labrot Baldy Aurélie	Infirmière libérale	Alès	Oui
Lafont Cathy	Infirmière Libérale	Thoiras	Non
Laval Véronique	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Layma Caroline	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Lefort Céline	Infirmière Libérale	Ners	Oui
Lepage Aparicio Sabrina	Infirmière libérale	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Leynaud Guilhem	Infirmière libérale	Alès	Oui
Lorang Elodie	Infirmière Libérale	Bagard	Oui
Lothore Flora	Infirmière Libérale	Vézénobres	Oui
Loup Cynthia	Infirmière Libérale	Anduze	Oui
Martin Carole	Infirmière Libérale	Saint-Christol-lez-Alès	Oui
Mazauric Florence	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Mazon Muriel	Infirmière Libérale	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Molis Melanie	Infirmière libérale	Alès	Oui
Molines Muriel	Infirmière Libérale	Méjannes-Lès-Alès	Oui
Moucholi Ericka	Infirmière Libérale	Alès	Oui

Moustardier Yolande	Infirmière Libérale	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Mourre Charlène	Infirmière Libérale	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Nemoz-Gaillard Emilie	Infirmière Libérale	Mons	Oui
Panele Magali	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Pascal Stéphanie	Infirmière Libérale	Méjannes-lès-Alès	Oui
Pechberty Miriana	Infirmière Libérale	Rousson	Oui
Price Tatiana	IDSP Azalée	Alès	Oui
Remouche Radia	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Reynet Matthieu	Infirmier Libéral	Vézénobres	Oui
Roussel Francine	Infirmière Libérale	Ners	Oui
Ruiz Emilie	Infirmière Libérale	Rousson	Oui
Sapede Céline	Infirmière puéricultrice libérale	Rousson	Oui
Sassi Carole	Infirmière Libérale	Anduze	Oui
Schott Françoise	Infirmière Puéricultrice	Boisset-et-Gaujac	Oui
Seraiche Maïté	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Taleb Mouna	Infirmière libérale	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Oui
Thonnard Emilie	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Vanthuyne Benoit	Infirmier Libéral	Alès	Oui
Vey Karine	Infirmière Libérale	Alès	Oui
Viala Galinié Isabelle	Infirmière Libérale	Saint-Julien-les-Rosiers	Oui
Vittaz Alexandra	Infirmière Libérale	Méjannes-lès-Alès	Oui
Balois Clara	Orthophoniste	Lédignan	Oui
Bertrand Auxane	Orthophoniste	Lédignan	Oui
Clauzel Elsa	Orthophoniste	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Ducros Anne-Lise	Orthophoniste	Alès	Oui
Guiraud Flora	Orthophoniste	Cruviers-Lascours	Non
Jacque Jennifer	Orthophoniste	Alès	Oui

Le Lan Véronique	Orthophoniste	Alès	Oui
Perre Laetitia	Orthophoniste	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Philip Marielle	Orthophoniste	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Roux-Jalabert Nadine	Orthophoniste	Saint-Julien-Les-Rosiers	Oui
Vicedomini Magalie	Orthophoniste	Alès	Oui
Baptiste-Vogel Marion	Orthoptiste	Saint-Privat-des-Vieux	Oui
Gros Laurent	Podologue	Rousson	Oui
Chastang Claudie	Cadre de santé retraité	Saint-Jean-du-Pin	Oui
Dugas Frédéric	Cadre de santé	Alès	Oui

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

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (EHPAD, SSIAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur territoire CPTS Oui / Non
Montoro Nathalie	Elue Centre Communal d'Action Social	Méjannes-lès-Alès	Oui
Duberger Lopez Marie Danielle	Elue Centre Communal d'Action Social	Méjannes-lès-Alès	Oui
Association Reseda	Association des réseaux de santé du bassin alésien et porteuse du CLS Pays Cévennes	Alès	Oui
Centres Médico Psycho Pédagogiques	Assure des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires auprès des enfants et adolescents de 0 à 20 ans	Saint-Christol-Les-Alès / Alès	Oui
Centre Médico Psychologique Enfants et Adolescents	Mission de prévention et de soins médico-psychologiques pour les enfants et adolescents	Alès	Oui
Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	Prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants de la naissance à 6 ans	Alès	Oui
Relais Accompagnement Petite Enfance et Handicap	Accompagnement du handicap pour les enfants de moins de 6 ans	Nîmes	Non
Institut Médicoéducatif	Accueil les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle	Alès	Oui
Service d'éducation Spéciale et de Soins à Domicile	Accompagnement des enfants et adolescents (0 à 20 ans) atteints de déficiences intellectuelles, motrices ou auditives en favorisant leur inclusion scolaire et leur autonomie	Alès	Oui

Secteur d'activité : **SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (SAAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur territoire CPTS Oui / Non
Rigoulot Philippe	Directeur Maison des Adolescents du Gard	Nîmes	Non
...			

REPRESENTANT DES USAGERS

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

COLLECTIVITES TERRITORIALES

Désignation Nom de la structure	Lieu d'exercice
Alès Agglomération	Alès

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

Désignation Nom de la structure	Activité principale	Lieu d'exercice
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Sanitaire	Saint-Martin-de-Valgagues
Centre de santé Filieris	Sanitaire	Alès, Saint-Martin-de-Valgagues, Saint-Christol-lez-Alès

Membres partenaires

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

Secteur d'activité : **SANITAIRE**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (MCO, SSR...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
Centre Hospitalier Alès-Cévennes	Activités Hospitalières	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Clinique Bonnefon	Etablissement de santé privé	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Aider Santé	Etablissement de santé privé	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Le Centre ophtalmologique d'Alès	Etablissement de santé privé	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Centre Hospitalier Universitaire	Service hospitalier	Nîmes	Non	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Association des Infirmiers Libéraux du Bassin Alésien	Sanitaire	Alès	Oui	Mission 3 – Prévention	Non (échange en cours)
Association pour la Promotion de la Médecine Générale	Sanitaire	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Association pour Promouvoir la Profession Infirmière	Sanitaire	Alès	Oui	Mission 3 – Prévention	Non (échange en cours)
Association ABCDiét	Sanitaire	Alès	Oui	Mission 2 – Parcours Dénutrition Mission 3 – Prévention	Non (échange en cours)

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

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (EHPAD, SSIAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
Lipinski Thierry	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique Les Cévennes	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Collectif Associatif du Bassin Alésien	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
EHPAD	Accueil des personnes âgées dépendantes	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)

Secteur d'activité : **SOCIAL**

Désignation Nom de la structure ou du professionnel	Activité principale Métier / Spécialité / Type activité (SAAD...)	Lieu d'exercice	Localisation sur le territoire Oui / Non	Objet du partenariat	Existence convention Oui / Non
Association La Clède	Social	Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)
Centre Communal d'Action Sociale	Social	Alès Méjannes-lès-Alès	Oui	<i>Echange en cours</i>	Non (échange en cours)

REPRESENTANT DES USAGERS

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

COLLECTIVITES TERRITORIALES

Désignation Nom de la structure	Lieu d'exercice	Existence convention Oui / Non
Alès Agglomération	Alès	Non (<i>échange en cours</i>)

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

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

Gouvernance de la CPTS
Assemblée générale

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité - Sanitaire - Médico- social - Social	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance (le cas échéant) ES, EHPAD, MSP...	Membre
Achard-Lichère Cécile	Radiologue	Sanitaire	Alès	Clinique Bonnefon	Membre
Aureche Alain	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Angot Catherine	Pédopsychiatre	Sanitaire	Salindres		Membre
Balanche-Marra Thérèse	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint- Christol-Lez- Alès		Membre
Bastide Dominique	Médecin retraité	Sanitaire	Alès		Membre
Bastide Sylvie	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Bensaber Sonia	Ophthalmologue	Sanitaire	Alès		Membre
Bonnefond Xavier	Médecin généraliste	Sanitaire	Bagard		Membre
Bouly-Agoudjil Angélique	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Budet Estelle	Médecin généraliste	Sanitaire	Cardet		Membre
Brazes Sanz Julie	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Braza Mehdi	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Corriol Florence	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès	Centre Hospitalier Alès-Cévennes / Association La Clède	Membre
Devallez Alain	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès	Centre de Santé FILIERIS	Membre
Dinu Denise	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Eberschweiler Claude	Médecin généraliste	Sanitaire	Chamborigau d		Membre
Fabre Philip	Médecin généraliste retraité	Sanitaire	Nîmes		Membre
Fulconis Samuel	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint- Christol-Les- Ales		Membre
Grosset Erik	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint- Christol-Les- Ales		Membre

Gul-Sommez Sevgi	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint-Hilaire-de-Brethmas		Membre
Ivanovsky Nicolas	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint-Christol-Les-Ales		Membre
Ollivier Sylvie	Médecin généraliste	Sanitaire	Rousson		Membre
Rafinesque Olivier	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Ramadier Guylaine	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint-Christol-Les-Ales		Membre
Ramadier Serge	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Sabbat Sébastien	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Salvi Isabelle	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Valgalier Laure	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint-Hilaire-de-Brethmas		Membre
Vaillant Patrick	Psychiatre retraité	Sanitaire	Anduze		Membre
Villaret Denis	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Laurès-Gros Magali	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Leca Sylvie	Médecin généraliste	Sanitaire	Méjannes-lès-Alès		Membre
Le Guennou Claire	Pédiatre	Sanitaire	Saint Privat des Vieux	Protection Maternelle Infantile	Membre
Ollivier Sylvie	Médecin généraliste	Sanitaire	Rousson		Membre
Perrier Sautel Anne Lise	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Ranchoux Cécile	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Roux Alain	Médecin généraliste	Sanitaire	Saint-Christol-Lez-Alès		Membre
Salanova Amandine	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Villaret Denis	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès		Membre
Braza Mehdi	Médecin généraliste remplaçant	Sanitaire	Alès		Membre
Bigand Amandine	Masseur-kinésithérapeute	Sanitaire	Saint-Hilaire-de-Brethmas		Membre
Carret Christine	Masseur-kinésithérapeute	Sanitaire	Saint-Privat-des-Vieux		Membre

Pelissier Matthieu	Masseur-kinésithérapeute	Sanitaire	Alès		Membre
Robert Delphine	Masseur-kinésithérapeute	Sanitaire	Saint-Christol-Lez-Alès		Membre
Charlet Eric	Dentiste	Sanitaire	Alès		Membre
Lalande Agnès	Dentiste	Sanitaire	Alès		Membre
Bros-Fabre Veronique	Diététicienne	Sanitaire	Alès		Membre
Challende Julie	Diététicienne	Sanitaire	Saint-Christol-Lez-Alès		Membre
Ferraz Laura	Diététicienne	Sanitaire	Boisset et Gaujac		Membre
Fondacci Melanie	Diététicienne	Sanitaire	Alès		Membre
Joyard Nathalie	Diététicienne Nutritionniste	Sanitaire	Boisset et Gaujac		Membre
Turberg Catherine	Diététicienne Nutritionniste	Sanitaire	Ribaute les Tavernes		Membre
Zehr Claire	Diététicienne	Sanitaire	Anduze		Membre
Brasseur Estelle	Ergothérapeute	Sanitaire	Saint Privat des Vieux		Membre
Delot Annouk	Ergothérapeute	Sanitaire	Alès		Membre
Dufaud Pauline	Ergothérapeute	Sanitaire	Boisset et Gaujac		Membre
Ollier Sophie	Ergothérapeute	Sanitaire	Alès		Membre
Zager Marija	Chiropracteur	Sanitaire	Fons		Membre
Bertrand Jennifer	Psychologue	Sanitaire	Saint-Christol-Les-Ales		Membre
Boggino Julia	Psychologue	Sanitaire	Alès		Membre
Bord Coralie	Psychologue	Sanitaire	Alès		Membre
Chabert Mireille	Psychologue	Sanitaire	Saint-Martin-de-Valgalgues		Membre
Fenouillet Dominique	Psychologue	Sanitaire	Alès		Membre
Fenouillet Mylène	Psychologue	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Laceuk Nadia	Psychologue	Sanitaire	Monoblet		Membre
Aurand Antonin	Pharmacien	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Epinat Arnaud	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Fischer Alice	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Jacob Corazza Valerie	Pharmacienne	Sanitaire	Alès	Centre Hospitalier Alès-Cévennes	Membre
Joutard Guillaume	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre

Lamarti Hatim	Pharmacien biologiste	Sanitaire	Alès		Membre
Laures Pauline	Pharmacien	Sanitaire	Rousson		Membre
Mottart Maïlys	Pharmacien	Sanitaire	Cendras		Membre
Bertrand Monique	Pharmacien	Sanitaire	Lédignan		Membre
Casado-Salager Françoise	Pharmacien	Sanitaire	Saint-Martin- de- Valgagues		Membre
Casse Isabelle	Pharmacien	Sanitaire	Lédignan		Membre
Cordesse Maxime	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Crociani Emmanuelle	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Duguet Laurent	Pharmacien	Sanitaire	Anduze		Membre
El Cheikh Hussein Nasser	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Epinat Christian	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Epinat Laurent	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Gay Isabelle	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Gibault Elise	Pharmacien	Sanitaire	Saint- Christol-les- Alès		Membre
Gravier Marie- Pierre	Pharmacien	Sanitaire	Mons		Membre
Gros Mathieu	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Hallart Nathalie	Pharmacienne	Sanitaire	Saint Privat des Vieux	Centre de santé FILIERIS	Membre
Herbaux Laurence	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Le Costoëc Delphine	Pharmacien	Sanitaire	Saint- Hilaire-de- Brethmas		Membre
Lechat Sabrina	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Legrand Nicolas	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Longuet Laure	Pharmacien	Sanitaire	Nîmes		Membre
Michaud Catherine	Pharmacien	Sanitaire	Saint-Jean du Pin		Membre
Pelissier Jean Michel	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Petolat Agnès	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Praden Agnès	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Raspal-Dumas Nathalie	Pharmacien	Sanitaire	Saint-Privat- des-vieux		Membre
Savazzi Clarisse	Pharmacien	Sanitaire	Saint-Privat- des-vieux		Membre
Segalowitch- Brejon Elsa	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre

Soulier François	Pharmacien	Sanitaire	Alès		Membre
Taylor Cécile	Pharmacien	Sanitaire	Saint-Christol-les-Alès		Membre
Teissonnière Marc	Pharmacien	Sanitaire	Boisset et Gaujac		Membre
Teissonnière Thomas	Pharmacien	Sanitaire	Bagard		Membre
Aguettant Cécile	Infirmière Libérale	Sanitaire	Lédignan		Membre
Albalat Sandy	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Amedro Eve	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Jean du Pin		Membre
Arnac Séverine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Anduze		Membre
Arnaud Isabelle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Anduze		Membre
Aubert Géraldine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Aubry-Lachainaye Julie	Infirmière libérale	Sanitaire	Mons		Membre
Baldy Aurelie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Bancillon Christelle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Martin-de-Valgagues		Membre
Bataille Charly	Infirmier libéral	Sanitaire	Saint-Christol-lès-Alès		Membre
Bellay Catherine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Berenger Christelle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Blechet Aline	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Bonhomme Florian	Infirmier Libéral	Sanitaire	Alès		Membre
Caelles Ludivine	Infirmière salariée	Sanitaire	Alès	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés du Collectif Associatif du Bassin Alésien	Membre
Cartier-Maccarinelli Rosalie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Cellier Sandrine	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Cellier-Bidet Sandrine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre

Chambeu Isabelle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Chamerlat Cyril	Infirmier Libéral	Sanitaire	Rousson		Membre
Chamerlat Elise	Infirmière Libérale	Sanitaire	Rousson		Membre
Chastagnol Severine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Cheyrezy Christine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Hilaire-de-Brethmas		Membre
Clot Aurelie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Colomb Sophie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Coviesec Anthony	Infirmier Libéral	Sanitaire	Saint Christol Les Alès		Membre
Depraz Nadia	Infirmière salariée	Sanitaire	Alès	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés du Collectif Associatif du Bassin Alésien	Membre
Del Fabro Patricia	Infirmière Libérale	Sanitaire	Anduze		Membre
Derocles Nathalie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Rousson		Membre
Djoudi Baya	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Diaz Stéphanie	Infirmière libérale	Sanitaire	Cendras		Membre
Dumas Denis	Infirmier libéral	Sanitaire	Saint-Geniès-de-Malgoirès		Membre
Duprat Magali	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Durand Pellissier Catherine	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Fernandez Sonia	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Martin-de-Valgagues		Membre
Ferrand Melanie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Méjanès les Alès		Membre
Fonti Fanny	Infirmière	Sanitaire	Alès	Centre Hospitalier Alès-Cévennes	Membre
Genolher Sabrina	Infirmière Libérale	Sanitaire	Boisset et Gaujac		Membre
Gevaudan Valerie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Gil Ingrid	Infirmière Libérale	Sanitaire	Ners		Membre

Gontier Elodie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Privat des Vieux		Membre
Granat Nadège	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Hallé Marie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Hilaire de Brethmas		Membre
Hellot Pagat Gwenaëlle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Christol-lès-Alès		Membre
Jakovenko Dominique	Infirmier Libéral	Sanitaire	Saint-Christol-lès-Alès		Membre
Labrot Baldy Aurélie	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Lafont Cathy	Infirmière Libérale	Sanitaire	Thoiras		Membre
Laval Véronique	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Layma Caroline	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Lefort Céline	Infirmière Libérale	Sanitaire	Ners		Membre
Lepage Aparicio Sabrina	Infirmière libérale	Sanitaire	Saint-Christol-lès-Alès		Membre
Leynaud Guilhem	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Lorang Elodie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Bagard		Membre
Lothore Flora	Infirmière Libérale	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Loup Cynthia	Infirmière Libérale	Sanitaire	Anduze		Membre
Martin Carole	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Christol-lès-Alès		Membre
Mazauric Florence	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Mazon Muriel	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Hilaire de Brethmas		Membre
Molis Melanie	Infirmière libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Molines Muriel	Infirmière Libérale	Sanitaire	Méjannes-Lès-Alès		Membre
Moucholi Ericka	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Moustardier Yolande	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint-Privat-des-Vieux		Membre
Mourre Charlène	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Hilaire de Brethmas		Membre
Nemoz-Gaillard Emilie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Mons		Membre
Panele Magali	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre

Pascal Stéphanie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Méjannes-Lès-Alès		Membre
Pechberty Miriana	Infirmière Libérale	Sanitaire	Rousson		Membre
Price Tatiana	IDSP Azalée	Sanitaire	Nîmes		Membre
Remouche Radia	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Reynet Matthieu	Infirmier Libéral	Sanitaire	Vézénobres		Membre
Roussel Francine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Ners		Membre
Ruiz Emilie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Rousson		Membre
Sapede Céline	Infirmière puéricultrice libérale	Sanitaire	Rousson		Membre
Sassi Carole	Infirmière Libérale	Sanitaire	Anduze		Membre
Schott Françoise	Infirmière Puéricultrice	Sanitaire	Boisset-et-Gaujac		Membre
Seraiche Maïté	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Taleb Mouna	Infirmière libérale	Sanitaire	Saint Hilaire de Brethmas		Membre
Thonnard Emilie	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Vanthuyne Benoit	Infirmier Libéral	Sanitaire	Alès		Membre
Vey Karine	Infirmière Libérale	Sanitaire	Alès		Membre
Viala Galinié Isabelle	Infirmière Libérale	Sanitaire	Saint Julien les Rosiers		Membre
Vittaz Alexandra	Infirmière Libérale	Sanitaire	Méjannes-Lès-Alès		Membre
Balois Clara	Orthophoniste	Sanitaire	Lédignan		Membre
Bertrand Auxane	Orthophoniste	Sanitaire	Lédignan		Membre
Clauzel Elsa	Orthophoniste	Sanitaire	Saint Privat des Vieux		Membre
Ducros Anne-Lise	Orthophoniste	Sanitaire	Alès		Membre
Guiraud Flora	Orthophoniste	Sanitaire	Cruviers-Lascours		Membre
Jacque Jennifer	Orthophoniste	Sanitaire	Alès		Membre
Le Lan Véronique	Orthophoniste	Sanitaire	Alès		Membre
Philip Marielle	Orthophoniste	Sanitaire	Saint-Privat-des-Vieux		Membre
Perre Laetitia	Orthophoniste	Sanitaire	Saint-Privat-des-Vieux		Membre
Roux-Jalabert Nadine	Orthophoniste	Sanitaire	Saint-Julien-Les-Rosiers		Membre
Vicedomini Magalie	Orthophoniste	Sanitaire	Alès		Membre

Baptiste-Vogel Marion	Orthoptiste	Sanitaire	Saint Privat des Vieux		Membre
Gros Laurent	Podologue	Sanitaire	Rousson		Membre
Aguilar Mylène	Sage-Femme	Sanitaire	Alès		Membre
Martinez Mandy	Sage-Femme	Sanitaire	Saint Privat des Vieux		Membre
Quillès Claire	Sage-Femme	Sanitaire	Alès		Membre
Sapede Elisabeth	Sage-Femme retraitée	Sanitaire	Alès		Membre
Broche David-Emmanuel	Gynécologue	Sanitaire	Alès	Clinique Bonnefon	Membre
Chastang Claudie	Cadre de santé retraité	Sanitaire	Saint-Jean-du-Pin		Membre
Dugas Frédéric	Cadre de santé	Sanitaire	Alès	Aider Santé	Membre
Montoro Nathalie	Elue	Social	Méjannes-lès-Alès	Centre Communal d'Action Social	Membre
Dubergey Lopez Marie Danielle	Elue	Social	Méjannes-lès-Alès	Centre Communal d'Action Social	Membre
Rigoulot Philippe	Directeur	Social	Nîmes	Maison Des Adolescents du Gard	Membre
Cubedo Thierry	Responsable service santé	Médico-social	Alès	Alès Agglomération	Membre
Demateis Françoise	Co-Présidente	Médico-social	Alès	Association Reseda	Membre
Jakovenko Florence	Co-Présidente	Médico-social	Alès	Association Reseda	Membre
Philippe Adeline	Directrice	Médico-social	Alès	Association Reseda	Membre

Fonctionnement / pouvoirs

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

Dispositions communes [cf. : Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 14 – Assemblées Générales – 14.1 Dispositions communes pour la tenue des Assemblées Générales]

Les Assemblées Générales sont organisées une fois par an ou en tant que de besoin et se composent de tous les membres de l'Association.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du (des) Présidents de l'Association où à défaut un membre du Bureau.

Les Assemblées se réunissent également sur la **demande écrite d'au moins une moitié des membres de l'Association**. Dans ce cas, les co-Présidents ou co-secrétaires doivent convoquer l'Assemblée Générale dans les soixante jours suivant la demande écrite. Les convocations sont adressées par lettre ou courriel, quinze jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration et doit être mentionné sur les convocations.

Les méthodes de vote, les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation.

Les Assemblées Générales sont présidées par le(s) co-Président(s) de l'Association.

Le Bureau de l'Assemblée Générale est identique à celui de l'association générale. Les co-présidents et les co-secrétaires de séance s'assurent du bon déroulement de l'Assemblée Générale et procèdent à l'établissement des procès-verbaux. Ils peuvent se faire assister par un ou plusieurs assesseurs notamment lors des votes.

Il est établi à chaque Assemblée une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté. Cette feuille d'émargement est signée conforme par les co-présidents et les co-secrétaires de séance, et conservée au siège de l'Association.

Chaque membre présent ou représenté possède une seule voix, les membres fondateurs, actifs et membres associés faisant parti du Conseil d'Administration participent de la même façon à l'ensemble des votes. Seuls ont droit de vote les membres présents ou représentés à jour de leur cotisation.

Le vote par procuration est autorisé dans la limite de deux pouvoirs par membre présent, la procuration ne pouvant être donnée qu'à un membre du même collège. Le vote par écrit et le vote électronique sont autorisés.

Seules sont valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour. Les délibérations et résolutions des Assemblées Générales font l'objet de procès-verbaux, ceux-ci sont inscrits sur le registre des délibérations des Assemblées Générales et signés par les co-présidents et les co-secrétaires de séance. Ces documents sont conservés au siège de l'Association.

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

Assemblée Générale Ordinaire [cf. : *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 14 – Assemblées Générales – 14.2 Assemblée Générale Ordinaire*]

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'association telle que décrit dans l'article 6 [cf. *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » - Article 6 : Membres*]. Elle se réunit au moins une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice social et à chaque fois que nécessaire, à l'initiative du/de la (des) co-président(e)(s) ou du Conseil d'Administration.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins des co-président(s) ou co-secrétaires. L'ordre du jour figure sur les convocations.

Pour délibérer valablement, le nombre de membres présents ou représentés doit être égal au moins au quart des membres électeurs de l'association. Si ce quorum n'est pas atteint, il peut être procédé à une nouvelle convocation sans condition de délai d'intervalle et l'Assemblée Générale peut alors siéger sans condition de quorum. Les décisions feront l'objet d'un vote à la majorité des membres présents ou représentés.

L'Assemblée est compétente notamment pour :

- Approuver le rapport moral,
- Approuver le rapport financier ainsi que, le cas échéant, le rapport du Commissaire aux comptes sur l'exercice clos,
- Procéder à l'élection du Conseil d'administration (chaque membre vote pour l'élection des représentants de son collège)
- Désigner le Commissaire aux comptes et son suppléant, si nécessaire. Ceux-ci doivent être régulièrement inscrits sur la liste du Haut Conseil au Commissariat aux Comptes. Le commissaire aux comptes et son suppléant ne peuvent être membres de l'Association,
- Délibérer sur toutes les autres questions inscrites à l'ordre du jour.

Le(s) (co-)président(e)(s), assisté(e)(s) des membres du Conseil d'Administration, préside(nt) l'Assemblée Générale et expose(nt) la situation morale ou l'activité de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le rapport financier (bilan, compte de résultat et annexe) et le rapport du commissaire aux comptes s'il y a lieu à l'approbation de l'assemblée.

L'Assemblée Générale Ordinaire approuve les comptes de l'exercice clos.

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

L'Assemblée Générale Ordinaire autorise le(s)/la (co-)président(e)(s) à signer tout acte, à conclure tout engagement, et à contracter toute obligation qui dépasse le cadre de ses pouvoirs statutaires.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du(des) co-Président(s) de l'Association est prépondérante. Chaque membre électeur bénéficie d'une voix. Le vote par procuration est autorisé dans la limite de deux pouvoirs par membre présent et du même collègue.

Si besoin, il est procédé après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement au scrutin secret des membres du Conseil d'Administration. Les Assemblées Générales peuvent entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations.

Toutes les délibérations sont prises à main levée, excepté l'élection des membres du Conseil d'Administration. Possibilité de vote à scrutin secret sur proposition des membres du Bureau.

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

Il est tenu procès-verbal des délibérations et résolutions des Assemblées Générales. Les procès-verbaux sont établis sans blanc ni rature, et signés par au moins un des co-présidents et un des co-secrétaires de séance ; ils sont retranscrits dans l'ordre chronologique, sur le registre des délibérations de l'association coté et paraphé par au moins un des co-président(e)(s).

Une feuille de présence est signée par tous les membres présents et représentés et certifiée exacte par un des co-présidents.

Assemblées Générales Extraordinaires [cf. : *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 14 – Assemblées Générales – 14.3 : Assemblée Générale Extraordinaire*]

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié des membres adhérents, le(s)/la Co-) Président(e)(s) peut (peuvent) convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, suivant les modalités prévues aux présents statuts.

Les modalités de convocation et de délibération sont les mêmes que pour l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du(des) co-Président(s) de l'Association est prépondérante. Chaque membre électeur bénéficie d'une voix. Le vote par procuration est autorisé dans la limite de deux pouvoirs par membre présent et du même collègue.

L'Assemblée Générale Extraordinaire a compétence pour procéder, sur proposition du/de la (des) (Co-)Président(e)(s), à la modification des statuts, à la dissolution de l'association et à la dévolution de ses biens (Titre V), à la fusion ou transformation de l'association et à la création d'une filiale, d'un fonds de dotation ou de toute autre structure ayant un lien direct avec l'association.

La dissolution de l'association est prise à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés, des collèges 1 et 2. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents ou représentés exige le scrutin secret.

Conseil d'administration

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité - Sanitaire - Médico- social - Social	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance (le cas échéant) ES, EHPAD, MSP...	Membre Actif ou Associé
AURAND Antonin	Pharmacien	Sanitaire	Vézénobres	Libéral	Membre actif
BASTIDE Dominique	Médecin retraité	Sanitaire	Alès	Hospitalier	Membre associé
CARRET Christine	Kinésithérapeute	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
DEVALLEZ Alain	Médecin Salarié	Sanitaire	Alès	Pôle Prévention Filiaris	Membre associé
DUCROS Anne-Lise	Orthophoniste	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
EPINAT Arnaud	Pharmacien	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
FISCHER Alice	Pharmacien	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
SALANOVA Amandine	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
PERRIER-SAUTEL Anne Lise	Médecin	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
RANCHOUX Cécile	Médecin	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
ROBERT Delphine	Kinésithérapeute	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
SAPEDE Elisabeth	Sage-femme retraîtée	Sanitaire	Alès	Protection Maternelle Infantile	Membre associée
NEMOZ-GAILLARD Emilie	Infirmière	Sanitaire	Mons	Libérale	Membre actif
CHARLET Eric	Dentiste	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
MOUCHOLI Ericka	Infirmière	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
BRASSEUR Estelle	Ergothérapeute	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
FONTI Fanny	Infirmière salariée	Sanitaire	Alès	Centre Hospitalier Alès-Cévennes	Membre actif
LEYNAUD Guilhem	Infirmier	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
JOUTARD Guillaume	Pharmacien	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
LAMARTI Hatim	Pharmacien Biologiste	Sanitaire	Alès	Inovie Labosud	Membre actif
BOGGINO Julia	Psychologue	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
AUBRY- LACHAINAYE Julie	Infirmière	Sanitaire	Mons	Libérale	Membre actif
CHALLENGE Julie	Diététicienne	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif

PERRE Laetitia	Orthophoniste	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
LAURES-GROS Magali	Médecin	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
MOTTART Mailys	Pharmacien	Sanitaire	Cendras	Libérale	Membre actif
HALLE Marie	Infirmière	Sanitaire	Saint-Hilaire-de-Brethmas	Libérale	Membre actif
PELISSIER Matthieu	Kinésithérapeute	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
BRAZA Mehdi	Médecin remplaçant	Sanitaire	Alès	Libéral	Membre actif
MOLIS Mélanie	Infirmière Asalee	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
GRANAT Nadège	Infirmière	Sanitaire	Alès	Libérale	Membre actif
LAURES Pauline	Pharmacien	Sanitaire	Rousson	Libérale	Membre actif
JACOB Valérie	Pharmacienne salariée	Sanitaire	Alès	Centre Hospitalier Alès-Cévennes	Membre associé
BONNEFOND Xavier	Médecin	Sanitaire	Bagard	Libéral	Membre actif

Fonctionnement / pouvoirs

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

Conseil d'Administration [cf. : Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 15 – Conseil d'Administration]

Pour faciliter le démarrage de la CPTS, un premier Conseil d'Administration a été constitué par les membres invités et présents à l'Assemblée Générale constitutive pour une durée de 3 ans. Il sera démissionnaire mais rééligible au terme.

L'association sera par la suite dirigée par un Conseil d'Administration composé à minima de 12 membres et pouvant aller jusqu'à 46 membres élus pour trois ans par l'Assemblée Générale. Le nombre maximum d'administrateurs peut être modifié par l'Assemblée Générale.

Les membres de l'association veillent à ce que chaque profession de santé soit correctement représentée, en cohérence avec leur rôle attendu sur le territoire. Ainsi le Conseil d'Administration sera réparti comme suit :

- **Collège 1** : Professionnels de santé du 1er Recours et 2e Recours libéraux (personnes physiques)
- **Collège 2** : Professionnels de santé salariés, retraités et professionnels du secteur médico-social ou social (personnes physiques)
- **Collège 3** : Structures du secteur sanitaire médico-social ou social, et notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements sanitaires ou médico-sociaux (personnes physiques ou morales)

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de vacance de poste, le Conseil d'Administration pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Les pouvoirs des membres remplacés prennent fin à

l'expiration du mandat des membres élus. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus proche élection en Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois, sur convocation du/de la (des) (co-)président(e)(s), ou à la demande écrite du quart de ses membres.

Les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation.

Le Président peut convoquer à ces réunions à titre consultatif toute personne dont la compétence serait utile à son fonctionnement ou à la prise de décision.

L'ordre du jour est fixé par le Président et/ou le Bureau et joint aux convocations qui devront être adressées par lettre ou par courriel aux membres au moins quinze jours avant la réunion. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Pour que le Conseil d'Administration puisse délibérer valablement, il faut un quorum d'au moins un quart des administrateurs, présents ou représentés, ayant voix délibérative.

Les décisions sont prises à majorité des voix ; en cas de partage, la voix du/de la (des) (co-) président(e)(s) est prépondérante. Le vote par procuration est autorisé dans la limite de 2 pouvoirs par membre présent et du même collège. Le vote par écrit et le vote électronique sont autorisés.

Par ailleurs, lesdites délibérations sont prises à mains levées. Toutefois à la demande du tiers au moins des administrateurs présents, les votes peuvent être émis à bulletin secret.

Il est également tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent pour lui-même et pour l'administrateur qu'il représente. Les délibérations et résolutions du Conseil d'Administration font l'objet de procès-verbaux qui sont inscrits sur le registre des délibérations du Conseil d'Administration et signés par le Président et/ou le vice-président et/ou le secrétaire.

Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Dans le cas où les membres ne peuvent pas être présents physiquement en cas circonstances exceptionnelles, il est possible que les réunions soient organisées en distanciel, les votes à distance seront ainsi valables.

En cas de démission ou de radiation, la personne perd immédiatement tous pouvoirs.

Pouvoirs : [cf. : Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 1 – Conseil d'Administration de l'Association – 15.1 Pouvoirs]

Outre les matières qui lui sont dévolues par les présents statuts, le Conseil d'Administration dispose d'une compétence générale pour toutes les matières intéressant l'Association et qui ne sont pas réservées à l'Assemblée générale.

Il délibère notamment sur :

- L'adoption du budget prévisionnel,
- Approuve le Règlement Intérieur,
- Les mesures relatives à la sortie d'un membre de l'Association, les éventuelles mesures d'exclusion ou de radiation, la gestion des membres du Bureau lequel doit rendre compte des actes de ses membres et de l'accomplissement de ses missions. En cas de suspicion de faute grave, il peut, à la demande des deux tiers de ses membres, convoquer une Assemblée Générale pour examiner l'action du Bureau et peut suspendre les membres du Bureau à la majorité des 2/3 des administrateurs présents,
- Toutes sollicitations auprès d'un établissement bancaire, de crédit ou tout autre tiers,

- Pour représenter la CPTS dans des instances officielles, cette fonction incombe à un membre du Bureau. A défaut de disponibilité, attribution d'un mandat clair de représentation à un ou plusieurs professionnels de santé membres du Conseil d'Administration pour la représenter.

À ce titre, le Conseil d'Administration de la CPTS donne délégation permanente au Bureau pour gérer et mettre en œuvre les actions délibérées, et notamment la mise en œuvre de son objet social.

Le Bureau en rend compte au Conseil d'Administration deux fois par an.

Bureau

Composition

NOM Prénom	Profession	Secteur Activité - Sanitaire - Médico-social - Social	Lieu d'exercice	Qualité (Vice-Président, trésorier adjoint...)	Membre Actif ou Partenai re
SALANOVA Amandine	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès	Co-Présidente	Membre actif
LAURES- GROS Magali	Médecin généraliste	Sanitaire	Alès	Co-Présidente	Membre actif
EPINAT Arnaud	Pharmacien	Sanitaire	Alès	Co-Président	Membre actif
JOUTARD Guillaume	Pharmacien	Sanitaire	Alès	Co-Trésorier	Membre actif
LAURES Pauline	Pharmacien	Sanitaire	Rousson	Co-Trésorière	Membre actif
GRANAT Nadège	Infirmière	Sanitaire	Alès	Co-Secrétaire	Membre actif
NEMOZ- GAILLARD Emilie	Infirmière	Sanitaire	Mons	Co-Secrétaire	Membre actif

Fonctionnement / pouvoirs

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

Le Bureau

Un 1^{er} bureau a été constitué pour les besoins de l'avancement des projets pour 3 ans, il sera démissionnaire mais rééligible au terme.

En tant qu'exécutif de l'association et par délégation du Conseil d'Administration, le Bureau assure le fonctionnement de la CPTS. Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration est autorisé dans la limite d'un pouvoir par membre présent. Le vote par écrit et le vote électronique sont autorisés. En cas d'égalité du nombre de voix exprimées, la voix du président est prépondérante. Les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation. Le Bureau délibère sur tous actes, contrats, marchés, achats, investissements, aliénations, et locations relatives au fonctionnement de l'Association (à partir d'un montant supérieur ou égal à 5000€).

Composition [cf. : Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 16 – Bureau de l'Association – 16.1 Composition]

Hormis la constitution du premier Bureau de l'Association « CPTS La Cévenole », le Conseil d'Administration élit en son sein, au scrutin secret, un Bureau composé de :

1. Soit un(e) Coprésidence (2 à 3 Co-Président(e)(s)) avec une ou sans Vice-Présidence. Soit un(e) Président(e) avec un(e) ou deux Vice(s) Président(e)(s)
2. Un(e) Trésorier(e) et un(e) Trésorier(e) Adjoint(e)
3. Un(e) Secrétaire et un(e) Secrétaire Adjoint(e)

Les membres du Bureau (au minimum 6) sont majoritairement des professionnels de santé libéraux tels que définis dans le Code de la Santé Publique issus du collège 1, dont au moins un médecin, un pharmacien et un infirmier. Le Bureau peut également être composé de 2 membres au maximum issus du collège 2. Les membres du collège 2 peuvent accéder au poste de trésorier, secrétaire et vice-président mais pas à la présidence qui est obligatoirement réservée au collège 1 (excepté le temps de l'intérim).

Les membres du Bureau sont élus pour trois ans et lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Les membres sortants sont rééligibles. Les fonctions de président et de trésorier ne sont pas cumulables. Les attributions et pouvoirs respectifs des membres du Bureau sont résumés ci-dessous :

Pouvoirs

Le(s)(la) président(e)(s) : [cf. : Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 16 – Bureau de l'Association – 16.2 Le(s)(la) Président(e)(s)] :

Le(s)(la) Président(e) assure la gestion quotidienne de l'association. Il agit au nom et pour le compte du Bureau et de l'association, et notamment :

- Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile, et possède tous pouvoirs à l'effet de l'engager.
- Il a qualité pour représenter l'association en justice, tant en demande qu'en défense. Il ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale.
- Il peut intenter toute action en justice pour la défense des intérêts de l'association, consentir toute transaction et former tout recours.
- Il convoque le Bureau et les Assemblées Générales, fixe leur ordre du jour, et préside leur réunion.
- Il est habilité à ouvrir et faire fonctionner, dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.
- Il exécute les décisions arrêtées par le Bureau.

- Il signe tout contrat d'achat ou de vente et, plus généralement, tous les actes et tous les contrats nécessaires à l'exécution des décisions du Bureau et des Assemblées Générales.
- Il ordonne les dépenses relatives au fonctionnement général de l'Association et payées par le Trésorier.
- Il procède au paiement des dépenses et à l'encaissement des recettes.
- Il présente les budgets annuels, et contrôle leur exécution.
- Il préside toutes les Assemblées Générales et les Conseils d'Administration. En son absence, le Conseil d'administration désigne un président de séance parmi les membres du Bureau.
- Il propose le règlement intérieur de l'association à l'approbation de l'Assemblée Générale.
- Il présente le rapport moral à l'Assemblée Générale annuelle.
- Il peut déléguer, par écrit, ses pouvoirs et sa signature ; il peut à tout instant mettre fin auxdites délégations.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre des pouvoirs ci-dessus définis devra être autorisé préalablement par l'assemblée générale statuant à la majorité simple. Il peut être assisté dans ses fonctions par un vice-président.

Le(s) Vice-Président(s) [cf. : *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 16 – Bureau de l'Association – 16.3 Le(s) Vice-Président(s)*] :

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

Il(s) peut(vent) agir sur délégation du Président de l'Association et sous son contrôle. Il(s) peut(vent) recevoir des attributions spécifiques, temporaires ou permanentes, définies par le Président de l'Association.

Il(s) peut(vent) remplacer le Président de l'Association en cas d'empêchement.

Il(s) assume(nt) l'intérim en cas de démission ou de décès du Président jusqu'à l'élection d'un nouveau Président, élu par le Conseil d'Administration.

Le(s) secrétaire(s) [cf. : *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 16 – Bureau de l'Association – 16.4 Le(s) Secrétaire(s)*] :

Le Secrétaire veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'association. Le Secrétaire, aidé de son adjoint(e), est chargé de tout ce qui concerne la correspondance et les archives. Il établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux des réunions du Bureau 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 Journal Officiel, dans le respect des dispositions légales ou réglementaires.

Il peut agir par délégation du Président et peut être assisté dans ses fonctions par un(e) vice-secrétaire.

Le(s)(la) trésorier(e)(s) [cf. : *Annexe 6 – « Statuts juridiques de l'Association » – Article 16 – Bureau de l'Association – 16.5 Le(s)(la) trésorier(e)(s)*] :

Le(s)(la) Trésorier(e)(s) établit (établissent), ou fait (font) établir sous son(leur) contrôle, les comptes annuels de l'association. Il(s)/Elle(e) procède(nt) à l'appel annuel des cotisations.

Il(s)/Elle(s) établit (établissent) un rapport financier, qu'il(s)/elle(s) présente(nt) avec les comptes annuels à l'Assemblée Générale ordinaire annuelle.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent), par délégation, et sous le contrôle du/des Président(e)(s), procéder au paiement des dépenses et à l'encaissement des recettes. Il tient une comptabilité probante de toutes les opérations tant en recettes qu'en dépenses.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent) être habilité(e)(s), par délégation du/des Président(e)(s) et sous son (leur) contrôle, à ouvrir et faire fonctionner dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent) être assisté(e)(s) dans ses (leurs) fonctions par un(e) vice-trésorier(e).

2 - Coordination des acteurs

Deux niveaux de coordination sont définis :

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

Description des MODALITES DE COORDINATION envisagées pour le FONCTIONNEMENT de la CPTS

Définition des missions de coordination (coordination interne et coordination externe), estimation du temps de coordination, recrutement d'un coordinateur, formation à la coordination ...

Pour le fonctionnement global de la CPTS, la coordination est une compétence indispensable. En partenariat avec l'association Reseda, en septembre 2022, une coordinatrice de la CPTS a été recrutée, sur une durée de travail à 1 ETP (35 heures hebdomadaires, 5 jours par semaine). Dans le cadre de la coordination de la CPTS la Cévenole :

- La CPTS la Cévenole assure le pilotage de la mission de coordination, elle définit les missions de la coordination, suit leur mise en œuvre et leur évaluation.
- Reseda assure le portage salarial de la mission de coordination de la CPTS La Cévenole (refacturé tous les trimestres à la CPTS).
- La coordinatrice de la CPTS la Cévenole est intégrée dans l'équipe de santé publique mutualisée.
- Le logo de la CPTS La Cévenole apparaît dans l'organigramme de l'équipe de santé publique mutualisée aux côtés des logos de Reseda et d'Alès Agglomération.

La coordinatrice assure la gestion des adhésions, de la comptabilité, des potentiels salariés notamment de l'éventuel coordinateur de parcours. De plus, elle pilote les missions (mise en œuvre des décisions des instances) :

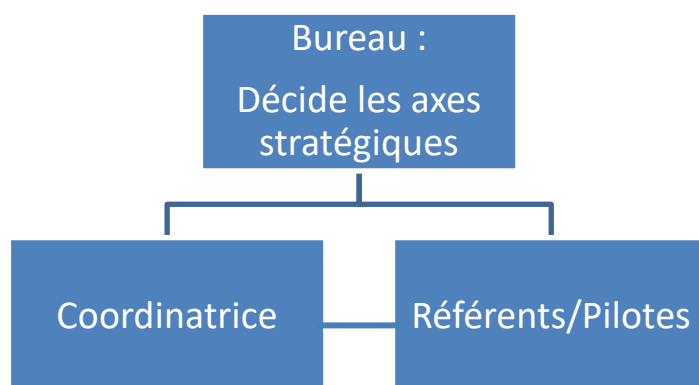


Figure 30 : Organigramme

La coordination nécessite des compétences particulières telles qu'élaborer, assurer la mise en œuvre opérationnelle, développer et construire des partenariats, évaluer, etc. Sous l'accord de l'équipe projet, la coordinatrice a actuellement intégré la Formation « Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe » (PACTE). Une qualification indispensable au bon déroulement de la coordination, et qui mènera à la reconduite du contrat de coordination pour le fonctionnement de la CPTS.

De plus, un **comité de pilotage de la CPTS La Cévenole** sera créé, regroupant les membres du Bureau, la coordinatrice de la CPTS, la coordination de parcours et les référents/pilotes désignés pour chacune des missions. Dès signature des ACI, ce comité se réunira au minimum 1 fois par an afin de structurer et coordonner l'ensemble des actions et vérifier leur déploiement.

Description des MODALITES DE COORDINATION au regard des MISSIONS RETENUES

SI et autres outils de coordination, réunions pluriprofessionnelles, protocoles pluriprofessionnels sur des problématiques identifiées, modalités de transmission des données de santé, supports de communication...

Le projet de création de la CPTS La Cévenole est en réflexion depuis 2019 mais a été en suspens à cause de la crise sanitaire de la Covid-19. Le travail en commun durant la crise sanitaire a fait re naître l'envie de monter ce projet innovant. Un premier groupe s'est formé en septembre 2021 pour aboutir à une Assemblée Générale constitutive le 25 janvier 2022. Durant le mois de mai 2022, une présentation de la CPTS a été organisée auprès de tous les acteurs de santé du territoire. Les premières réunions des groupes de travail ont suivi à partir du mois de juin 2022.

Puis, au mois de juillet 2022, la lettre d'intention a été déposée.

Cette dynamique a permis de créer une équipe pluriprofessionnelle engagée. Progressivement, de plus en plus de professionnels ont été mobilisés pour prendre part à l'élaboration du projet de santé.

A la suite du recrutement de la coordinatrice, les groupes de travail se sont réunis en vue d'élaborer les fiches actions. Pour chaque groupe de travail, un ou deux professionnels de santé ont été désignés référents (professionnel(s) membre(s) du Conseil d'Administration). Un maximum de professionnels a été mobilisé afin d'assurer une représentativité de chacune des professions et le travail de coordination en pluriprofessionnalité.

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

Au total, nous avons constitué 10 groupes de travail afin de décliner opérationnellement ces orientations stratégiques en les structurant autour des quatre missions socles et des deux missions complémentaires définies dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. Une vingtaine de réunions ont été organisées et plus de 300 participations ont été enregistrées sur la période allant de juin 2022 à mars 2023.

Afin de retranscrire au mieux les réflexions des professionnels et construire les fiches actions de la manière la plus précise, la coordinatrice se réunissait, après réunions, avec chaque référent des différents groupes de travail. Une fois rédigées, les fiches actions étaient soumises à l'équipe projet.

Ces temps d'échanges en pluriprofessionnalité ont permis dans une démarche inclusive d'élaborer le projet de santé tout en s'assurant d'être en adéquation avec les problématiques constatées sur le territoire de la CPTS La Cévenole.

Les groupes de travail seront chargés, en lien avec le Bureau, la coordinatrice de la CPTS et le comité de pilotage de mettre en œuvre opérationnellement les actions prévues dans le cadre des missions.

Une réflexion sera menée sur la meilleure façon de s'organiser : externalisation de certaines tâches (comptabilité, ...), rythme des réunions des groupes de travail en fonction des priorités et des actions à déployer, délégation de tâches, etc. Le but étant de prioriser un partage des responsabilités. Par ailleurs, l'équipe projet de la CPTS réfléchit au recrutement d'un ou plusieurs coordinateur(trice) de parcours, aux acteurs et partenaires à privilégier pour construire les différentes missions et les réaliser au mieux.

En équipe avec la coordination de parcours souhaitant être recrutée pour les missions de parcours, la coordinatrice de la CPTS devra suivre la mise en œuvre des actions retenues. Pour cela :

- Toutes les informations concernant les différentes actions seront transmises au Bureau ;
- Le comité de pilotage sera mis en place ;
- Le(s) pilotes(s) de chacun des différents groupes de travail sera chargé d'assurer le bon déroulement des actions (organisation instaurée durant l'élaboration des fiches actions)
- Les groupes de travail constitués lors de la rédaction des fiches actions participeront à la mise en œuvre de celles-ci.

3 - Systèmes d'information

Depuis le début du projet, le choix des différents outils numériques nécessaires au fonctionnement de la CPTS, à la diffusion d'informations et à la déclinaison opérationnelle des missions est au cœur de la réflexion des professionnels.

Nous souhaitons utiliser plusieurs outils puisqu'aucun ne couvre l'ensemble des fonctionnalités nécessaires au bon fonctionnement et à la gestion de l'association, la gestion du personnel, des indicateurs. Les membres de la CPTS envisagent d'utiliser plusieurs outils numériques notamment : un annuaire des acteurs, une messagerie sécurisée pour renforcer la communication interprofessionnelle.

Les outils de communication permettant à la CPTS d'informer l'ensemble des acteurs du territoire de ses travaux et des actions engagées seront mis en place progressivement : création du site internet de la CPTS La Cévenole, newsletters diffusées massivement auprès des acteurs du territoire. Concernant la communication générale de la CPTS, une charte graphique a été choisie, aux couleurs du logo de la CPTS La Cévenole.

Afin de partager et stocker l'ensemble des documents relatifs à la CPTS, nous avons créé un drive. Pour appréhender l'évolution du projet, un tableau de bord pourra être mis en place, ainsi que des outils permettant : le suivi des indicateurs de performances, le suivi du budget, le suivi des ACI, la gestion comptable, la gestion des adhésions et la gestion de formulaires destinés à suivre la satisfaction des professionnels/patients/usagers/aidants...

En termes de besoins, les professionnels ont d'ores et déjà exprimé les souhaits suivants :

- Espace de travail collaboratif : accessible seulement aux professionnels de santé membres de la CPTS, elle permettrait d'avoir une vision globale du projet, de pouvoir établir une liste de tâches nécessaires. Pour le suivi des parcours, il est envisagé de créer des arborescences numériques permettant d'accéder à chaque étape du parcours à toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de ces derniers. ;
- Agenda commun ;
- Outil permettant de choisir des dates de façon collaborative pour des réunions / ateliers ;
- Messagerie sécurisée entre professionnels de différentes structures,
- Interopérabilité ville / hôpital,
- Centralisation des plages de consultation sans rendez-vous des différents professionnels,
- Système d'alerte en cas d'hospitalisation et de sortie d'hospitalisation.

Intitulé de l'action	Besoins / Caractéristiques	Outil(s) déjà disponible(s) Oui / Non	Outil(s) à développer Oui / Non
SI pour la coordination et le pilotage du projet	Plateforme de travail collaborative, Système de gestion documentaire « cloud », Annuaire dynamique sécurisé (annuaire des acteurs : professionnels et structures), Agenda (calendrier des événements formations...), Site internet, newsletters, Messagerie instantanée et mail sécurisé, Système de visioconférence, Plateforme de coordination, Tableau de bord, Réseau social professionnel	Non	Oui
Mission 1	Agenda partagé, Système d'adressage des patients Outils de télémédecine Outils de repérage, Dépistage d'alerte Logiciel d'enquêtes et d'analyses de données	Non	Oui
Mission 2	Dossier de coordination	Non	Oui
Mission 3	Outils de design graphique	Non	Oui
Mission 4			
Mission 5	Outils de communication interprofessionnels	Non	Oui
Mission 6	Site internet	Non	Oui

En termes de points de vigilance, les professionnels ont d'ores et déjà identifié les éléments suivants :

- Risque de manque d'intérêt / d'investissement de certaines structures partenaires, certains professionnels en ce qui concerne les outils numériques, réduisant de facto l'intérêt de ces derniers en termes de collaboration,
- Risque de multiplication des outils, menant à une complexification et un risque de perte d'information (par manque d'interopérabilité et/ou par des difficultés d'utilisation de la part des professionnels), et un plus grand nombre de dysfonctionnements potentiels ;
- Difficulté à arriver à des consensus sur les orientations numériques avec des acteurs multiples et de « poids » différents (en particulier les Centres Hospitaliers),
- Risque de creuser les inégalités d'accès aux soins des populations en fonction de leurs compétences en numérique,
- Craintes autour de l'ergonomie des outils numériques, notamment ceux déployés de façon nationale et régionale.

Critères de sélection et descriptif des outils retenus par la CPTS

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

Une commission intitulée Information, Communication et E-Santé a été créée par la CPTS La Cévenole. Celle-ci est composée de professionnels de santé intéressés et compétents dans ce domaine. Mais également, ouverte aux professionnels des CPTS Entre Châtaigne et Micocoule, ECEGEC et la MSP de Saint-Martin-de-Valgagues. Nous souhaitons aussi nous mettre en lien avec le CHAC et la Clinique Bonnefon pour organiser des échanges d'informations (professionnels de santé sur le territoire, outils interopérables et solutions de télésanté possibles, ...). Le but étant de pouvoir transmettre les informations de la manière la plus fluide possible. Il est important de prendre connaissance des outils choisis par l'Hôpital pour assurer une bonne interopérabilité numérique et de ce fait, une meilleure coordination ville/hôpital. Utiliser des outils communs pratiques et fonctionnels avec les praticiens hospitaliers permettra de faciliter les échanges entre professionnels, le développement des solutions de téléexpertises...

La CPTS La Cévenole a des besoins en termes de système d'information, essentiels en vue d'assurer la mise en œuvre de toutes les missions. En ce sens, différents systèmes d'informations et outils numériques sont nécessaires pour répondre aux caractéristiques suivantes : interopérabilité, adaptation aux solutions mobiles, sécurité du système, sécurité et protection des données, évolution de l'outil possible en fonction des besoins de la CPTS, proposition d'ateliers pour la formation des professionnels de santé à l'utilisation d'un outil numérique.

Le but est d'inclure les professionnels de santé adhérents lors des rencontres avec les différents éditeurs de logiciels pour recourir aux outils numériques adaptés à nos besoins.

Les besoins de chaque CPTS et leur rythme de développement induisent des difficultés dans le choix des outils, dont l'offre est changeante, se multiplie et est en constante évolution, comme voulu par le volet numérique du Ségur¹³⁸.

¹³⁸ Ségur du numérique en santé.

4 - Budget prévisionnel

Le budget prévisionnel de la CPTS est présenté en 2 parties distinctes correspondant aux attendus du contrat qui sera signé avec l'Assurance Maladie :

- 1^{ère} partie : Fonctionnement général de la CPTS (pilotage, coordination et communication du projet)
- 2^{ème} partie : Fonctionnement de chaque mission

Une synthèse globale synthétique figure à la fin du budget.

Partie 1 **Fonctionnement général de la CPTS** **Elaboration, coordination, communication du projet**

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation, Pilotage, Construction du projet</i>	7 168 €
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	34 000 €
Honoraires consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	9 000 €
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	24 832 €
Total dépenses	75 000 €
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	
Ressources	
Assurance Maladie ACI <i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	75 000€
Ressources complémentaires <i>Facultatif</i>	
Total ressources	75 000€

Partie 2 **Fonctionnement de la mission "1"**
Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i>	68 798
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	28 000
Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	28 202
Total dépenses	125 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	90 000
ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	35 000
Ressources complémentaires <i>Facultatif</i>	
Total ressources	125 000

Partie 2 **Fonctionnement de la mission 2**
Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i>	58 400
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	28 000
Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	600
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	3 000
Total dépenses	90 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	45 000
ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	45 000
Ressources complémentaires <i>Facultatif</i>	
Total ressources	90 000

Partie 2 **Fonctionnement de la mission 3**
Moyens et résultats

		Dépenses
Indemnités des professionnels		29 840€
<i>Organisation et réalisation de la mission</i>		
Salaires		2 400€
<i>Coordinateur, secrétariat...</i>		
Honoraire consultant		1 200€
<i>Expertise, formation, comptabilité</i>		
Moyens matériels		1 560€
<i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>		
Total dépenses		35 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources		

ACI - Fonctionnement		17 500
<i>En fonction de la taille de la CPTS</i>		
ACI - Résultat		17 500
<i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>		
Ressources complémentaires		
<i>Facultatif</i>		
Total ressources		35 000€

Partie 2 **Fonctionnement de la mission 4**
Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i>	25 000€
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	20 000€
Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	
Total dépenses	45 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	45 000
ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	
Ressources complémentaires <i>Facultatif</i>	
Total ressources	45 000

Partie 2 **Fonctionnement de la mission 5**
Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i>	28 500€
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	
Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	1 500€
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	
Total dépenses	30 000
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

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

Partie 2 **Fonctionnement de la mission 6**
Moyens et résultats

Dépenses	
Indemnités des professionnels <i>Organisation et réalisation de la mission</i>	<input type="text"/>
Salaires <i>Coordinateur, secrétariat...</i>	<input type="text"/>
Honoraire consultant <i>Expertise, formation, comptabilité</i>	<input type="text"/>
Moyens matériels <i>Logiciel, location, publicité, formation...</i>	<input type="text" value="20 000"/>
Total dépenses	<input type="text" value="20 000"/>
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	

Ressources	
ACI - Fonctionnement <i>En fonction de la taille de la CPTS</i>	<input type="text" value="10 000"/>
ACI - Résultat <i>Fonction taille et atteinte des objectifs</i>	<input type="text" value="10 000"/>
Ressources complémentaires <i>Facultatif</i>	<input type="text"/>
Total ressources	<input type="text" value="20 000"/>

Dépenses	
Fonctionnement général <i>Elaboration, coordination, communication du projet</i>	75 000
Mission 1 A - Médecins traitant <i>Moyens et résultats</i>	90 762
Mission 1 B - Soins non-programmés <i>Moyens et résultats</i>	34 238
Mission 2 – Pluriprofessionnel <i>Moyens et résultats</i>	90 000
Mission 3 - Prévention <i>Moyens et résultats</i>	35 000
Mission 4 – Gestion de crise sanitaire <i>Moyens et résultats</i>	112 500
Total dépenses	487 500
Point de vigilance : Dépenses = Ressources	
Ressources	
Fonctionnement général <i>Elaboration, coordination, communication du projet</i>	75 000
Mission 1 A - Médecins traitant <i>Moyens et résultats</i>	90 762
Mission 1 B - Soins non-programmés <i>Moyens et résultats</i>	34 238
Mission 2 - Pluriprofessionnel <i>Moyens et résultats</i>	90 000
Mission 3 - Prévention <i>Moyens et résultats</i>	35 000
Mission 4 – Gestion de crise sanitaire <i>Moyens et résultats</i>	112 500

Total ressources 487 500

Pour un taux d'atteinte des résultats de 100%

5 - Planification du projet

Nous proposons la planification ci-dessous sous réserve de signer les ACI en septembre 2023. Au regard du cadre de contractualisation avec l'Assurance Maladie, nous prévoyons la planification suivante de déploiement des missions et de mise en œuvre des actions après la signature du contrat :

		Réalisation prévisionnelle		
Intitulé de l'action		Date de démarrage	Etapes <i>Facultatif</i>	Date de fin de déploiement
		Max 6 mois après signature		Max 18 mois après signature
Accès aux soins Médecin traitant	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Mars 2025
	Améliorer l'offre de soins de proximité et libérer du temps médical	Janvier 2024		Mars 2025
	Repérer les besoins des patients sans médecin traitant	Janvier 2024		Mars 2025

		Réalisation prévisionnelle		
Intitulé de l'action		Date de démarrage	Etapes <i>Facultatif</i>	Date de fin de déploiement
		Max 6 mois après signature		Max 18 mois après signature
Accès aux soins non-programmés	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Mars 2025
	Développer un outil de communication pour l'articulation entre SAS, SNP et les professionnels du territoire de la CPTS	Janvier 2024 (sous réserve du déploiement du SAS sur le territoire)		Mars 2025
	Valoriser le développement de la télémédecine avec outils connectés sur notre territoire	Février 2024		Mars 2025
	Développer les protocoles de	Février 2024		Mars 2025

	coopération de soins non programmés			
	Promouvoir l'éducation à l'accès à la santé	Décembre 2023		Mars 2025

Max 12 mois
après signature

Max 24 mois
après
signature

Actions d'organisation parcours pluriprofessionnel				
Parcours « Santé Mentale Adolescents »	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Septembre 2025
	Formaliser le parcours de soins du patient	Janvier 2024		Septembre 2025
	Promouvoir le Parcours Prise en Charge Psychologique des Adolescents	Mai 2024		Septembre 2025
	Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles	Septembre 2024		Septembre 2025
Parcours « Addictions »	Préparer le parcours	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Septembre 2025
	Formaliser le parcours de soins du patient	Mars 2024		Septembre 2025
	Promouvoir le parcours Sevrage Alcoolique Ambulatoire à Domicile	Septembre 2024		Septembre 2025
Parcours « Hospitalisation »	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Septembre 2025
	Optimiser la communication entre les professionnels de ville et les	Novembre 2023		Septembre 2025

	établissements de santé			
	Uniformiser les pratiques autour de l'hospitalisation des patients	Septembre 2024		Septembre 2025
	Encourager le dispositif PRADO existant sur notre territoire	Septembre 2024		Septembre 2025
Parcours « Dénutrition »	Préparer le parcours	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Septembre 2025
	Améliorer la coordination entre les acteurs du parcours	Décembre 2023		Septembre 2025
	Améliorer la prise en charge nutritionnelle	Mars 2024		Septembre 2025

Max 12 mois
après signature

Max 24 mois
après
signature

Actions coordonnées de prévention	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Septembre 2025
	Relayer des actions de prévention existantes aux différents échelons : mondial, national, régional, départemental et local	Novembre 2023		Septembre 2025
	Coconstruire en pluridisciplinarité des actions de prévention et de dépistage en fonction des différentes thématiques choisies	Janvier 2024		Septembre 2025
	Promouvoir l'éducation à la santé	Mars 2024		Septembre 2025

Max 6 mois après signature
(sous réserve de la mise à disposition de la trame nationale)

Max 18 mois
après
signature

Actions de participation à la gestion de crise sanitaire	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		Mars 2025
	Intégrer l'expertise en santé aux différentes cellules e coordination du plan de gestion des crises existantes	Janvier 2024		Mars 2025
	Ré-évaluer annuellement les fiches actions selon les retours d'expériences	Janvier 2025		Mars 2025

Pas de délai particulier

Pas de délai particulier

<i>Qualité et pertinence des soins</i>	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		
	Faciliter la communication interprofessionnelle	Octobre 2023		
	Analyser et harmoniser les pratiques des professionnels	Octobre 2024		

Pas de délai particulier

Pas de délai particulier

<i>Accompagnement des professionnels de santé</i>	Préparer l'action	Dès signature des ACI (Septembre 2023)		
	Fédérer les professionnels de santé sur le territoire	Septembre 2024		
	Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels de santé sur le territoire de la CPTS	Janvier 2025		
	Promouvoir l'attractivité du territoire	Septembre 2024		

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

Nom, Prénom, fonction : Salanova Amandine, Co-Présidente

Date de la signature : Le 13/04/2023

Signature :



Nom, Prénom, fonction : Laurès-Gros Magali, Co-Présidente

Date de la signature : Le 13/04/2023

Signature :



Nom, Prénom, fonction : Epinat Arnaud, Co-Président

Date de la signature : Le 13/04/2023

Signature :



Annexes

L'outil web REZONE CPTS

rapport sur votre projet généré en ligne le 14/10/2022

I - LE TERRITOIRE

Les indicateurs proposés ci-après identifient les spécificités du territoire et les caractéristiques essentielles de sa population. Les indicateurs calculés sur la population consommante sont disponibles pour les codes communes ramenant au moins 50 consommateurs dans la base de données.

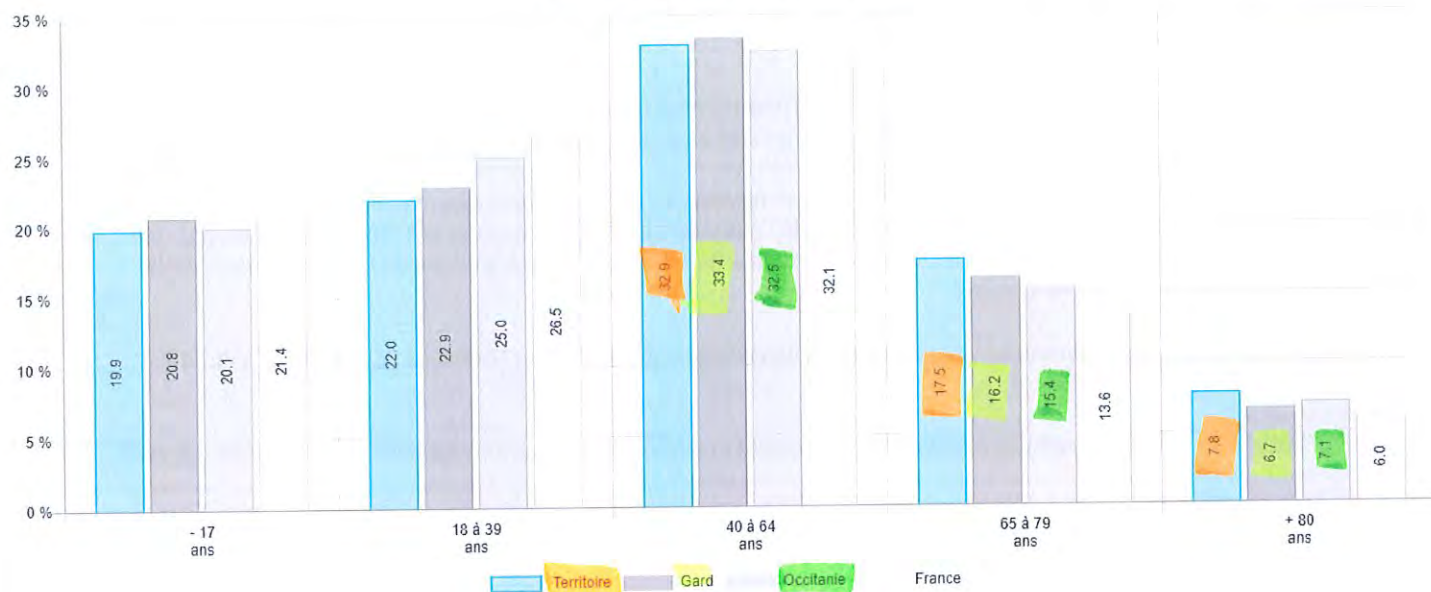
[En détails](#)

Communes retenues	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage Médecin spécialiste en médecine générale Zones sous-denses (ZIP / ZAC)
GARD				
Aigremont	30002	777	0	ZAC
Alès	30007	41 837	1	-
Anduze	30010	3 327	1	ZAC
Bagard	30027	2 556	0	ZAC
Boisset-et-Gaujac	30042	2 552	0	ZAC
Brouzet-lès-Alès	30055	671	0	ZAC
Cassagnoles	30071	395	0	ZAC
Cendras	30077	1 715	0	-
Deaux	30101	651	0	ZAC
Domessargues	30104	743	0	ZAC
Généralgues	30129	694	0	ZAC
Les Plans	30197	273	0	ZAC
Lédignan	30146	1 481	0	ZAC
Martignargues	30158	432	0	ZAC
Maruéjols-lès-Gardon	30160	261	0	ZAC
Massanes	30161	201	0	ZAC
Maressargues	30163	170	0	ZAC
Mons	30173	1 725	0	ZAC
Montagnac	30354	200	0	ZAC
Monteils	30177	656	0	ZAC
Moulézan	30183	665	0	ZAC
Méjannes-lès-Alès	30165	1 195	0	-

Ners	30188	710	0	ZAC
Ribaute-les-Tavernes	30214	2 113	0	ZAC
Rousson	30223	4 251	0	ZAC
Saint-Bénézet	30234	284	0	ZAC
Saint-Christol-lez-Alès	30243	7 055	0	ZAC
Saint-Césaire-de-Gauzignan	30240	386	0	ZAC
Saint-Hilaire-de-Brethmas	30259	4 503	0	ZAC
Saint-Hippolyte-de-Caton	30261	233	0	ZAC
Saint-Jean-du-Pin	30270	1 517	0	-
Saint-Julien-les-Rosiers	30274	3 401	0	ZAC
Saint-Just-et-Vacquières	30275	315	0	ZAC
Saint-Martin-de-Valgalgues	30284	4 497	0	-
Saint-Paul-la-Coste	30291	291	0	-
Saint-Privat-des-Vieux	30294	5 275	0	ZAC
Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille	30298	503	0	ZAC
Saint-Étienne-de-l'Olm	30250	405	0	ZAC
Savignargues	30314	235	0	ZAC
Seynes	30320	159	0	ZAC
Soustelle	30323	122	0	ZIP
Vézénobres	30348	1 816	0	ZAC
Totaux	42 commune(s)	101 248 habitants	2 QPV*	36 sur 42

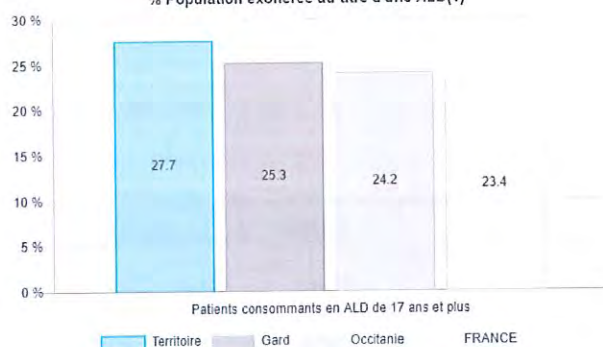
* Plusieurs communes peuvent se partager un même QPV ce qui peut surévaluer le total présenté.

Répartition des habitants par tranche d'âge

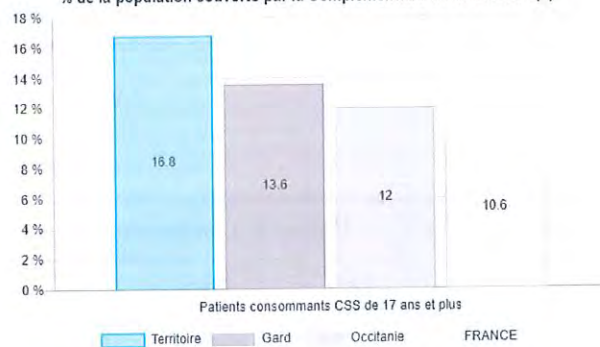


Données INSEE (MAJ 2022 - Recensement 2019)

% Population exonérée au titre d'une ALD(1)



% de la population couverte par la Complémentaire santé solidaire(2)



(1) Pourcentage de la population ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

(2) Pourcentage de la population couverte par la CSS (contrat CSS au moins 1 jour dans la période de référence) parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Commune(s) neutralisée(s) : Massanes, Maressargues, Les Plans, Montagnac

Indicateur : 17 ans et plus ayant la CSS

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 9.5 %

II - INDICATEURS MISSIONS DES CPTS

Au titre des missions dévolues aux CPTS, figurent l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation de parcours pluri-professionnels et le développement des actions territoriales de prévention. Les indicateurs ci-après permettent de concrétiser ces missions.

Les données affichées relatives à la population sont issues de l'INSEE Maj Janvier 2019 (cf recensement 2016).

Les données affichées relatives à la consommation de soins sont arrêtés à Sept 2019 et sont issues du système d'information de l'assurance maladie (SNDS/DCIR/SNIIRAM).

Ces sources et périodes de référence différentes peuvent générer des écarts entre les données de population affichées (INSEE) et les données de consommation de soins affichées (données de l'assurance maladie). En outre, des facteurs externes peuvent accentuer ces écarts : mouvements démographiques et économiques au sein des différentes communes , situations de droit spécifiques pour certains bénéficiaires de soins.

Les indicateurs calculés sur la population consommante sont disponibles pour les codes communes ramenant au moins 50 consommateurs dans la base de données.

Les données relatives à l'activité hospitalière (passage aux urgences et admissions directes en service médecine) sont issues de l'ATIH.

Les ratios et dénombrements sont affichés dès lors que les populations ciblées sont constituées d'au moins 11 individus statistiques dans le respect des exigences de la CNIL.

Accès aux soins

Population consommante non couverte par un médecin traitant

Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	85 313	634 100	4 971 108	54 449 668	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	11.3%* 9 615 pat.	11.3%	11.1%	11.4%	0	0.2	-0.1
Commune(s) neutralisée(s) : 2.4 % (Maressargues)							
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et en ALD	1.6%* 1 191 pat.	1.3%	1.3%	1.2%	0.3	0.3	0.4
Commune(s) neutralisée(s) : 59.5 % (Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Deaux, Domessargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Jean-du-Pin, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS	3%* 2 338 pat.	1.9%	1.7%	1.5%	1.1	1.3	1.5
Commune(s) neutralisée(s) : 54.8 % (Aigremont, Cassagnoles, Deaux, Domessargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Méjannes-lès-Alès, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							

Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
70 ans et plus (nombre)	19 438	130 833	1 018 874	10 024 659	-	-	-
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	5.8%* 967 pat	5.9%	6.2%	5.8%	-0.1	-0.4	0

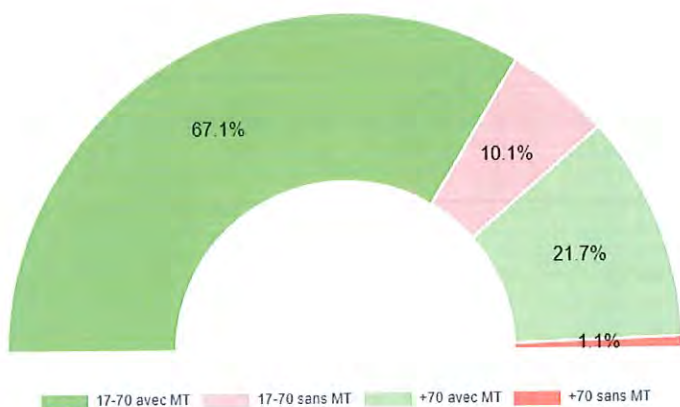
Commune(s) neutralisée(s) : 69 %
(Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Méjannes-lès-Alès, Montels, Moulézan, Ners, Les Plans, Ribaute-les-Tavernes, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Jean-du-Pin, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Vézénobres, Montagnac)

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

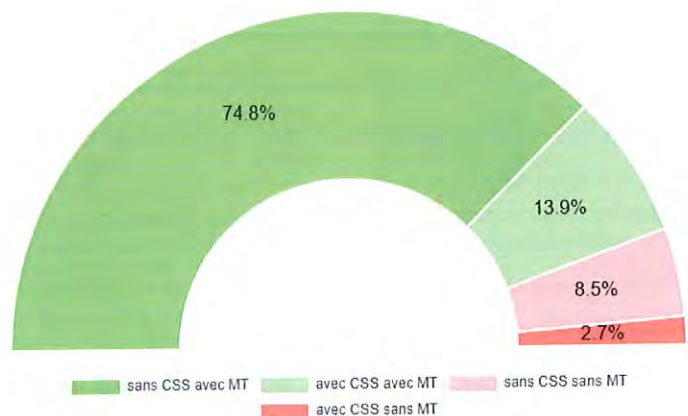
(4) Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (qd difficultés d'accès aux soins)

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

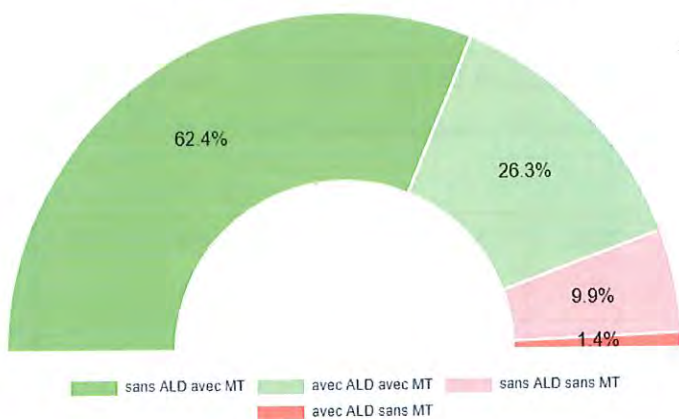
Médecin traitant répartition des 17 ans et plus



CSS et Médecin Traitant répartition des 17 ans et plus



ALD et Médecin Traitant répartition des 17 ans et plus



Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommateurs du territoire)

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

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
27 21 926 pat.	22	21.4	22.2	5	5.6	4.8

source ATIH (Année 2019)

Admissions directes en service médecine

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

Commune(s) neutralisée(s) : Cassagnoles, Deaux, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Moulézan, Les Plans, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 38,1 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
42,4% 2 607 pat.	52,2%	49,5%	40,8%	-9,8	-7,1	1,6

source ATIH (Année 2019)

Parcours de soins

Prévalence des Pathologies dans la population consommante

Pathologies Patients consommateurs(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée (6)							
Diabète de type 1 et diabète de type 2	5.6%* 5 841 pat.	5.2%	4.8%	5.1%	0.4	0.8	0.5
Commune(s) neutralisée(s) (Cassagnoles, Maressargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4.2%* 4 319 pat.	3.8%	3.9%	3.7%	0.4	0.3	0.5
Commune(s) neutralisée(s) (Cassagnoles, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Les Plans, Seynes, Soustelle, Montagnac)							
Affections psychiatriques de longue durée	3.3%* 3 405 pat.	2.8%	2.8%	2.4%	0.5	0.5	0.9
Commune(s) neutralisée(s) (Cassagnoles, Deaux, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Paul-la-Coste, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							
Maladie coronaire	2.9%*	2.6%	2.6%	2.2%	0.3	0.3	0.7

Pathologies Patients consommants(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
	2 992 pat.						
Commune(s) neutralisée(s) (Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	2.8%* 2 933 pat.	2.4%	2.4%	2.2%	0.4	0.4	0.6
Commune(s) neutralisée(s) (Cassagnoles, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Maressargues, Moulézan, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac)							

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

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

Prévention

Polymédication continue

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

Commune(s) neutralisée(s) : Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 26.2 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17.7% 4 621 pat.	16%	15%	16.4%	1.7	2.7	1.3

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Traitement par psychotrope

Rapport entre le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant eu au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes, remboursés avec une date identique de prescription et le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Bagard, Boisset-et-Gaujac, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Lédignan, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Méjannes-lès-Alès, Mons, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Ribaute-les-Tavernes, Rousson, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Jean-du-Pin, Saint-Julien-les-Rosiers, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Vézénobres, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 85.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
5.1% 302 pat.	4.7%	5.6%	5.3%	0.4	-0.5	-0.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Traitement par benzodiazepine anxiolytique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à 4 délivrances au moins de BZD anxiolytique sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD anxiolytique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) : Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Deaux, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Méjannes-lès-Alès, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 54.8 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
20.9% 1 227 pat.	19.3%	19.4%	18%	1.6	1.5	2.9

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Traitement par benzodiazepine hypnotique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à plus de 28 unités de BZD hypnotique délivrées sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD hypnotique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 59.5 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
50.5% 1 085 pat.	46.7%	48%	46.6%	3.8	2.5	3.9

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Antibiorésistance

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

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
38% 11 511 pat.	37.6%	38.8%	36.3%	0.4	-0.8	1.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Antibiorésistance chez les enfants de moins de 4 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3ème ou 4ème génération prescrite par le médecin traitant et le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance d'antibiotique prescrite par le médecin traitant

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Boisset-et-Gaujac, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Méjannes-lès-Alès, Mons, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Vézénobres, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 71.4 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
28.1% 451 pat.	26.1%	26.5%	25.4%	2	1.6	2.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Antibiorésistance chez les enfants de plus de 4 ans et des moins de 16 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrits par le médecin traitant et le nombre d'enfants de 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance d'antibiotique prescrite par le médecin traitant

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Méjannes-lès-Alès, Mons, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 66.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
14.3% 550 pat.	13.8%	14.7%	13.9%	0.5	-0.4	0.4

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Dépistage Cancers : Sein

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

Commune(s) neutralisée(s) : Soustelle

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 2.4 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
60.3% 11 309 pat.	59%	60.1%	61.6%	1.3	0.2	-1.3

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés) et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années en ville ou en consultation externe à l'hôpital (FIDES) ou dans les 4 dernières années à l'hôpital (historique disponible PMSI)

Commune(s) neutralisée(s) : Mauressargues

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 2.4 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
28.6% 8 315 pat.	28%	29.9%	32.3%	0.6	-1.3	-3.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Dépistage Cancers : Col de l'utérus

Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années (remboursement acte CCAM/biologie ou prestations ciblées) et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
48.7% 12 904 pat.	52%	55%	51.8%	-3.3	-6.3	-3.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Prévention - Vaccination

Vaccination contre la grippe saisonnière

Rapport entre la population consommante des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière (au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal) et la population de plus de 65 ans

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
59.8% 15 978 pat.	58%	57.9%	58.6%	1.8	1.9	1.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2021 au 31/12/2021)

Vaccination contre la grippe saisonnière : Personnes à Risque

Rapport entre la population consommante de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) avec au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal et la population de 16 à 64 ans relevant soit avec d'une ALD ciblée, soit ayant eu au moins 4 délivrances de médicaments de la classe R03 (Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires) (données recueillies pour le régime général hors Sections Locales de Sécurité Sociale)

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Cassagnoles, Deaux, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Méjannes-lès-Alès, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 57.1 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
35.6% 1 458 pat.	33.6%	33.6%	34.2%	2	2	1.4

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2021 au 31/12/2021)

Vaccination contre la Rougeole/Oreillons/Rubéole

Part des patients consommateurs de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR

Rapport entre le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Monteils, Moulézan, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 59.5 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
79.6% 634 pat.	80.3%	81.4%	83.8%	-0.7	-1.8	-4.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Vaccination contre le méningocoque C

Part des patients consommateurs de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C

Rapport entre le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu au moins une délivrance de vaccin depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 15-26 mois ayant eu a moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Commune(s) neutralisée(s) : Aigremont, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Monteils, Moulézan, Ners, Les Plans, Saint-Bénézet, Saint-Césaire-de-Gauzignan, Saint-Étienne-de-l'Olm, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 61.9 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
95.9% 745 pat.	95.8%	95.7%	96.4%	0.1	0.2	-0.5

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Examen buco-dentaire chez les moins de 16 ans

Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois et le nombre d'enfants de moins de 16 ans

Commune(s) neutralisée(s) : Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Mauressargues, Les Plans, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Paul-la-Coste, Savignargues, Seynes, Soustelle, Montagnac

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 23.8 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
71.4% 3 431 pat.	72.7%	74.8%	71.5%	-1.3	-3.4	-0.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

III - OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

L'organisation et la coordination pluri-professionnelle sont au cœur du dispositif des CPTS.

Les indicateurs ci-après permettent de recenser les professionnels de santé de ville et les acteurs sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux présents sur le territoire à même de partager cette approche populationnelle.

Démographie Professions de Santé

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Spécialités médicales			
Tous les méd. spéc. en méd. générale	79	40	15
dont Médecin MEP	8	7	3
Tous les méd.	84	25	9

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
spéc. hors méd. générale			
Spécialité Sage femme			
Sage Femme	13	1	1
Spécialité(s) ciblée(s) hors médecine générale			
Santé Pub./méd. sociale	0	0	0
Rhumatologue	4	2	1
Radiothérapeute	0	0	0
Radiodiag./Imagerie Méd.	14	7	1
Psychiatre Neuro Psych.	5	1	1
Pneumologue	4	1	1
Pédiatre	2	0	0
Oto Rhino Laryngologue	2	0	0
Ophthalmologue	9	1	0
Neurologue	0	0	0
Néphrologue	0	0	0
Médecin Vasculaire	1	1	0
Médecin gériatrie	1	0	0
Méd. Physique/Réadapt.	0	0	0
Méd. maladies infec. trop.	0	0	0
Méd. d'urgence	0	0	0
Méd. de Médecine Nuclé.	0	0	0
Méd. Anato. Cyto. Patho.	2	0	0
Interniste	1	0	0
Gynécologue	6	4	2
Gastro entéro./Hépatho.	3	1	0
Endocrinologue	2	1	0
Dermatologue	1	0	0
Chirurgien	8	1	1
Cardiologue	10	2	0
Anesthésiste	7	2	1
Allergologue	1	0	0
Spécialités dentaires			

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Chirurgien Dentiste	71	18	5
Chirurgien dentaire - Spe. O.D.F.	6	2	0
Stomatologue	1	1	1
Auxiliaires médicaux			
Infirmier	298	27	6
Masseur Kinésithérapeute	118	12	9
Orthophoniste	37	9	2
Orthoptiste	7	2	0
Pédicure Podologue	17	2	0
Pharma./Labo.			
Pharmacie	37	-	-
Laboratoire	6	-	-
Fournisseurs/Transp.			
Tran. sanitaires/Taxis conventionné	54	-	-
Fournisseur	59	-	-

(7) Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées)

Données SNDS (Aout 2022)

Activité

Les données d'activité proposées ci-après sont disponibles en présence d'au moins 5 professionnels de même spécialité dans chaque commune de la CPTS projetée.

Le tableau ci-dessous renseigne sur la nature et le taux de neutralisation des données liés aux exigences de la CNIL

Nombre de PS par commune et par catégorie en activité

Commune	Médecin spécialiste en méd. générale	Infirmier	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Orthoptiste
Aigremont	-	1	-	-	-
Alès	39	97	54	20	4
Anduze	5	16	6	3	-
Bagard	3	3	4	-	-
Cendras	2	6	1	-	-
Cassagnoles	-	-	-	-	-
Brouzet-lès-Alès	-	3	-	-	-
Boisset-et-Gaujac	1	4	6	-	1

Commune	Médecin spécialiste en méd. générale	Infirmier	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Orthoptiste
Deaux	-	1	1	-	-
Domessargues	-	3	-	-	-
Lédignan	2	5	2	-	-
Généralgues	-	-	-	-	-
Martignargues	-	1	-	-	-
Maruéjols-lès-Gardon	-	-	-	-	-
Massanes	-	1	-	-	-
Maressargues	-	1	-	-	-
Méjannes-lès-Alès	1	3	1	-	-
Mons	-	6	1	-	-
Moulézan	1	-	-	-	-
Les Plans	-	-	-	-	-
Ners	-	3	-	-	-
Monteils	-	-	1	-	-
Ribaute-les-Tavernes	1	3	1	-	-
Saint-Bénézet	-	-	-	-	-
Rousson	2	14	1	1	-
Saint-Césaire-de-Gauzignan	-	1	-	-	-
Saint-Christol-lez-Alès	6	45	7	2	-
Saint-Étienne-de-l'Olm	-	-	-	-	-
Saint-Hippolyte-de-Caton	-	-	-	-	-
Saint-Jean-du-Pin	2	16	1	-	-
Saint-Hilaire-de-Brethmas	4	12	3	1	-
Saint-Julien-les-Rosiers	1	7	8	1	-
Saint-Privat-des-Vieux	2	14	9	5	2
Saint-Paul-la-Coste	-	-	-	-	-
Saint-Martin-de-Valgalgues	-	9	2	-	-
Saint-Just-et-Vacquières	-	-	-	-	-
Seynes	-	-	-	-	-
Soustelle	-	-	-	-	-
Vézénobres	4	7	4	1	-
Savignargues	-	-	-	-	-
Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille	-	1	-	-	-
Montagnac	-	1	-	-	-

Données SNDS (Aout 2022)

Médecin spécialiste en méd. générale : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 34.2 %
 26 commune(s) sans activité et 13 commune(s) neutralisée(s) : 26 sur 76 Prof. non pris en compte*

Infirmier : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 10.6 %
 14 commune(s) sans activité et 15 commune(s) neutralisée(s) : 30 sur 284 infirmier(s) non pris en compte*

Masseur Kinésithérapeute : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 20.4 %
 23 commune(s) sans activité et 13 commune(s) neutralisée(s) : 23 sur 113 kiné. non pris en compte*

Orthophoniste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 26.5 %
 34 commune(s) sans activité et 6 commune(s) neutralisée(s) : 9 sur 34 ortho. non pris en compte*

Orthoptiste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 100 %
 39 commune(s) sans activité et 3 commune(s) neutralisée(s) : 7 sur 7 orthop. non pris en compte*

Nombre de patients par professionnel

Rapport entre la patientèle totale par catégorie, par entité géographique observée et le nombre de PS par catégorie présents sur cette même entité

Catégorie	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.
Médecins spécialistes en médecine générale	1592*	1691	1656	1703
Infirmiers	189*	256	296	378
Masseur-kinésithérapeute	263*	237	227	213
Orthophonistes	82*	76	73	76
Orthoptistes	0*	401	665	809

Données SNDS (Aout 2022)

Actes / coefficients

Rapport entre l'activité totale exprimée en nombre d'actes et/ou coefficients par catégorie professionnelle et par entité géographique observée et le nombre de PS par catégorie présents sur cette entité

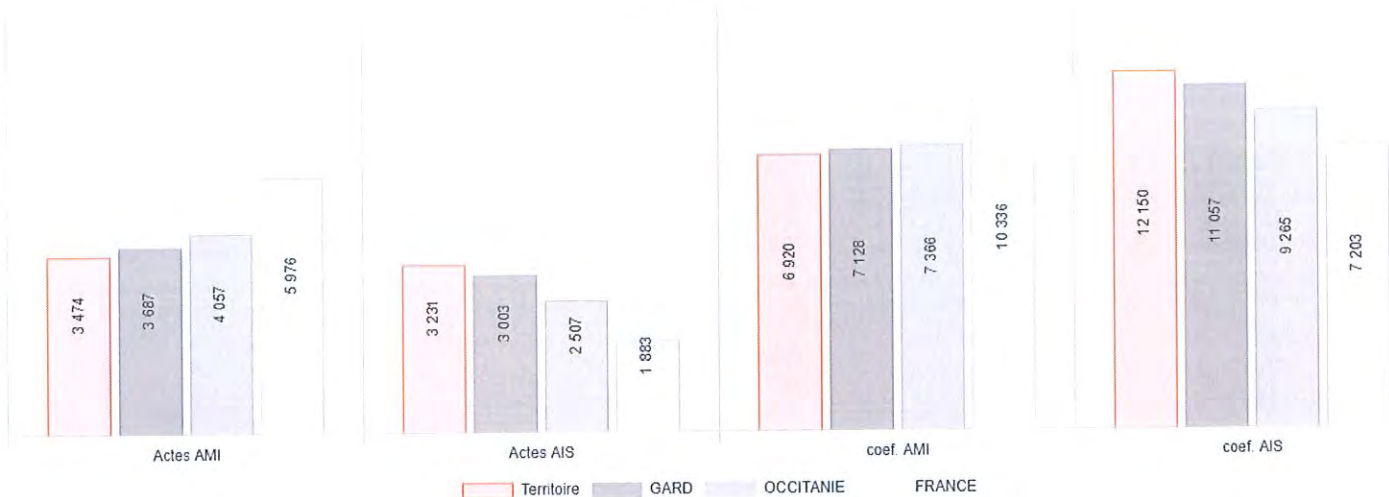


Données SNDS (Aout 2022)

Actes cliniques : Consultations + Visites

Actes techniques : Chirurgie + Echographie + Imagerie

Activité Infirmier

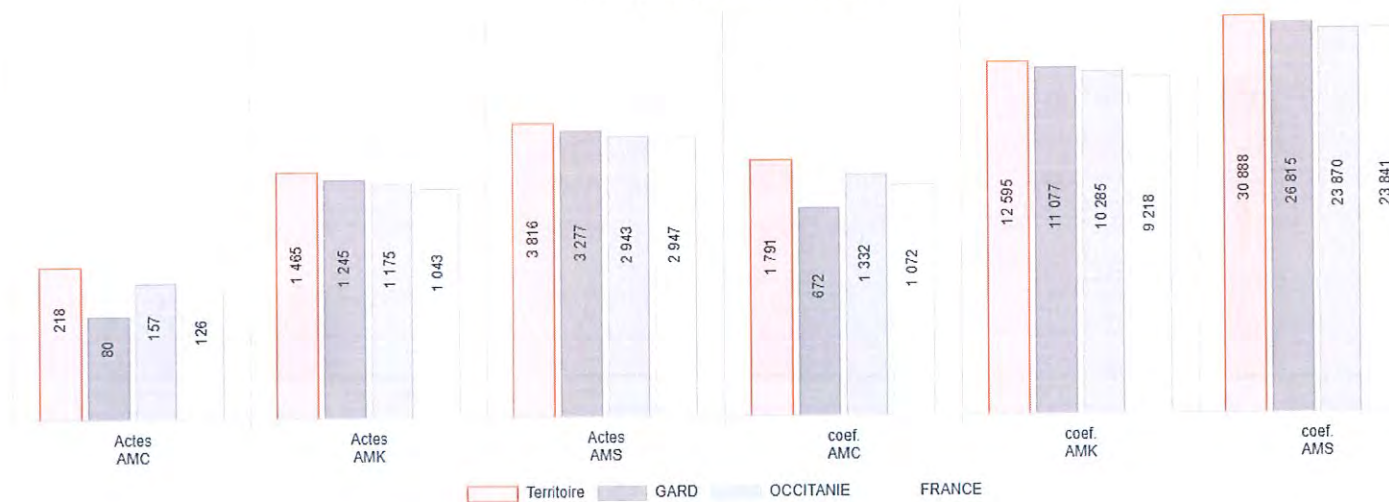


Données SNDS (Aout 2022)

AMI : Actes autres que les AIS

AIS : Actes infirmiers de soins

Activité Masseur-kinésithérapeute



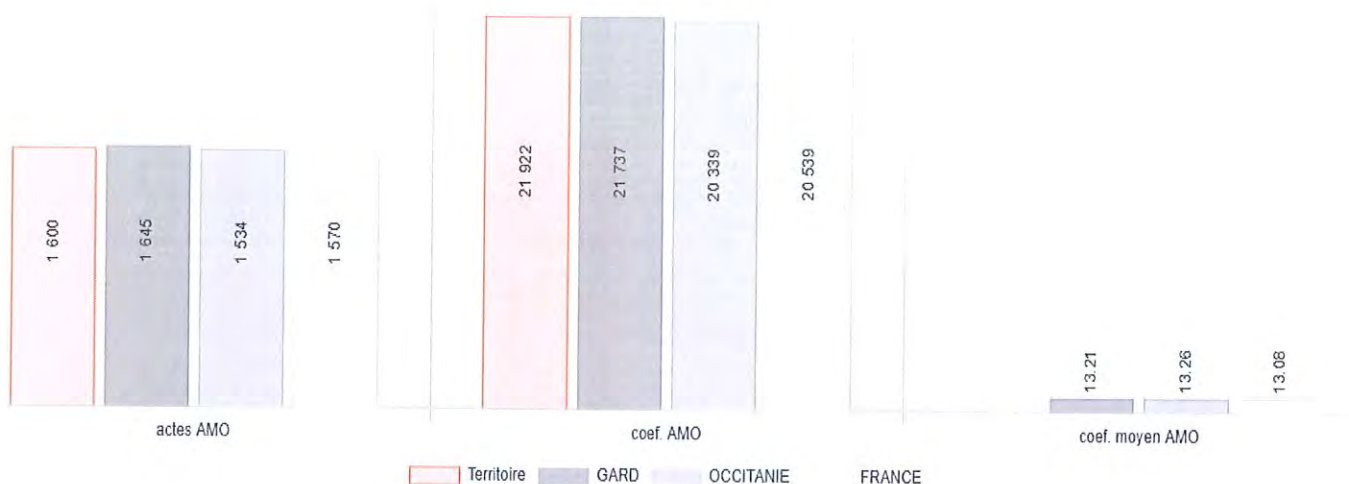
Données SNDS (Aout 2022)

AMC : Actes pratiqués dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile

AMK : Actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade

AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques

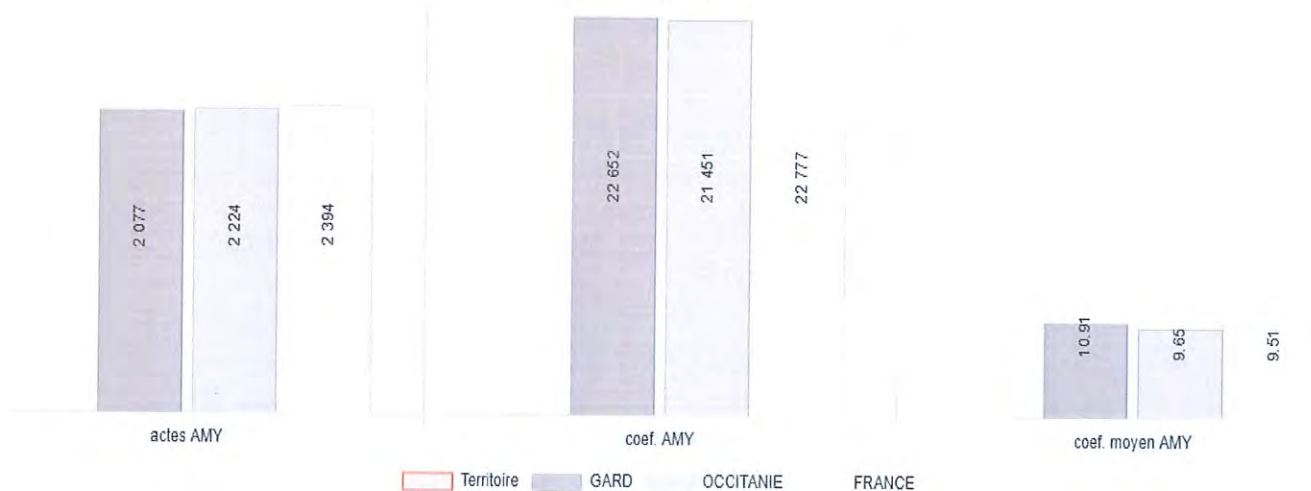
Activité Orthophoniste



Données SNDS (Aout 2022)

AMO : Acte médical d'orthophonie

Activité Orthoptiste



Données SNDS (Aout 2022)

AMY : Acte médical d'orthoptie

Structures ciblées dans le focus

Dénombrement des structures de soins par commune

Structures sélectionnées Entités géographiques	Sur le territoire	Sur les communes
Sanitaires		
Centre hospitalier	3	Alès (3)
Centre hospitalier régional universitaire/régional	0	
Centres de dialyse & Structures alternatives aux centres	2	Alès (2)
Centres de santé dentaires	3	Alès (3)

Structures sélectionnées Entités géographiques	Sur le territoire	Sur les communes
Centres de santé infirmiers	0	
Centres de santé médicaux	0	
Centres de santé non typés eCDS-ATIH	0	
Centres de santé polyvalents	3	Alès (2) Saint-Martin-de-Valgalgues (1)
Clinique	1	Alès (1)
Entité du centre hospitalier régional universitaire/régional	0	
Hopital de proximité	0	
Hospitalisation à domicile	1	Alès (1)
Hôpital d'Instruction des Armées	0	
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	0	
Soins de suite et de réadaptation	1	Saint-Privat-des-Vieux (1)
Médico-social		
Centre d'accueil/Accompagnement Réduction Risques Usages Drogues	0	
Centre d'action médico-sociale précoce	1	Alès (1)
Centre médico-psycho-pédagogique	3	Alès (1) Anduze (1) Saint-Christol-lez-Alès (1)
Centre soins accompagnement prévention addictologie	1	Alès (1)
Etablissement d'hébergement pour personne âgée	0	
Etablissement et service d'aide par le travail	1	Alès (1)
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	16	Alès (5) Anduze (2) Bagard (1) Cendras (1) Boisset-et-Gaujac (1) Lédignan (1) Rousson (1) Saint-Christol-lez-Alès (1) Saint-Hilaire-de-Brethmas (1) Saint-Privat-des-Vieux (1) Saint-Martin-de-Valgalgues (1)
Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	0	
Foyer d'accueil médicalisé	0	
Institut d'éducation motrice	0	
Institut médico-éducatif	7	Alès (5) Boisset-et-Gaujac (1) Saint-Privat-des-Vieux (1)
Institut thérapeutique	1	Alès (1)
Maison d'accueil spécialisée	1	Saint-Privat-des-Vieux (1)

Structures sélectionnées Entités géographiques	Sur le territoire	Sur les communes
Service d'accompagnement à la vie sociale	3	Alès (3)
Service d'aide et d'accompagnement à domicile	9	Alès (4) Anduze (1) Mons (3) Saint-Christol-lez-Alès (1)
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile	4	Alès (3) Anduze (1)
Services d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés	1	Alès (1)
Services de Soins Infirmiers à Domicile	5	Alès (3) Anduze (1) Saint-Christol-lez-Alès (1)
Social		
Centre d'hébergement d'urgence	1	Alès (1)

Source : data.gouv.fr - FINESS Géographique (au 07/09/2022)

Le diagnostic territorial est un élément nécessaire dans l'élaboration du projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Le rapport ci-dessus proposé permet d'apporter certaines réponses en termes de caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population, d'offre et de dispensation de soins.

Il permet aussi d'identifier le territoire d'action de la communauté en cohérence avec celui des autres communautés, les besoins de la population, les actions à mettre en œuvre pour y répondre.

Pour autant, il peut être complété et enrichi et mérité d'être concerté avec l'ensemble des acteurs concerné par le projet y compris les représentants institutionnels qui vont être en charge de la validation du projet de santé et de la labellisation future de la CPTS.

Dans cette phase de diagnostic territorial et d'élaboration du projet de santé qui précède la phase de contractualisation, les communautés professionnelles peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier. Les interlocuteurs des Délégations Départementales des Agences Régionales de Santé et ceux désignés au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (Délégués de l'Assurance Maladie/ Référent des Organisations Coordonnées) peuvent accompagner, conseiller les porteurs de projet à toutes les étapes de la démarche de constitution d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

<http://rezonecpts.ameli.fr>



Service émetteur : Direction des projets - Pôle "Études et statistiques"

Courriel : ars-oc-ddp-statistiques@ars.sante.fr

Date : 27/06/2022

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Éléments pour un diagnostic territorial

mise à jour des données : mai 2021

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire

1 025, rue Henri Becquerel - CS 30001

34067 MONTPELLIER CEDEX 2 - Tél : 04 67 07 20 07



Tous mobilisés pour la santé
de 6 millions de personnes en Occitanie
www.prs.occitanie-sante.fr

Diagnostic territorial

Communes concernées par le diagnostic page 2

Partie 1 : Données populationnelles

Présentation du territoire et de sa population page 3

Indicateur de précarité (AME) page 3

Partie 2 : Offre de soins

Médecins généralistes page 4

Paramédicaux pages 4 à 5

MSP page 5

Établissements médico-sociaux pour personnes âgées page 6

Services multi-clientèles (SPASAD, SSIAD) page 6

Établissements médico-sociaux pour personnes handicapées pages 7 à 8

Établissements MCO et services d'urgence page 9

SSR page 9

Sources et définitions page 10

Présentation du territoire et de sa population

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
1	Nombre de communes	42		
2	Superficie (en km ²)	482		
3	Population 2017 (nombre d'habitants)	99 163		
4	Densité de population (hab./km ²)	205,5	127,1	80,4
5	Évolution de la population entre le 1 ^{er} janvier 2012 et le 1 ^{er} janvier 2017 (en %)	1,6	2,6	3,9
6	Part des moins de 15 ans (en %)	16,4	17,3	16,7
7	Part des 70 ans et plus (en %)	17,3	15,5	15,6
8	Part des 85 ans et plus (en %)	4,3	3,5	3,8
9	Poids de la CSP Agriculteurs (en %)	0,9	1,7	2,5
10	Poids de la CSP Artisans-commerçants (en %)	11,3	9,5	8,3
11	Poids de la CSP Ouvriers (en %)	20,3	18,8	17,6
12	Poids de la CSP Employés (en %)	30,5	29,8	28,2
13	Poids de la CSP Cadres (en %)	10,6	13,5	16,8
14	Poids de la CSP Professions intermédiaires (en %)	26,3	26,8	26,5

Nota Bene : La géographie utilisée pour le recensement de population de l'année 2017 est la géographie en vigueur au 1er janvier 2020.

** Le département de référence retenu est celui dont la population couverte par la C.P.T.S. est la plus importante.*

Indicateurs de précarité

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
30	Part de la population ayant bénéficié de l'AME (%)	0,5	0,6	0,5

Médecins généralistes libéraux et mixtes

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
34	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 1 ^{er} quartile	3,9	3,5	3,5
35	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - médiane	4,6	4,1	4,3
36	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 3 ^{ème} quartile	4,6	4,7	5,2

Paramédicaux

- Infirmiers libéraux et mixtes

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
40	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 1 ^{er} quartile	319,9	261,8	201,1
41	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - médiane	375,6	314,2	261,9
42	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 3 ^{ème} quartile	422,8	335,8	308,0

- Masseurs-kinésithérapeutes libéraux et mixtes

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
46	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 1 ^{er} quartile	116,6	103,6	104,2
47	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - médiane	130,7	130,7	144,4
48	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 3 ^{ème} quartile	138,9	168,7	198,8

- Chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes

	Indicateur	Zone CPTS	Gard*	Occitanie
52	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 1 ^{er} quartile	70,7	49,2	51,1
53	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - médiane	83,5	68,6	73,0
54	Accessibilité potentielle localisée pondérée (APL) au 1 ^{er} janvier 2020 - 3 ^{ème} quartile	83,5	84,1	95,0

MSP



	Indicateur	Zone CPTS
118	Nombre de sites participant à une MSP** ouverte	1
119	Nombre de sites participant à une MSP** en projet	2

**Une MSP multisite est comptée autant de fois qu'elle a de sites sur des communes distinctes.

Établissements médico-sociaux pour personnes âgées

	Indicateur	Zone CPTS	
		nombre étab.	nombre places
	Hébergement pour personnes âgées		
120	202 Résidences autonomie	1	105
121	500 EHPAD	16	1 063
122	501 EHPA percevant des crédits AM	0	0
123	502 EHPA ne percevant pas des crédits AM	0	0
	Services de maintien à domicile		
124	207 Centre de jour pour personnes âgées	2	25
	Établissements expérimentaux		
126	381 Établissement expérimental	1	13

Services multi-clientèles

	Indicateur	Zone CPTS	
		nombre étab.	nombre places
127	209 S.P.A.S.A.D.	0	0
128	354 S.S.I.A.D. (PA + PH)	5	250

Établissements médico-sociaux pour personnes handicapées

- Établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée

	Indicateur	Zone CPTS	
		nombre étab.	nombre places
Déficients mentaux et handicapés			
129	183 I.M.E.	4	135
130	188 Étab. enf. ado. polyhandicapés	1	16
131	402 Jardin d'enfants spécialisé	0	0
Trouble conduite et comportement			
132	186 I.T.E.P.	1	32
Handicapés moteurs			
133	192 Institut d'éducation motrice I.E.M.	0	0
Déficients sensoriels			
134	194 Institut pour déficients visuels	0	0
135	195 Institut pour déficients auditifs	0	0
136	196 Institut d'éducation sensorielle sourd/aveugle	0	0
Etablissements et services d'hébergement pour enfants handicapés			
137	238 Centre d'accueil familial spécialisé	0	0
138	390 Établissement d'accueil temporaire enfants	0	0
139	396 Foyer hébergement enfants et adolescents	0	0
Services à domicile ou ambulatoires			
140	182 S.E.S.S.A.D.	3	70
141	189 C.M.P.P.	2	0
142	190 C.A.M.S.P.	1	80
Établissements expérimentaux			
143	377 Établissement expérimental	0	0

Établissements médico-sociaux pour personnes handicapées

- Établissements et services pour adultes handicapés

	Indicateur	Zone CPTS	
		nombre étab.	nombre places
Hébergement pour adultes handicapés			
144	252 Foyer hébergement adultes handicapés	1	53
146	255 Maison d'accueil spécialisée M.A.S.	0	0
147	370 Établissement expérimental	0	0
148	382 Foyer de vie pour adultes handicapés	3	75
149	395 Établissement d'accueil temporaire	0	0
150	437 Foyer d'accueil médicalisé F.A.M.	0	0
151	448 Étab. accueil médicalisé E.A.M	1	32
152	449 Étab. accueil non médicalisé E.A.N.M	0	0
Travail protégé pour adultes handicapés			
153	246 E.S.A.T.	1	108
154	247 Entreprise adaptée	0	0
Réinsertion prof. pour adultes handicapés			
155	198 Centre de pré orientation pour Handicapés	0	0
156	249 Centre rééducation professionnelle	0	0
Établissements expérimentaux			
157	379 Établissement expérimental	1	20
Services de maintien à domicile			
158	445 S.A.M.S.A.H.	1	10
159	446 S.A.V.S.	3	259

Établissements MCO et services d'urgence

	Indicateur	Zone CPTS
160	Nombre établissements MCO ex-DGF	1
161	Nombre établissements MCO ex-OQN	1
162	Nombre services d'urgence	2

Soins de suite et de réadaptation SSR

	Indicateur	Zone CPTS
163	Nombre établissements SSR (ex-DGF et ex-OQN)	2

Sources et définitions

- 1 : Nombre de communes de la zone (géographie 2020 - Insee)
- 2 : Superficie de la zone en km² (Insee)
- 3 : Nombre d'habitants (Insee RP 2017)
- 4 : Densité de population en nombre d'habitants par km² (Insee RP 2017)
- 5 : Évolution de la population entre le 1^{er} janvier 2012 et le 1^{er} janvier 2017 en % (Insee - RP 2012 et RP 2017)
- 6 : Part des moins de 15 ans (en %) dans la population (Insee RP 2017)
- 7 : Part des 70 ans et plus (en %) dans la population (Insee RP 2017)
- 8 : Part des 85 ans et plus (en %) dans la population (Insee RP 2017)
- 9 : Part des agriculteurs exploitants (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 10 : Part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 11 : Part des ouvriers (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 12 : Part des employés (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 13 : Part des cadres et professions intellectuelles supérieures (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 14 : Part des professions intermédiaires (en %) parmi les actifs occupés (Insee RP 2017)
- 30 : Part de la population consommante⁽¹⁾ en 2019 ayant bénéficié de l'Aide médicale d'Etat (AME) (en %) (SNDS)
- 34 : APL⁽²⁾ pondérée au médecin généraliste au 1^{er} janvier 2020 : 1^{er} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 35 : APL⁽²⁾ pondérée au médecin généraliste au 1^{er} janvier 2020 : médiane (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 36 : APL⁽²⁾ pondérée au médecin généraliste au 1^{er} janvier 2020 : 3^{ème} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 40 : APL⁽²⁾ pondérée à l'infirmier au 1^{er} janvier 2020 : 1^{er} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 41 : APL⁽²⁾ pondérée à l'infirmier au 1^{er} janvier 2020 : médiane (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 42 : APL⁽²⁾ pondérée à l'infirmier au 1^{er} janvier 2020 : 3^{ème} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 46 : APL⁽²⁾ pondérée au masseur-kinésithérapeute au 1^{er} janvier 2020 : 1^{er} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 47 : APL⁽²⁾ pondérée au masseur-kinésithérapeute au 1^{er} janvier 2020 : médiane (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 48 : APL⁽²⁾ pondérée au masseur-kinésithérapeute au 1^{er} janvier 2020 : 3^{ème} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 52 : APL⁽²⁾ pondérée au chirurgien-dentiste au 1^{er} janvier 2020 : 1^{er} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 53 : APL⁽²⁾ pondérée au chirurgien-dentiste au 1^{er} janvier 2020 : médiane (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 54 : APL⁽²⁾ pondérée au chirurgien-dentiste au 1^{er} janvier 2020 : 3^{ème} quartile (SNDS - 01/01/2020 - activité 2019)
- 118 : Nombre de sites participant à une MSP ouverte (ARS Occitanie - 25/03/2021)
- 119 : Nombre de sites participant à une MSP en projet (ARS Occitanie - 25/03/2021)
- 120 à 159 : Nombre d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées et nombre de places installées (FINESS, extraction du 01/01/2020)
- 160 : Nombre d'établissements ex-DGF⁽³⁾ (sites géographiques) ayant une activité MCO (Finess, extraction du 01/01/2020)
- 161 : Nombre d'établissements ex-OQN (sites géographiques) ayant une activité MCO (Finess, extraction du 01/01/2020)
- 162 : Nombre de services d'urgence (ARS Occitanie - 01/05/2021)
- 163 : Nombre d'établissements⁽³⁾ (sites géographiques) ayant une activité SSR (Finess, extraction du 01/01/2020)

(1) La population consommante correspond à la population cible ayant bénéficié d'au moins un remboursement au cours de la période étudiée

(2) : Accessibilité potentielle localisée. Cet indicateur tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé pour mesurer l'offre, et du taux de recours des habitants différencié par âge pour mesurer la demande.

C'est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui prend en compte l'offre de professionnels de santé et la demande des communes environnantes. En effet, à chaque commune est associé un « secteur flottant » qui se définit comme une zone limitée par une courbe isochrone centrée sur le chef-lieu de la commune étudiée. L'accessibilité est pondérée selon le temps d'accès pour le patient.

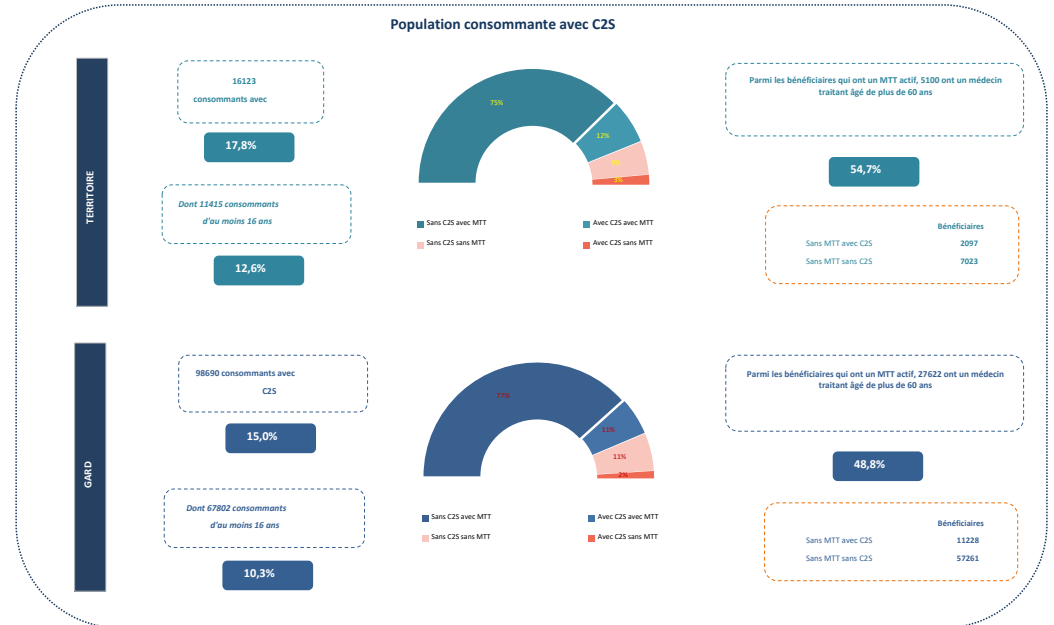
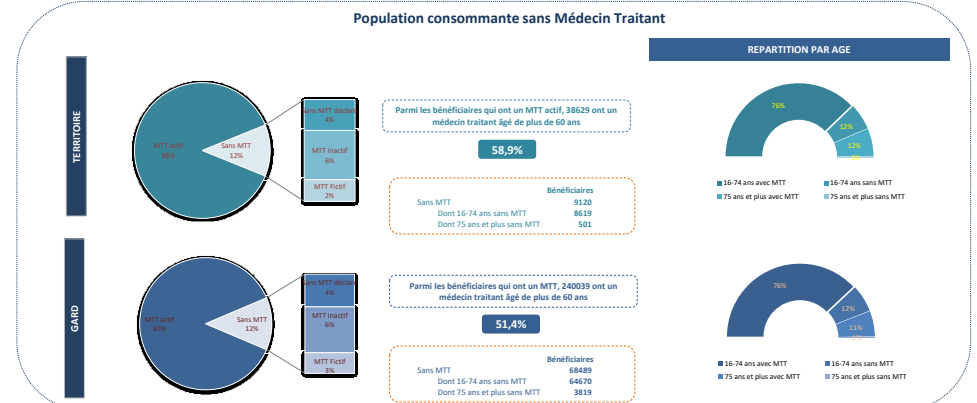
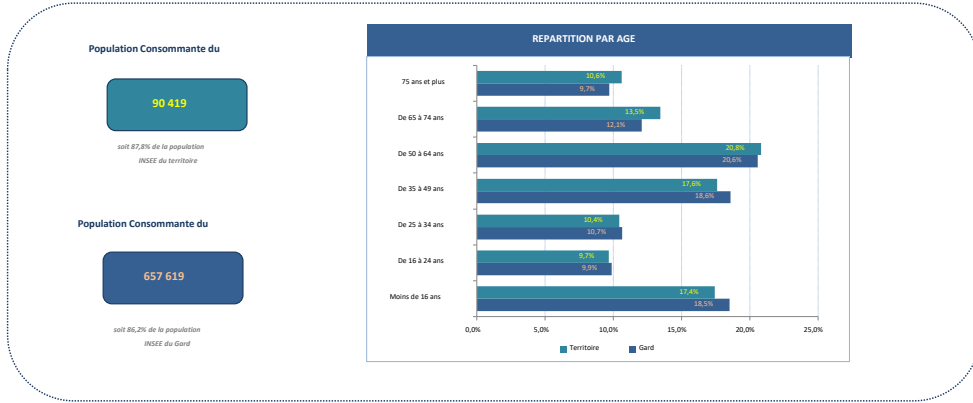
Sur la zone étudiée, 3 indicateurs de l'APL ont été calculés : la médiane pondérée, le 1^{er} quartile pondéré et le 3^{ème} quartile pondéré des valeurs de chaque commune. L'activité prise en compte pour le calcul de l'APL est celle des cabinets libéraux, des centres de santé et des SSIAD (pour les infirmiers). Pour les médecins généralistes, l'indicateur s'interprète en nombre de contacts par an par habitant standardisé. Pour les autres professions, il s'interprète comme une densité standardisée pour 100 000 habitants.

(3) Un établissement public est compté autant de fois que de communes distinctes sur lesquelles il est implanté.

Annexe 3 : Assurance Maladie du Gard

CPTS - Caractéristiques du territoire au 31/07/2022 - CPTS LA CEVENOLE

Population consommatrice



Population consommante en ALD

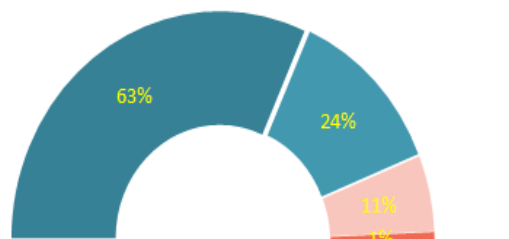
TERRITOIRE

19786 consommateurs en ALD

21,9%

Dont 19314 consommateurs d'au moins 16 ans

21,4%



■ Sans ALD avec MTT ■ Avec ALD avec MTT
 ■ Sans ALD sans MTT ■ Avec ALD sans MTT

Parmi les bénéficiaires qui ont un MTT, 8998 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans

49,3%

	Bénéficiaires
Sans MTT avec ALD	1074
Sans MTT sans ALD	8046

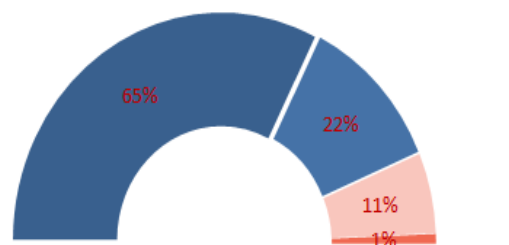
GARD

130668 consommateurs en ALD

19,9%

Dont 127127 consommateurs d'au moins 16 ans

19,3%



■ Sans ALD avec MTT ■ Avec ALD avec MTT
 ■ Sans ALD sans MTT ■ Avec ALD sans MTT

Parmi les bénéficiaires qui ont un MTT, 51617 ont un médecin traitant âgé de plus de 60 ans

43,1%

	Bénéficiaires
Sans MTT avec ALD	7277
Sans MTT sans ALD	61212

CPTS - Accès aux soins au 31/07/2022 - CPTS LA CEVENOLE

Population consommante

Recours au médecin généraliste

TERRITOIRE

Parmi les 90419 consommateurs, 73996 ont eu

81,8%

Dont 31000 consommateurs avec un MTT âgé de plus de 60 ans

34,3%

GARD

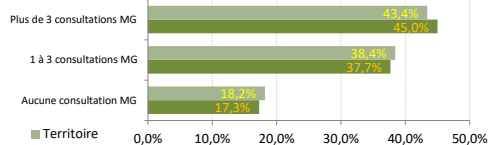
Parmi les 657619 consommateurs, 544009 ont eu recours au moins une fois au MG

82,7%

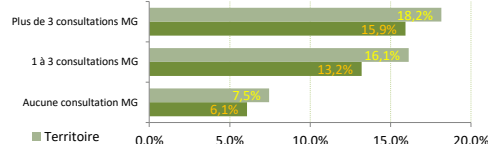
Dont 191485 consommateurs avec un MTT âgé de plus de 60 ans

29,1%

CONSULTATIONS MG - Ensemble des consommateurs



Dont Consommateurs avec MTT âgé de plus de 60 ans



Recours à la permanence des soins

TERRITOIRE

Parmi les 90419 consommateurs, 6979 ont eu recours au moins une fois à la permanence des soins

7,7%

Dont 2509 consommateurs avec un MTT âgé

2,8%

GARD

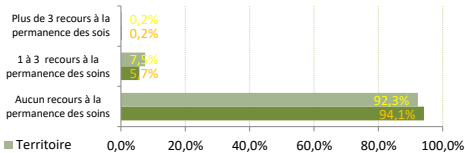
Parmi les 657619 consommateurs, 38700 ont eu recours au moins une fois à la permanence des soins

5,9%

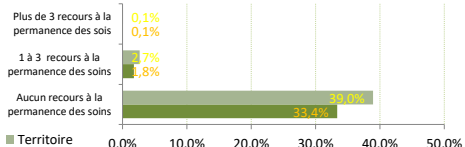
Dont 11935 consommateurs avec un MTT âgé

1,8%

PERMANENCE DES SOINS - Ensemble des consommateurs



Dont Consommateurs avec MTT âgé de plus de 60 ans



Recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation

TERRITOIRE

Parmi les 90419 consommateurs, 7405 ont eu recours au moins une

8,2%

11 passages aux urgences pour 100 consommateurs

Dont 3109 consommateurs avec un MTT âgé de plus de 60 ans

3,4%

11 passages aux urgences pour 100 consommateurs avec MTT plus 60 ans

GARD

Parmi les 657619 consommateurs, 38158 ont eu recours au moins une

2,0%

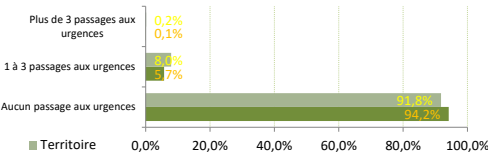
7 passages aux urgences pour 100 consommateurs

Dont 13173 consommateurs avec un MTT âgé de plus de 60 ans

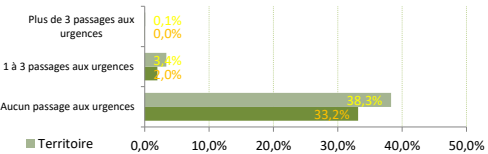
2,0%

7 passages aux urgences pour 100 consommateurs avec MTT plus 60 ans

Passages aux urgences - Ensemble des consommateurs

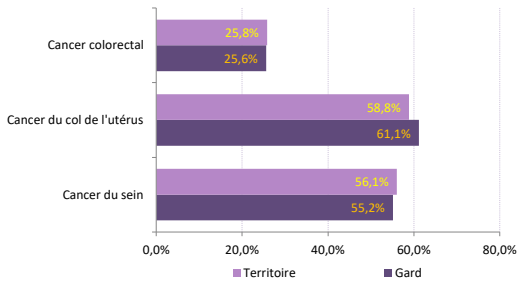


Dont Consommateurs avec MTT âgé de plus de 60 ans

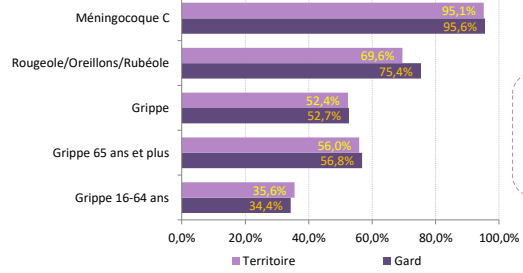


Population consommante

Dépistage cancers



Vaccination



Vaccination Pneumocoques

2044 personnes ont été vaccinées dans le territoire, soit 0,13% des personnes vaccinées dans le département

Les Antibiotiques

TERRITOIRE

Volume de boîtes délivrées : 133070

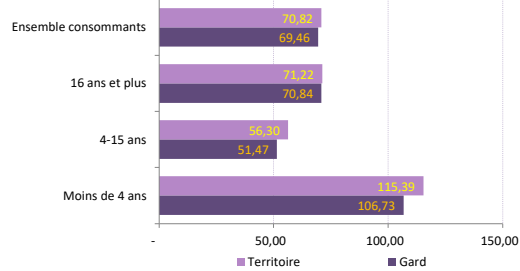
Volume des prescriptions : 64034, soit 14% des prescriptions du département

GARD

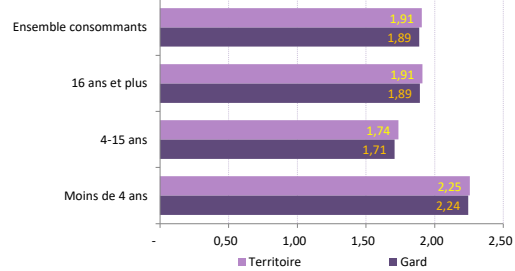
Volume de boîtes délivrées : 961462

Volume des prescriptions : 456765

Nb de traitements pour 100 consommateurs

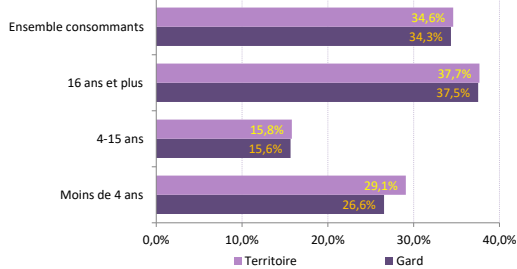


Nb moyen de prescriptions par consommant ATB

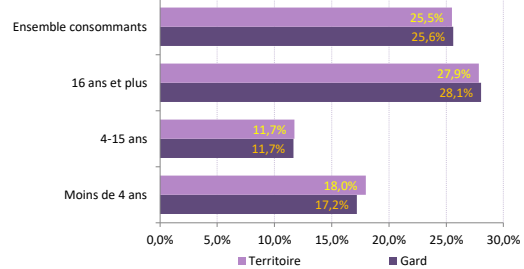


Zoom sur l'Antibiorésistance

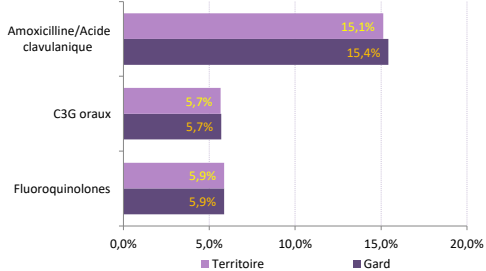
Population ATB traités par ATR



Part des prescriptions ATR parmi les prescriptions ATB



Zoom sur les molécules ATR - Part des prescriptions parmi ATB



Volume des boîtes délivrées

Amoxicilline / Acide clavulanique



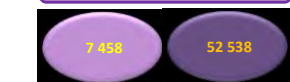
Le territoire représente 14% des boîtes délivrées dans le Gard

C3G oraux



Le territoire représente 14,2% des boîtes délivrées dans le Gard

Fluoroquinolones



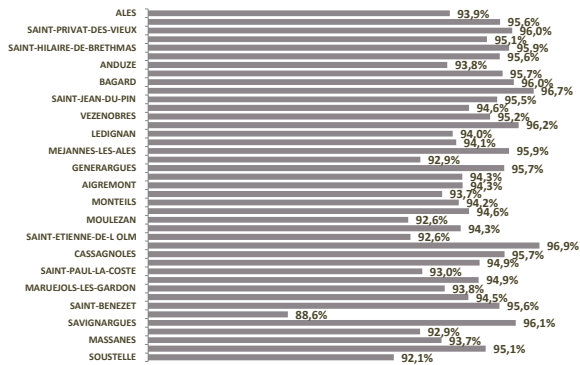
Le territoire représente 14,2% des boîtes délivrées dans le Gard

CPTS - Présentation des indicateurs par commune au 31/07/2022 - CPTS LA CEVENOLE

Population consommante

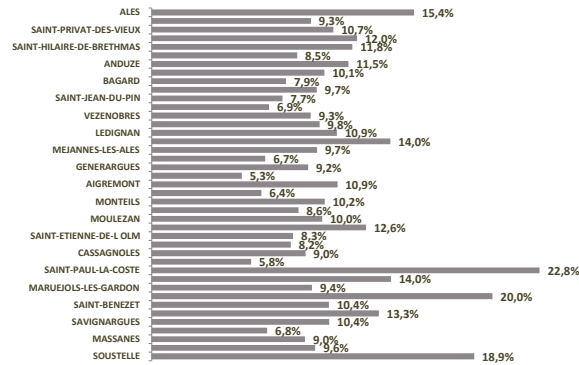
code insee	commune	Population INSEE	pop de 16 ans ou plus	pop de 16 ans ou plus sans MTT	pop de 16 ans ou plus sans MTT en ALD	pop de 16 ans ou plus sans MTT avec C25	pop de 16 ans ou plus sans MTT avec C25 et en ALD	pop de 75 ans ou plus sans MTT	pop de 75 ans ou plus sans MTT	Patient consommant avec dépistage cancer du sein	Patient consommant avec dépistage cancer du col de l'utérus	Patient consommant avec dépistage cancer colorectal	Patient consommant avec vaccination ROR
30002	AIGREMONT	792	523	57	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	31	Moins de 10	65	120	53	Moins de 10
30007	ALES	42452	30246	4655	665	1479	223	4430	300	3640	5621	2674	186
30010	ANDUZE	3368	2539	293	35	68	Moins de 10	427	24	256	434	270	12
30027	BAGARD	2615	1915	151	11	21	Moins de 10	249	Moins de 10	256	434	232	16
30042	BOISSET-ET-GAUJAC	2596	1991	193	18	19	Moins de 10	221	Moins de 10	245	429	224	Moins de 10
30055	BROUZET-LES-ALES	683	481	31	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	54	Moins de 10	61	101	56	Moins de 10
30071	CASSAGNOLES	397	299	27	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	29	Moins de 10	37	74	27	Moins de 10
30077	CENDRAS	1749	1149	161	20	38	Moins de 10	127	Moins de 10	134	233	132	Moins de 10
30101	DEAUX	667	453	39	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	33	Moins de 10	62	116	68	Moins de 10
30104	DOMESSARGUES	761	510	34	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	35	Moins de 10	65	137	46	Moins de 10
30129	GENERARGUES	714	523	48	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	71	Moins de 10	73	130	60	Moins de 10
30146	LEDIGNAN	1505	1030	112	Moins de 10	12	Moins de 10	129	Moins de 10	100	190	84	Moins de 10
30197	LES PLANS	281	178	25	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	15	Moins de 10	27	40	21	Moins de 10
30158	MARTIGNARGUES	441	294	24	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	34	Moins de 10	32	71	33	Moins de 10
30160	MARUEJOLS-LES-GARDON	265	170	16	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	19	Moins de 10	18	40	12	Moins de 10
30161	MASSANES	207	100	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	24	11	Moins de 10
30163	MAURESSARGUES	176	118	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	15	Moins de 10	16	37	Moins de 10	Moins de 10
30165	MEJANNES-LES-ALES	1230	928	90	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	91	Moins de 10	138	217	111	Moins de 10
30173	MONS	1757	1361	134	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	145	11	200	328	176	13
30177	MONTEILS	666	522	53	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	36	Moins de 10	56	114	51	Moins de 10
30183	MOULEZAN	669	390	39	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	29	Moins de 10	30	81	37	Moins de 10
30188	NERES	723	549	29	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	48	Moins de 10	72	130	61	Moins de 10
30214	RIBAUTE-LES-TAVERNES	2161	1481	102	Moins de 10	12	Moins de 10	149	Moins de 10	172	319	139	Moins de 10
30223	ROUSSON	4365	3326	284	22	26	Moins de 10	338	Moins de 10	422	697	379	21
30234	SAINT-BENEZET	291	173	18	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	15	Moins de 10	16	42	12	Moins de 10
30240	SAINT-CESAIRE-DE-GAUZIGNAN	390	223	13	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	20	Moins de 10	26	55	20	Moins de 10
30243	SAINT-CHRISTOL-LES-ALES	7237	5514	515	51	92	Moins de 10	748	28	717	1126	575	19
30250	SAINT-ETIENNE-DE-L'OLM	417	289	24	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	13	Moins de 10	34	73	26	Moins de 10
30259	SAINT-HILAIRE-DE-BRETHMAS	4582	3558	419	56	58	Moins de 10	382	23	423	771	360	30
30261	SAINT-HIPPOLYTE-DE-CATON	237	165	22	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	25	Moins de 10	16	38	14	Moins de 10
30270	SAINT-JEAN-DU-PIN	1556	1095	84	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	124	Moins de 10	167	254	128	Moins de 10
30274	SAINT-JULIEN-LES-ROSIERS	3463	2585	262	20	27	Moins de 10	293	16	335	532	300	14
30275	SAINT-JUST-ET-VACQUIERES	320	195	39	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	20	Moins de 10	18	32	22	Moins de 10
30284	SAINT-MARTIN-DE-VALGALGUES	4559	3403	410	51	101	14	408	19	433	640	349	29
30291	SAINT-PAUL-LA-COSTE	296	224	51	Moins de 10	15	Moins de 10	34	Moins de 10	19	35	21	Moins de 10
30294	SAINT-PRIVAT-DES-VIEUX	5403	4156	443	35	41	Moins de 10	520	19	564	961	491	35
30298	SAINT-SEBASTIEN-D AIGREFEUILLE	522	326	41	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	40	Moins de 10	45	65	49	Moins de 10
30314	SAVIGNARGUES	239	144	15	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	16	34	15	Moins de 10
30320	SEYNES	161	125	12	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	16	Moins de 10	16	24	18	Moins de 10
30323	SOUSTELLE	124	74	14	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	12	Moins de 10	Moins de 10
30348	VEZENOBRES	1918	1329	124	Moins de 10	Moins de 10	Moins de 10	145	Moins de 10	182	315	161	13

Population âgée d'au moins 16 ans *



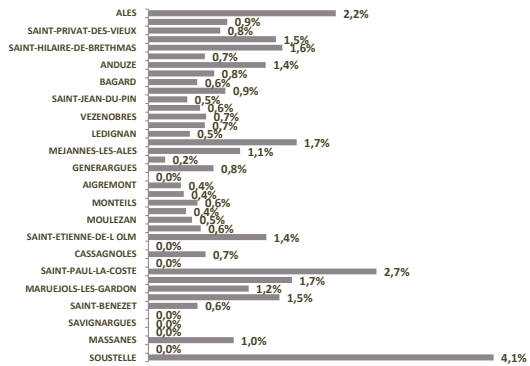
* Parmi la population consommante

Population âgée d'au moins 16 ans sans MTT*



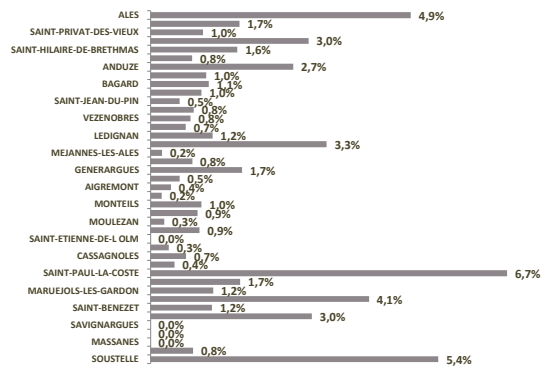
* Parmi la population consommante âgée d'au moins 16 ans

Population âgée d'au moins 16 ans en ALD sans MTT*



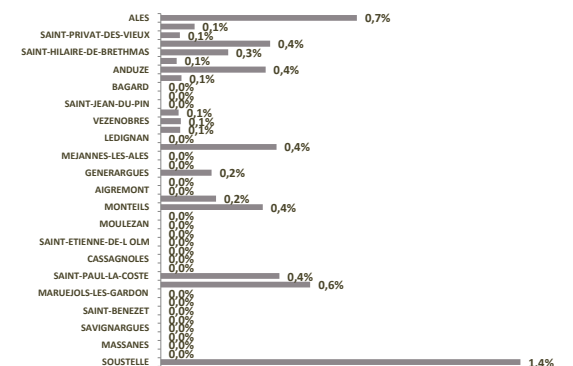
* Parmi la population consommante âgée d'au moins 16 ans

Population âgée d'au moins 16 ans avec C2S sans MTT*



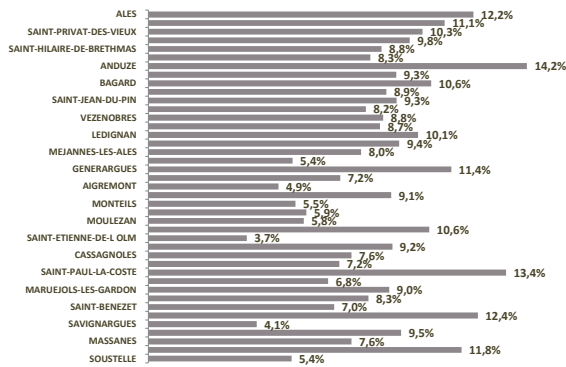
* Parmi la population consommante âgée d'au moins 16 ans

Population âgée d'au moins 16 ans en ALD avec C2S sans MTT*



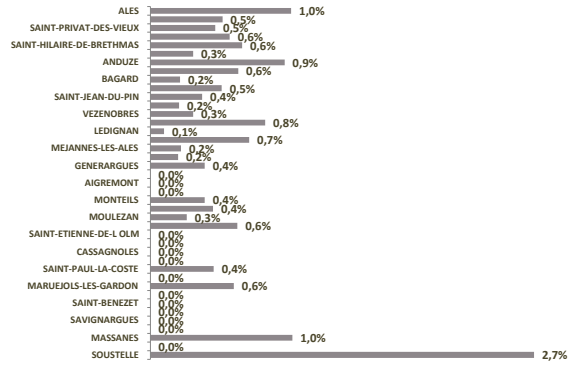
* Parmi la population consommante âgée d'au moins 16 ans

Population âgée d'au moins 75 ans *



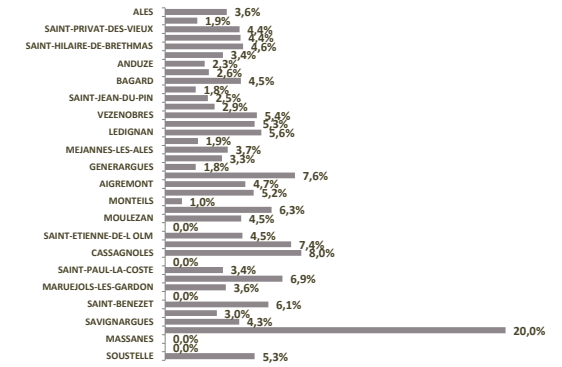
* Parmi la population consommante

Population âgée d'au moins 75 ans sans MTT*



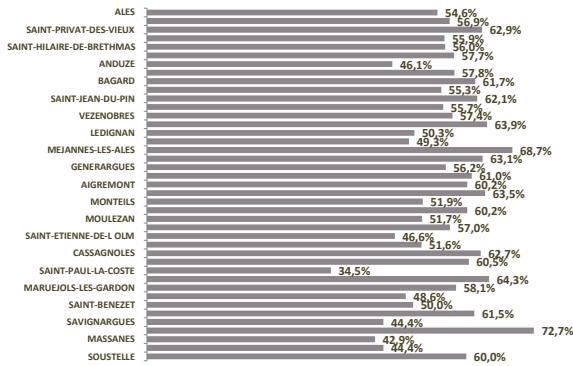
* Parmi la population consommante âgée d'au moins 16 ans

Population avec vaccination ROR *



* Parmi la population consommante âgée de 19 à 30 mois ayant eu reçu une dose de DTP

Population avec dépistage du cancer du sein *



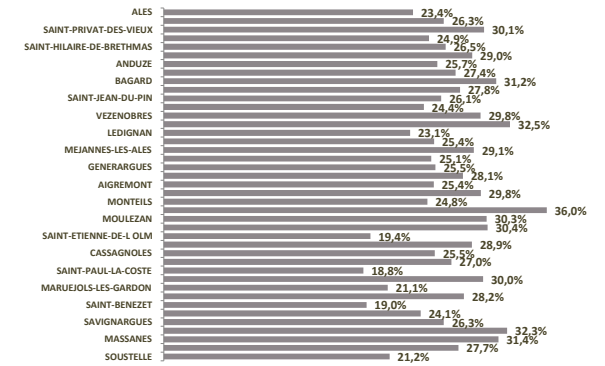
* Parmi la population consommante éligible à ce dépistage

Population avec dépistage du cancer du col de l'utérus *



* Parmi la population consommante éligible à ce dépistage

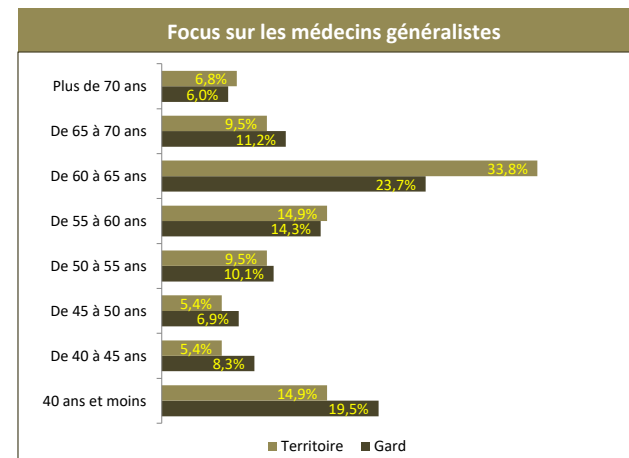
Population avec dépistage du cancer colorectal *



* Parmi la population consommante éligible à ce dépistage

CPTS - Les professionnels du territoire au 31/07/2022 - CPTS LA CEVENOLE

SPECIALITES	TOTAL	PLUS DE 60 ANS *	DONT PLUS 65 ANS *
Médecins généralistes	74	37	12
<i>Dont médecin MEP</i>	6	5	1
Médecins spécialistes	144	32	12
<i>Dont</i>			
Psychiatres	6	2	2
Ophtalmologues	11	1	-
Gynécologues	8	5	3
Cardiologues	11	3	-
Radiologues	14	7	1
Chirurgiens-dentistes	70	15	3
Sages-Femmes	13	1	1
Infirmiers	295	28	7
Masseurs Kinésithérapeutes	127	11	7
Psychologues cliniciens	2	-	-
Orthophonistes	37	10	3
Orthoptistes	7	2	-
Pédicures / Podologues	17	2	-
Laboratoires	6		
Fournisseurs	96		
<i>Dont</i>			
Pharmacies	37		
Matériel médical	13		
Opticiens	31		
Audition	15		
Transporteurs	66		
<i>Dont</i>			
Ambulances	10		
Taxis	56		
Autres transporteurs	-		



** Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, les colonnes relatives à l'âge sont neutralisées.*

CPTS - Activité des professionnels du territoire au 31/07/2022 - CPTS LA CEVENOLE

Médecins généralistes

Consultations

274 063

2 147 263

Le territoire représente 12,8% des consultations dans le Gard

Visites

18 923

159 534

Le territoire représente 11,9% des visites dans le Gard

Téléconsultations

4 352

56 314

Le territoire représente 7,7% des téléconsultations dans le Gard

Les téléconsultations représentent 1,5% de l'activité des médecins généralistes du territoire

Patients sans médecin traitant vus par les médecins généralistes du territoire

5 423

Médecins spécialistes

Téléconsultations

468

11 887

Le territoire représente 3,9% des téléconsultations dans le Gard

Infirmiers

Téléconsultations

57

148

Le territoire représente 38,5% des téléconsultations dans le Gard

INFORMATIONS NON DISPONIBLES

Pharmacies

Téléconsultations

898

6 007

Le territoire représente 14,9% des
téléconsultations dans le Gard

TROD Angines

24

56

Le territoire représente 19,5% des TROD Angines
dans le Gard

Masseurs-kinésithérapeutes

Téléconsultations

-

-

#DIV/0!



LES CPTS EN QUELQUES CHIFFRES

10 CPTS 

627129 Habitants bénéficiaires
soit **82,2%** de la population

CPTS COSTIERES CAMARGUE - En Projet

- ➔ 12 communes concernées, soit 9,9% de la population couverte
- ➔ 54 médecins généralistes dont 7 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 8,5% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 5333 personnes
- ➔ 13,4% de consommateurs sans médecin traitant, soit 6657 personnes
- ➔ 12,9% de consommateurs avec C2S, soit 8052 personnes
- ➔ 18,8% de consommateurs en ALD, soit 11745 personnes

CPTS NEMAUSA - En Projet

- ➔ 1 communes concernées, soit 19,8% de la population couverte
- ➔ 156 médecins généralistes dont 29 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 9,6% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 12621 personnes
- ➔ 14,0% de consommateurs sans médecin traitant, soit 14715 personnes
- ➔ 27,3% de consommateurs avec C2S, soit 35859 personnes
- ➔ 19,7% de consommateurs en ALD, soit 25872 personnes

CPTS OCCITANIE MEDITERRANEE - En Projet

- ➔ 1 communes concernée, soit 1,1% de la population couverte
- ➔ 8 médecins généralistes dont 0 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 18,4% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 1616 personnes
- ➔ 12,4% de consommateurs sans médecin traitant, soit 983 personnes
- ➔ 9,7% de consommateurs avec C2S, soit 850 personnes
- ➔ 28,2% de consommateurs en ALD, soit 2480 personnes

CPTS LA CEVENOLE - En Projet

- ➔ 42 communes concernées, soit 13,2% de la population couverte
- ➔ 69 médecins généralistes dont 11 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 10,4% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 9253 personnes
- ➔ 12,2% de consommateurs sans médecin traitant, soit 8933 personnes
- ➔ 17,6% de consommateurs avec C2S, soit 15587 personnes
- ➔ 21,7% de consommateurs en ALD, soit 19245 personnes

CPTS CHATAIGNE ET MICOCOULE - En Projet

- ➔ 42 communes concernées, soit 3,3% de la population couverte
- ➔ 29 médecins généralistes dont 3 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 10,6% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 2140 personnes
- ➔ 14,7% de consommateurs sans médecin traitant, soit 2484 personnes
- ➔ 12,2% de consommateurs avec C2S, soit 2466 personnes
- ➔ 21,8% de consommateurs en ALD, soit 4424 personnes

CPTS E-RHONY - En Projet

- ➔ 17 communes concernées, soit 6,3% de la population couverte
- ➔ 44 médecins généralistes dont 5 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 8,1% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 3588 personnes
- ➔ 12,6% de consommateurs sans médecin traitant, soit 4492 personnes
- ➔ 6,3% de consommateurs avec C2S, soit 2813 personnes
- ➔ 16,8% de consommateurs en ALD, soit 7451 personnes

CPTS ECEGEC - En Projet

- ➔ 47 communes concernées, soit 5,7% de la population couverte
- ➔ 19 médecins généralistes dont 4 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 11,6% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 4109 personnes
- ➔ 12,8% de consommateurs sans médecin traitant, soit 3785 personnes
- ➔ 19,5% de consommateurs avec C2S, soit 6897 personnes
- ➔ 25,3% de consommateurs en ALD, soit 8953 personnes

CPTS GRAND ANGLES - En Projet

- ➔ 13 communes concernées, soit 7,2% de la population couverte
- ➔ 44 médecins généralistes dont 6 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 10,1% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 4811 personnes
- ➔ 12,2% de consommateurs sans médecin traitant, soit 4768 personnes
- ➔ 6,4% de consommateurs avec C2S, soit 3044 personnes
- ➔ 17,6% de consommateurs en ALD, soit 8379 personnes

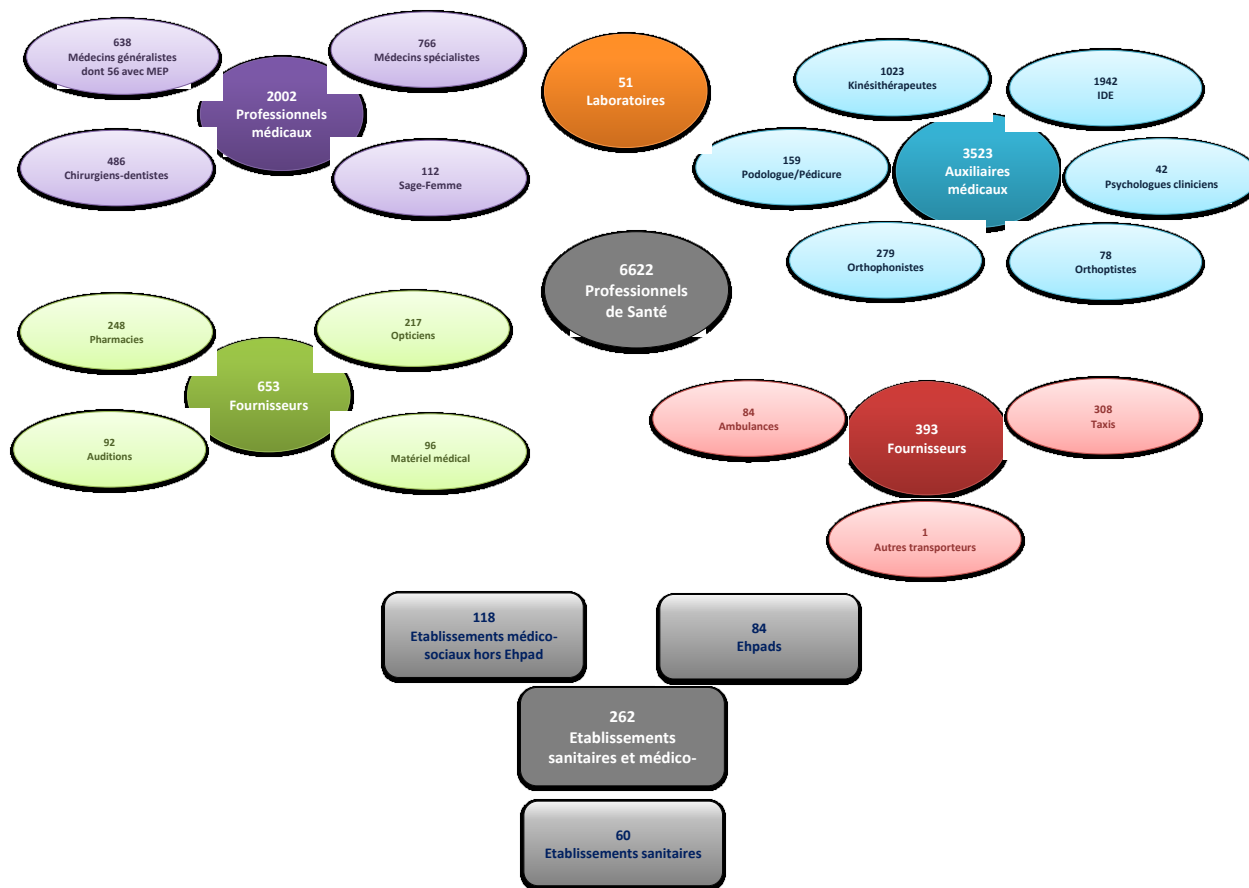
CPTS VALLIS BONA - PONT SAINT ESPRIT - En Projet

- ➔ 23 communes concernées, soit 3,3% de la population couverte
- ➔ 15 médecins généralistes dont 6 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 9,6% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 2055 personnes
- ➔ 22,5% de consommateurs sans médecin traitant, soit 3942 personnes
- ➔ 10,6% de consommateurs avec C2S, soit 2252 personnes
- ➔ 20,0% de consommateurs en ALD, soit 4250 personnes

CPTS REGARDS - Signature ACI

- ➔ 71 communes concernées, soit 12,4% de la population couverte
- ➔ 91 médecins généralistes dont 19 âgés de plus de 65 ans
- ➔ 9,0% de consommateurs d'au moins 75 ans, soit 7253 personnes
- ➔ 9,0% de consommateurs sans médecin traitant, soit 5965 personnes
- ➔ 8,5% de consommateurs avec C2S, soit 6894 personnes
- ➔ 18,5% de consommateurs en ALD, soit 14889 personnes

OFFRE DE SOINS DU GARD



10 CPTS

- ➔ 9 projets identifiés
- ➔ 1 opérationnelle ou en cours de déploiement



627129

Habitants bénéficiaires sur

185 communes

17 MSP ouvertes
0 en projet



METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES INDICATEURS - CPTS

Les données sont issues du régime général de l'Assurance Maladie (base de données SIAM ERASME). Par conséquent, seules les personnes protégées par ce régime sont étudiées.

Les données de recours aux soins et de prévention ont été recherchées sur un, deux ou trois ans glissant selon l'indicateur.

Les rapports présentent les données sur la **population consommande** pour les caractéristiques suivantes :

- Socio démographiques

Effectifs, tranches d'âges, ALD, C2S, Médecin traitant

- Recours aux soins

Médecin généraliste, Permanence des soins, Passages aux urgences non suivi d'hospitalisation

- Prévention

Dépistage des cancers sein, du col de l'utérus et colorectal.

Vaccination ROR et méningocoques

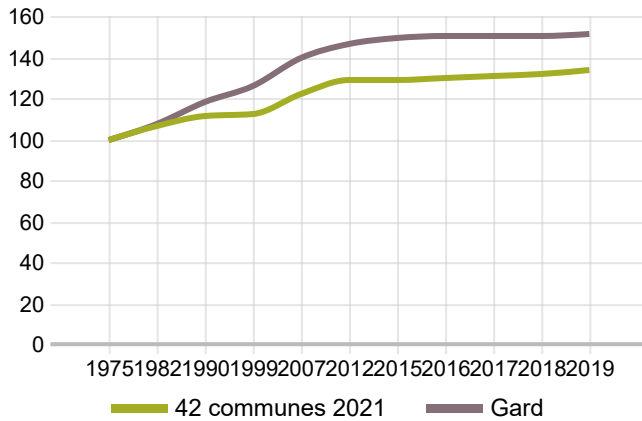
Antibiotiques et Antibiorésistances

Données présentées pour :

- le territoire étudié comparé au département

Libellé	Calcul	Commentaires
SOCIO-DEMOGRAPHIQUE		
Répartition de la population consommande par tranche d'âge	Pourcentage de la population consommande dans les 7 tranches d'âge : * Moins de 16 ans * De 16 à 24 ans * De 25 à 34 ans * De 35 à 49 ans * De 50 à 64 ans * De 65 à 74 ans * 65 ans et plus	
Population avec médecin traitant déclaré	Pourcentage de la population consommande pour les catégories suivantes parmi la population consommande : * Sans médecin traitant déclaré * Avec un médecin traitant actif * Avec un médecin traitant inactif * Avec un médecin traitant fictif	Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans
Population exonérée au titre d'une affection longue durée	Pourcentage de la population consommande ayant une exonération active pour LIS, EXC, EXP dans la période de référence parmi la population consommande	Zoom sur les 16 ans et plus Zoom sur le médecin traitant Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans
Population couverte par la C2S	Pourcentage de la population consommande ayant un droit C2S ouvert sur la période de référence parmi la population consommande	Zoom sur les 16 ans et plus Zoom sur le médecin traitant Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans
Population en ALD couverte par la C2S	Pourcentage de la population consommande ayant une exonération active pour LIS, EXC, EXP et ayant un droit C2S ouvert dans la période de référence parmi la population consommande	Zoom sur les 16 ans et plus Zoom sur le médecin traitant Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans
ACCES AUX SOINS		
Recours au médecin généraliste	Rapport entre les consommateurs ayant eu au moins un remboursement d'actes sur un an chez un médecin généraliste et la population consommande	Période de référence : Année glissante Répartition par nombre de consultations Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans Actes recherchés : Consultations, téléconsultations, visites, soins, actes de chirurgie
Recours à la permanence des soins	Rapport entre les consommateurs ayant eu au moins un remboursement d'actes concernant la permanence des soins et la population consommande	Période de référence : Année glissante Répartition par nombre de recours à la permanence des soins Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans Actes recherchés : Consultations ('CRD','CRM','CRN','CRS') et Visites ('VRD','VRM','VRN','VRS')
Recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation	Rapport entre les consommateurs ayant eu au moins un remboursement d'actes concernant le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation et la population consommande Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapportés aux patients consommant du territoire observé. Ex : Si pour un territoire, le numérateur fait état de 359 passages aux urgences et le dénominateur de 1 991 consommateurs, cela signifie que sur 100 consommateurs il y a eu 18 passages aux urgences qui n'ont pas été suivis d'hospitalisation	Période de référence : Année glissante Répartition par nombre de passages aux urgences Zoom sur MTT actif âgé de plus de 60 ans Actes recherchés : * ATU jusqu'en décembre 2021 * Forfait Patient Urgence (FPU) à partir de janvier 2022 (et déclinaison : 'FPV','FPX','FPL','FPM')

PREVENTION		
Dépistage du cancer du sein	Rapport entre la part des femmes consommandes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein sur les 2 dernières années et la population féminine consommande de 50 à 74 ans	Période de référence : Année glissante Actes CCAM : 'QEQK004','QEQK001','QEQK005'
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Rapport entre la part des femmes consommandes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'une cytologie ou d'un test HPV au cours des 3 dernières années et la population féminine consommande de 25 à 65 ans	Période de référence : Année glissante Actes CCAM : 'JKQX001','JKQX008','JKQX015','JKQX027','JKQP001','JKQP008','JKFA002','JKFA004','JKFA005','JKFA006','JKFA007','JKFA013','JKFA015','JKFA018','JKFA020','JKFA021','JKFA023','JKFA025','JKFA026','JKFA027','JKFA028','JKFC003','JKFC005','JKHD001','JKQX347','JKQX261','JKQX147','JKQX426','ZZQX603','ZZQX628','ZZQX069','ZZQX081','ZZQX027','ZZQX045','ZZQX073' Actes biologie : 13,26,27,28,29,30,24,31,4127,4509 Prestation ciblée : Acte P coefficient 55
Dépistage du cancer colorectal	Rapport entre la part des consommands de 50 à 74 ans participant au dépistage colorectal au cours des 2 dernières années et la population consommande de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 2 dernières années	Période de référence : Année glissante Actes CCAM : 'QEQK004','QEQK001','QEQK005'
Vaccination Grippe	Rapport entre la population consommande vaccinée contre la grippe saisonnière et la population éligible à la vaccination de la campagne	Vaccins antigrippe : CIP 3400930117712,3400930067727,3400930067758,3400930205372 Période de référence : Campagne du 01/11/2021 au 31/03/2022 Cible : 16-64 ans en ALD ou mater et 65 ans et plus
Vaccination ROR	Rapport entre le nombre d'enfants consommands de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois consommand ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance	Vaccins ROR : classe ATC 'J07BD52' Vaccination DTP : Classe ATC 'J07CA01','J07CA02','J07CA06','J07CA09'
Vaccination anti-méningocoque	Rapport entre le nombre d'enfants consommands de 15 à 26 mois ayant eu au moins 1 délivrance de vaccin anti-méningocoque C depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 15 à 26 mois consommand ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance	Vaccins anti-méningocoques C : classe ATC 'J07AH07' Vaccination DTP : Classe ATC 'J07CA01','J07CA02','J07CA06','J07CA09'
Vaccination anti-pneumoques	Volume de bénéficiaires ayant reçu au moins une injection de vaccin anti-pneumoques	Vaccins anti-pneumoques : classe ATC 'J07AL'
Antibiotiques	Nombre de traitements par antibiotique pour 100 consommands du territoire observé Nombre moyen de boîtes d'antibiotiques délivrées par consommand d'antibiotiques	Période de référence : 12 mois glissants Répartition par catégorie d'âge Antibiotiques : tous les médicaments de la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)
Antibiorésistance	Part de la population traités par antibiotiques particulièrement générateur d'antibiorésistance (ATR) parmi la population traitée par antibiotiques (ATB) Part des boîtes d'antibiotiques particulièrement générateur d'antibiorésistance (ATR) délivrées parmi les boîtes d'antibiotiques (ATB)	Période de référence : 12 mois glissants Répartition par catégorie d'âge Antibiorésistance : * 16 ans et plus : Amoxicilline + Acide clavulanique, céphalosporines 3 ^e et 4 ^e génération, fluoroquinolones * Enfants de moins de 16 ans : Céphalosporines 3 ^e et 4 ^e génération Zoom sur les molécules : Amoxicilline/Acide clavulanique, C3G Oraux, Fluoroquinolones
OFFRE DE SOINS		
Démographie professionnel de santé	Nombre de professionnels de santé sur le territoire	Zoom sur l'âge des PS : plus de 60 ans et de plus de 65 ans Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, les colonnes relatives aux âges sont neutralisées Dénombrement par commune : En présence de plusieurs cabinets dans la même commune, le professionnel est compté une fois. En présence de plusieurs cabinets dans des communes différentes, le professionnel est compté une fois par commune où il est présent.
ACTIVITE DES PS		
Activité des médecins généralistes	Dénombrement des : - Consultations - Visites - Téléconsultations - Des patients vus sans médecin traitant	Part des téléconsultations dans l'activité totale (consultations + visites + téléconsultations)
Activité des médecins spécialistes	Dénombrement des Téléconsultations	
Activité des infirmiers	Dénombrement des Téléconsultations	
Activité des Masseur-kinésithérapeutes	Dénombrement des Téléconsultations	
Activité des pharmacies	Dénombrement des : - Téléconsultations -TROD Angines	

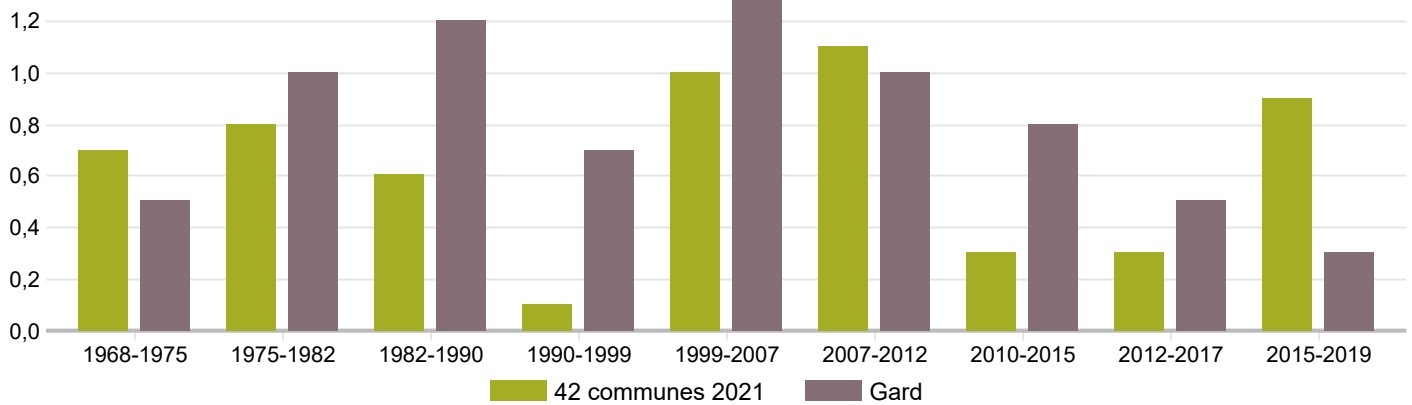
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)****DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - DÉMOGRAPHIE****Démographie****Population générale****Évolution démographique depuis 1968**

Source : Insee RP

Population

Période	Population		Densité de population (hab/km ²)	
	42 communes 2021	Gard	42 communes 2021	Gard
1968	72 208	478 544	149,7	81,8
1975	75 853	494 575	157,2	84,5
1982	80 372	530 478	166,6	90,6
1990	84 425	585 049	175,0	100,0
1999	85 221	623 125	176,6	106,5
2007	92 580	689 847	191,9	117,9
2012	97 584	725 618	202,3	124,0
2015	97 787	738 189	202,0	126,2
2016	98 677	742 006	203,9	126,8
2017	99 163	744 178	205,5	127,1
2018	99 930	745 458	207,1	127,4
2019	101 248	748 437	209,9	127,9

Source : Insee RP

Taux de variation annuel de la population

Source : Insee RP

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - DÉMOGRAPHIE

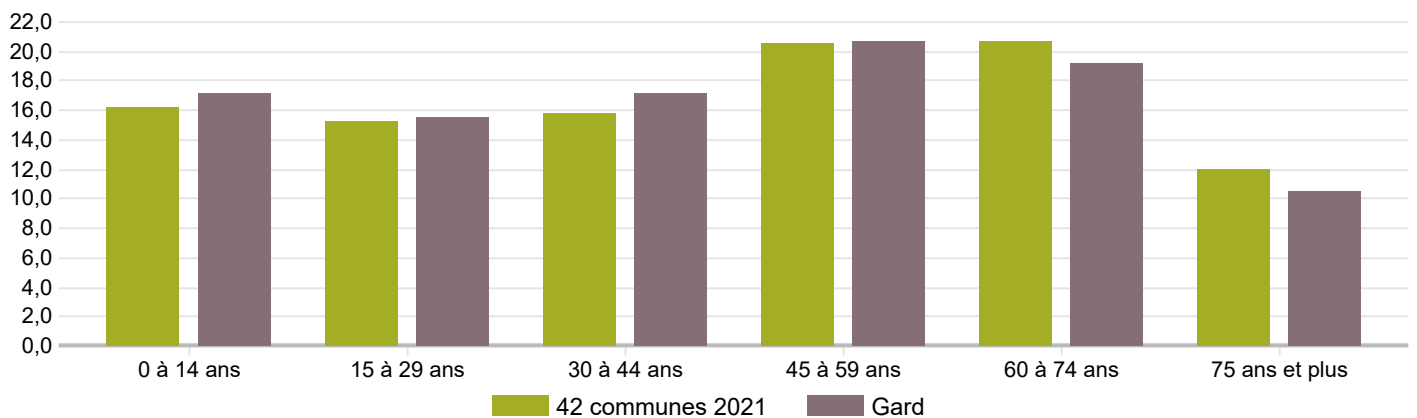
Indice de vieillissement

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Indice de vieillissement	115,8 ▲	98,7

Source : INSEE RP - 2018

L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Répartition de la population par tranche d'âge



Source : Insee, RP 2016 exploitation principale - 2018

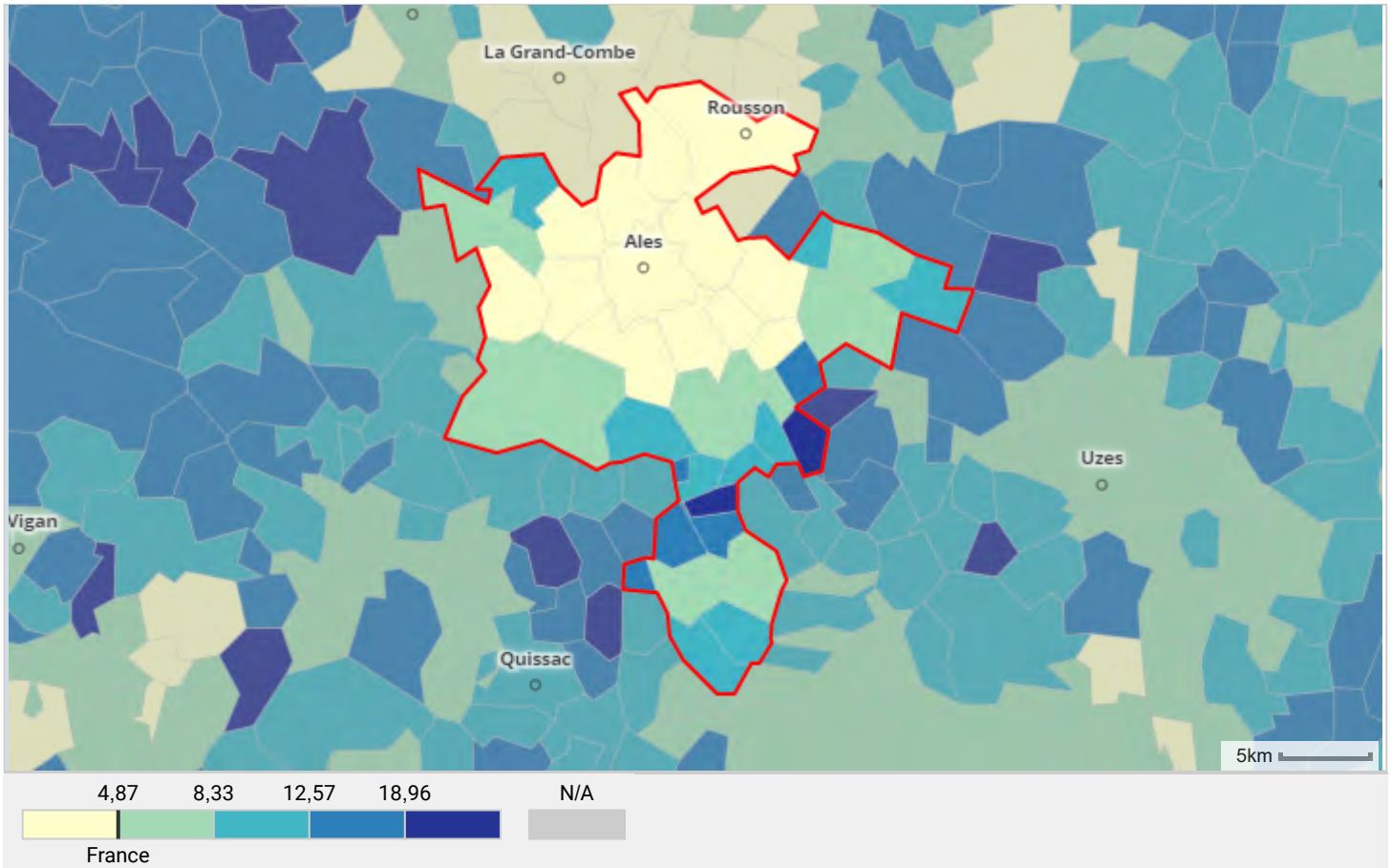
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - DÉMOGRAPHIE

Régime agricole

Taux de présence du régime agricole

42 communes 2021



Source : MSA, DCIR, INSEE - 2021

Présence du régime agricole

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Patients au régime agricole	4 334	59 331
Taux de présence du régime agricole (%)	4,34 ▼	7,96

Source : MSA, DCIR + MSA, DCIR, INSEE - 2021

Patients NSA au RA

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Patients NSA au RA	1 189	13 740
Part des patients NSA au RA (%)	27,4 ▲	23,2

Source : CCMSA + SNIIRAM, DCIR, CCMSA - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - DÉMOGRAPHIE

75 ans et plus au RA dans la population totale

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Patients de 75 ans et plus au RA	709	8 948
Part des patients de 75 ans et plus au RA dans la population totale (%)	0,7 ▼	1,2

Source : SNIIRAM, DCIR, INSEE RP - 2021

75 ans et plus dans la population totale

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Population de 75 ans et plus	11 877	78 444
Part des 75 ans et plus dans la population totale (%)	11,9 ▲	10,5

Source : INSEE RP - 2018

Indice de vieillissement au RA

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Indice de vieillissement au RA	152,4 ▲	136,4

Source : MSA, DCIR - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - SOCIO-ÉCONOMIQUE

CMUC ou CSS au régime agricole

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Nombre de bénéficiaires de la CSS tous âges à la MSA	776		12 146
Part des bénéficiaires de la CSS tous âges à la MSA (%)	18,7	▼	21,5
Nombre de bénéficiaires de la CMUC à la MSA âgés de moins de 62 ans	640		9 398
Part des bénéficiaires de la CMUC (âgés de moins de 62 ans) à la MSA (%)	23,8	▼	25,3

Source : MSA + MSA, Flux RAAMSES + CCMSA, Flux RAAMSES - 2020

Aide au logement au régime agricole

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Nombre de personnes couvertes par une aide au logement à la MSA	768		12 527
Part de la population couverte par une aide au logement à la MSA (%)	52,1	▼	55,0

Source : MSA, SISREFAL - 2020

RSA ou prime d'activité à la MSA

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Nombre de personnes couvertes par le RSA à la MSA	166		2 026
Part de la population couverte par le RSA à la MSA	11,3	▲	8,9
Population couverte par la prime d'activité à la MSA	445		5 883
Part de la population couverte par la prime d'activité à la MSA (%)	30,2	▲	25,8
Nombre de personnes couvertes par le RSA ou la prime d'activité à la MSA	554		7 300
Part de la population couverte par le RSA ou la prime d'activité à la MSA (%)	37,6	▲	32,0

Source : MSA, SISREFAL + MSA, SISREFAL, INSEE + CCMSA, SISREFAL - 2020

Minimum vieillesse à la MSA

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Nombre de bénéficiaires d'un minimum vieillesse à la MSA	70		1 546
Part des bénéficiaires d'un minimum vieillesse à la MSA (%)	1,5	▼	3,3

Source : MSA, SIVA - 2020

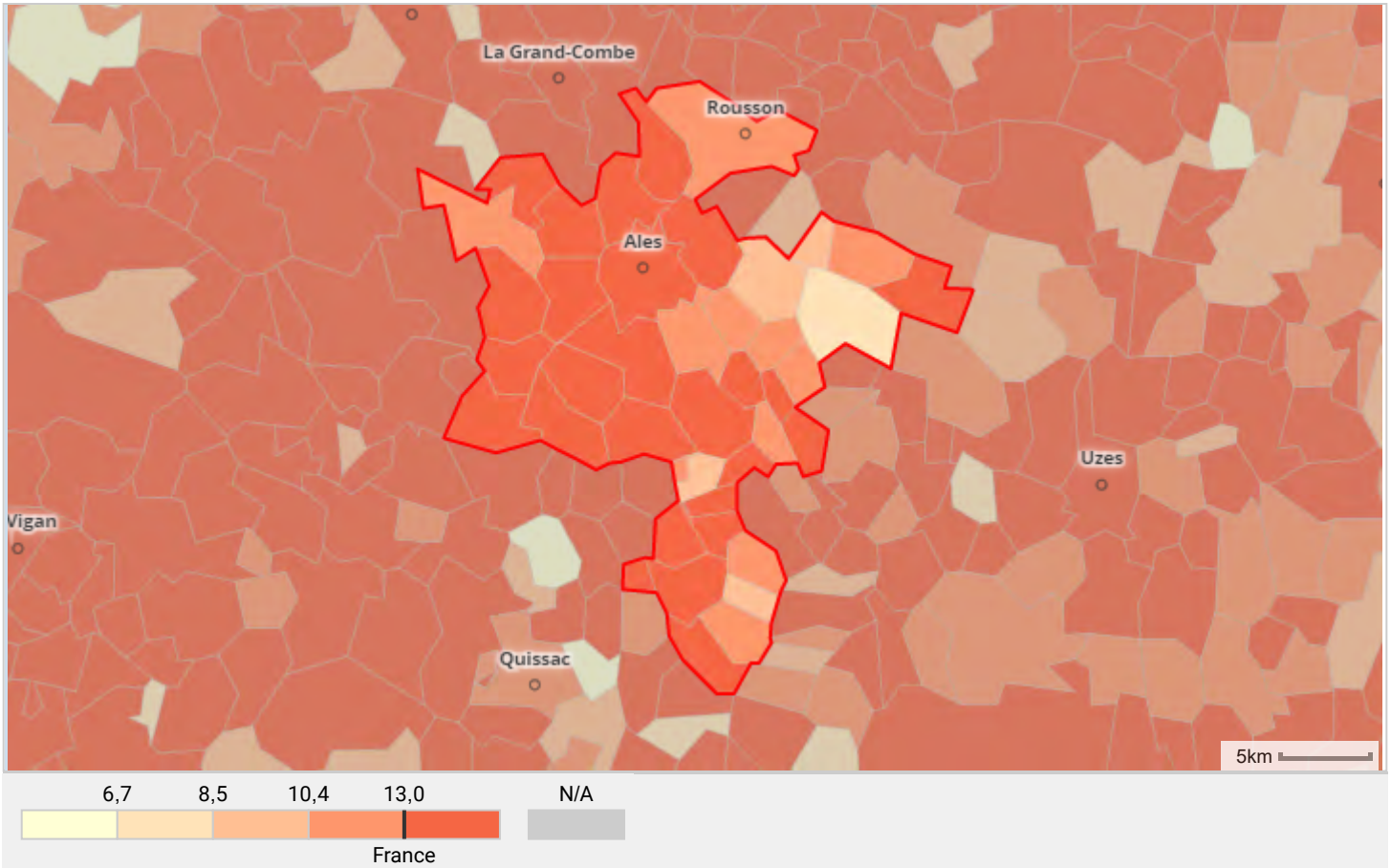
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - SOCIO-ÉCONOMIQUE

Chômeurs de plus de 15 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de chômeurs de 15 ans et plus au sens du recensement	8 022	53 863
Taux de chômage de la population ayant 15 ans et plus (%)	19,8 ▲	16,9

Source : CGET, INSEE RP - 2018

Taux de chômage
 42 communes 2021



Source : CGET, INSEE RP - 2018

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - SANTÉ

Prévalence en ALD au RA

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Tx de prévalence en ALD au régime agricole (%)	22,3 ▲	20,4

Prévalence en ALD tous régimes

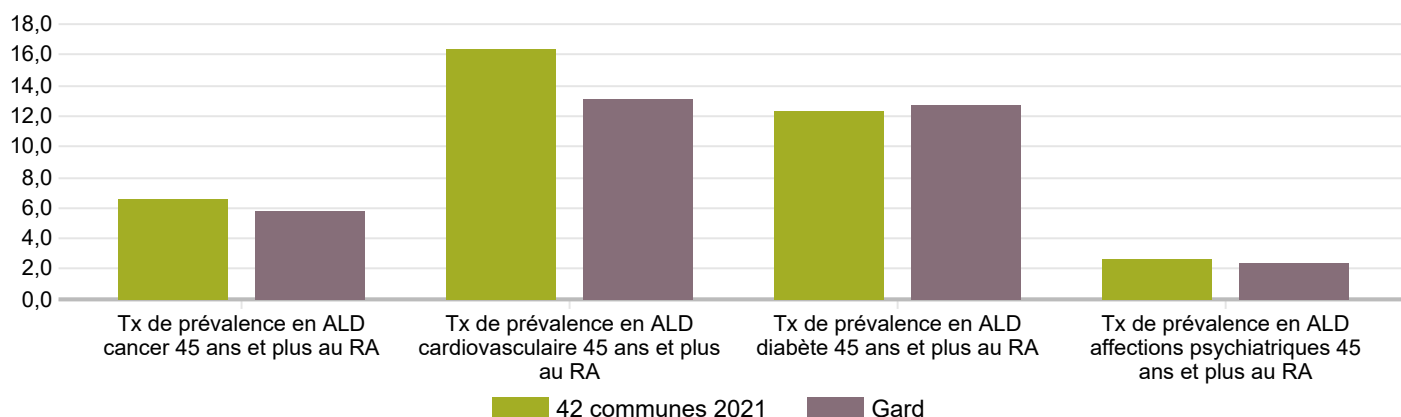
Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Tx de prévalence en ALD tous régimes (%)	26,0 ▲	23,8

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Source : CCMSA : SNIIRAM - Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie, PATO - Pathologies des bénéficiaires du régime agricole - 2020

Attention : le taux de prévalence en ALD au régime agricole et le taux de prévalence en ALD tous régimes ne sont pas comparables en raison de méthodes de calcul différentes.

Prévalence en ALD au RA



Source : CCMSA-PATO (CMCD) - 2020

Prévalence en ALD au RA

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Tx de prévalence en ALD cancer 45 ans et plus au RA (%)	6,5 ▲	5,7
Tx de prévalence en ALD cardiovasculaire 45 ans et plus au RA (%)	16,3 ▲	13,1
Tx de prévalence en ALD diabète 45 ans et plus au RA (%)	12,3 ▼	12,6
Tx de prévalence en ALD affections psychiatriques 45 ans et plus au RA (%)	2,6 ▲	2,3
Tx de prévalence en ALD cardio-diabète-cancer 45 ans et plus au RA (%)	29,4 ▲	26,8

Source : CCMSA-PATO (CMCD) - 2020

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

Médecins généralistes

Nombre de médecins généralistes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de médecins généralistes libéraux actifs	79	591

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Densité de médecins généralistes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Densité de médecins généralistes libéraux actifs (pr 100 000 hab.)	79,1	79,3

Source : CartoSanté, SNDS, Insee RP - 2020

Activité moyenne des médecins généralistes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Activité moyenne des MG libéraux	4 363,2 ▼	4 723,4

Source : SNIIRAM/DCIR, Exploitation MSA 2018 - 2018

Médecins généralistes libéraux de 60 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Part des médecins généralistes libéraux de plus de 60 ans (%)	49,4 ▲	39,8

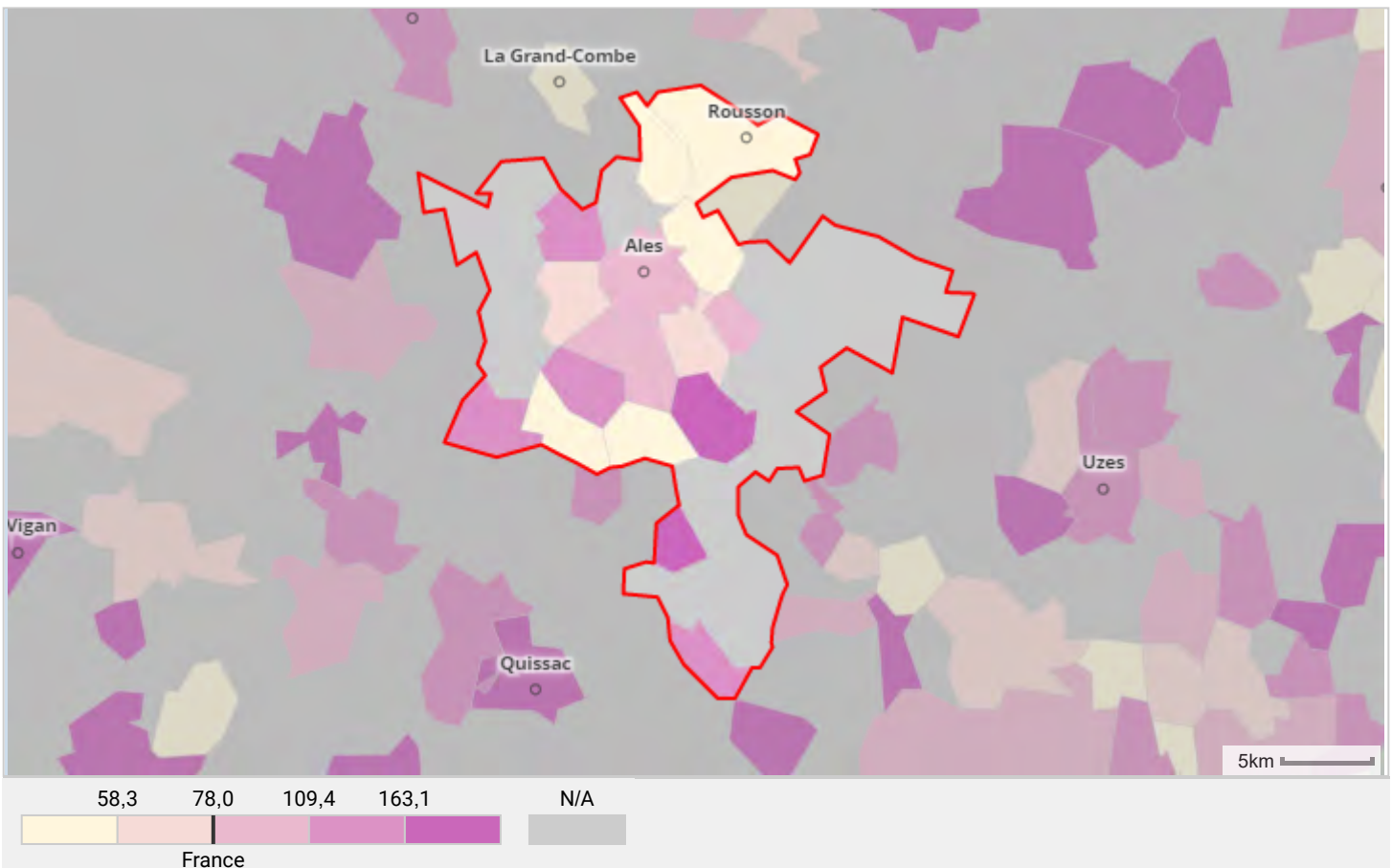
Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Evolution du nombre d'omnipraticiens libéraux sur 5 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Evolution du nombre de MG libéraux sur 5 ans	- 19	- 80

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Densité de médecins généralistes libéraux
42 communes 2021



Source : CartoSanté, SNDS, Insee RP - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

Patients sans médecin traitant

Patients MSA de 16 ans et plus sans médecin traitant

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Effectif de patients de 16 ans et plus au RA sans médecin traitant	129	2 085
Part des patients 16 ans et plus au RA sans médecin traitant (%)	3,9 ▼	4,6

Source : SNIIRAM DCIR, Exploitation MSA - 2020

Patients MSA de 75 ans et plus sans médecin traitant

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Effectif de patients de 75 ans et plus au RA sans médecin traitant	0	41
Part des patients de 75 ans et plus au RA sans médecin traitant (%)	0,0 ▼	0,5

Source : SNIIRAM DCIR, Exploitation MSA - 2020

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

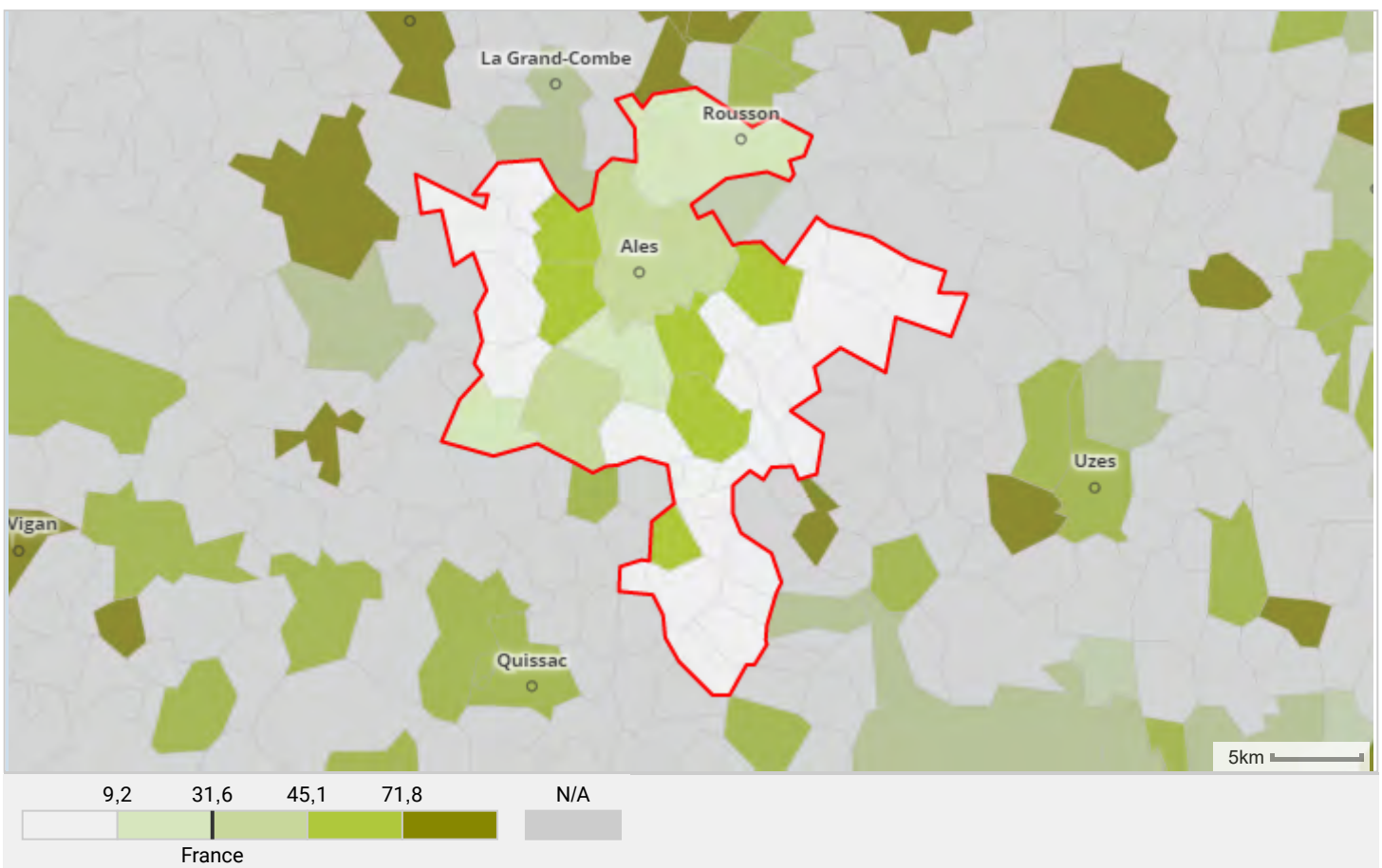
Pharmacies

Pharmacies

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de pharmacies	36	245
Densité de pharmacies (pour 100 000 hab.)	36,0 ▲	32,9

Source : Insee, Base permanente des équipements - 2021

Densité de pharmacies
 42 communes 2021



Source : Insee, Base permanente des équipements - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

Infirmiers

Nombre d'infirmiers libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre d'infirmiers libéraux actifs	270	1 854

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Densité des infirmiers libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Densité d'infirmiers libéraux actifs (pr 100 000 hab.)	270,2 ▲	248,7

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Infirmiers libéraux de 60 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Part des infirmiers libéraux de plus de 60 ans (%)	8,5 ▼	10,6

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Evolution du nombre d'infirmiers libéraux sur 5 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Evolution du nombre d'infirmiers libéraux sur 5 ans	9	26

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Quantité d'actes AMI et AIS

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Quantité d'actes moyens par infirmiers (AMI et AIS)	8 161,1 ▲	7 733,8

Source : SNDS, exploitation CCMSA - 2017

Coefficients d'actes AMI et AIS

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Somme des coefficients d'actes (AMI et AIS) par infirmiers	20 958,7 ▲	19 611,4

Source : SNDS, exploitation CCMSA - 2017

Masseurs-kinésithérapeutes

Nombre et densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de MK libéraux actifs	102	828
Densité de MK libéraux actifs (pr 100 000 hab.)	102,1 ▼	111,1

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 60 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Part des MK libéraux de plus de 60 ans (%)	8,3 ▼	11,7

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Evolution du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur 5 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Evolution du nombre de MK libéraux sur 5 ans	23	131

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

Chirurgiens-dentistes

Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nbre de CD libéraux actifs	54	412

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Densité de chirurgiens-dentistes libéraux

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Densité de CD libéraux actifs (pr 100 000 hab.)	54,0 ▼	55,3

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Chirurgiens-dentistes libéraux de 60 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Part des chirurgiens-dentistes libéraux de plus de 60 ans (%)	21,9 ▼	22,8

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Ecart d'effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux sur 5 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Ecart d'effectifs de CD libéraux sur 5 ans	4	6

Source : CartoSanté, SNDS - 2021

Sages-femmes

Nombre de sages-femmes libérales

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de sages-femmes libérales actives	13	98

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Densité de sages-femmes libérales

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Densité de sages-femmes libérales actives (pr 100 000 hab.)	12,8 ▼	13,1

Source : CartoSanté, SNDS - 2020

Sages-femmes libérales de 60 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Part des sages-femmes libérales de plus de 60 ans (%)	13,3 ▲	4,8

Source : CartoSanté, SNDS - 2021

Evolution du nombre sages-femmes libérales sur 5 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Evolution du nombre de sages-femmes libérales sur 5 ans	3	17

Source : CartoSanté, FNPS - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE AMBULATOIRE

Maisons et structures de santé

Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	0	24

Source : Carto Santé, FINESS - 2021

Centres de santé polyvalents

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de centres de santé polyvalents	3	11

Source : CartoSanté, FINESS - 2021

Structures psychiatriques en ambulatoire

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Structures psychiatriques en ambulatoire 2020	6	20

Source : Insee, Base permanente des équipements

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE HOSPITALIÈRE

Temps d'accès aux services de soins

Accès à un service d'urgence SU et SMUR

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Part de la population à plus de 30 min d'un service d'urgence SU et SMUR (%)	0,9	▼	10,8

Source : Carto Santé, exploitation CCMSA, FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS - 2021

Accès à un service d'urgence SU, SMUR, MCS et HéliSMUR

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Part de la population à plus de 30 min d'un service d'urgence SU, SMUR, MCS et HéliSMUR (%)	0,0	▼	1,0

Source : DREES, exploitation CCMSA ; Insee - 2019

Accès à un service de médecine

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Part de la population à plus de 30 min d'un service de médecine (%)	0,9	▼	4,5

Source : Carto Santé, exploitation CCMSA, FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS - 2021

Accès à un service obstétrique

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Part de la population à plus de 30 min d'un service obstétrique (%)	0,9	▼	20,0

Source : Carto Santé, exploitation CCMSA, FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS - 2021

Accès à un service de chirurgie

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Part de la population à plus de 30 min d'un service de chirurgie (%)	0,9	▼	10,2

Source : Carto Santé, exploitation CCMSA, FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS - 2021

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE HOSPITALIÈRE

Hospitalisations non programmées

Hospitalisation non programmées au régime agricole

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Hospitalisations non programmées au RA	355	4 090
Part d'hospitalisations non programmées au RA (en %)	32,7 ▲	30,7

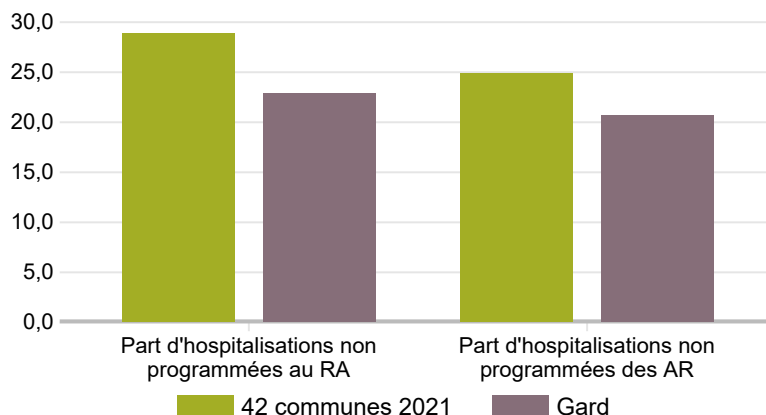
Source : SNIIRAM - 2020

Hospitalisations non programmées autres régimes

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Hospitalisations non programmées des AR	7 759	50 804
Part d'hospitalisations non programmées des AR (en %)	29,9 ▲	27,9

Source : SNIIRAM - 2020

Comparaison de la part d'hospitalisations non programmées au régime agricole et des autres régimes



Source : SNIIRAM - 2017

Recours aux urgences non suivis d'hospitalisation

Recours aux urgences non suivis d'hospitalisation au régime agricole

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation au RA	885	9 074
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisations au RA (pour 1000)	214,0 ▲	160,7

Source : SNDS DCIR PMSI, exploitation CCMSA - 2020

Recours aux urgences non suivis d'hospitalisation tous régimes

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	23 996	139 204
Taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 1000)	240,1 ▲	186,7

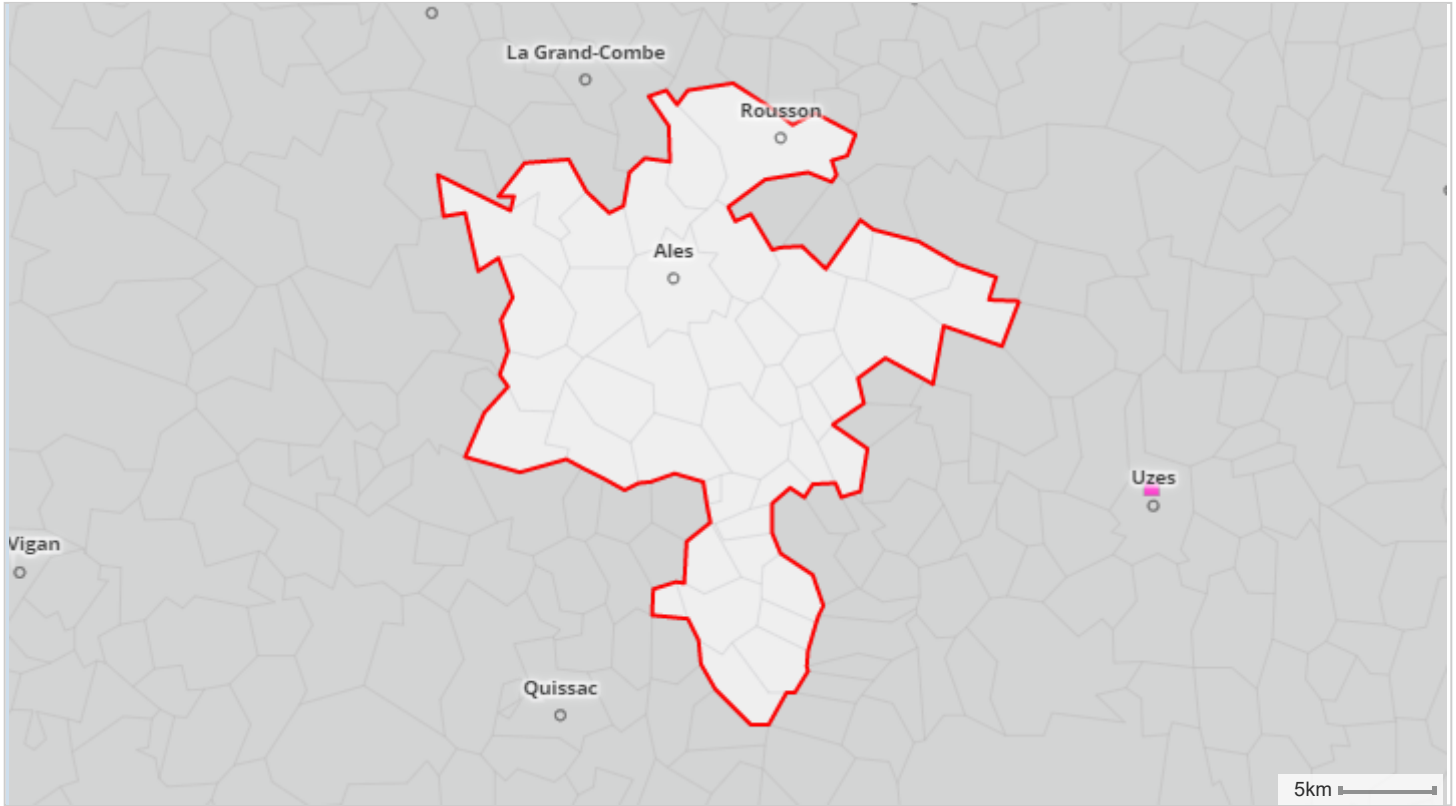
Source : SNDS DCIR PMSI, INSEE, exploitation CCMSA - 2020

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE HOSPITALIÈRE

Hôpitaux de proximité

Hôpitaux de proximité

42 communes 2021



■ Hôpitaux de proximité (231)

Source : ARS 2022

Établissements psychiatriques

Établissement psychiatrique

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Établissement psychiatrique 2020	3	34

Source : Insee, Base permanente des équipements

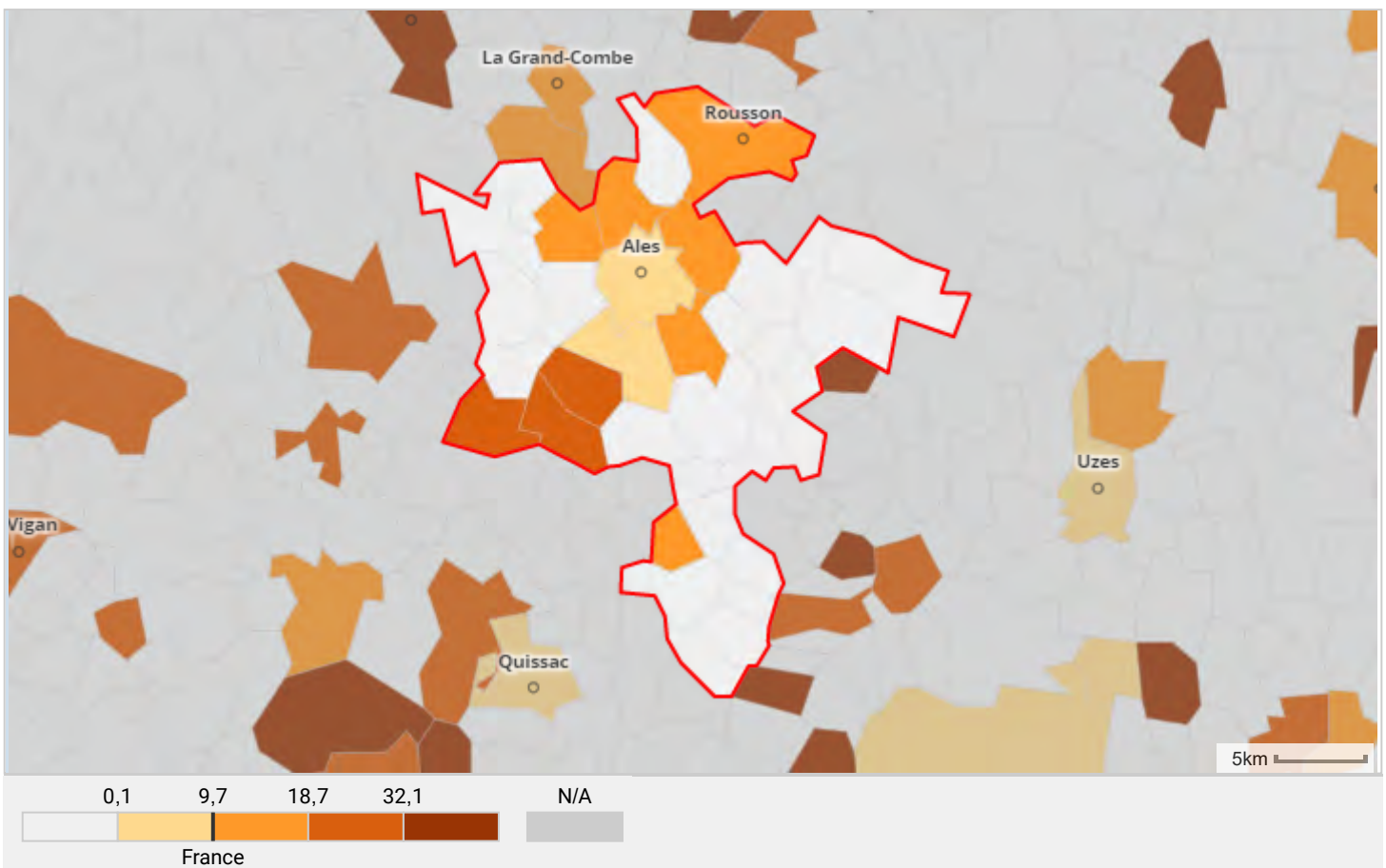
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE MÉDICO-SOCIALE

**Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
 Dépendantes**

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Équipement en lits en EHPAD	1 057	6 558
Tx d'équipement en lits en EHPAD (%)	8,9 ▲	8,4

Source : Finess - 2022

Taux d'équipement en lits en EHPAD
 42 communes 2021



Source : Finess - 2022

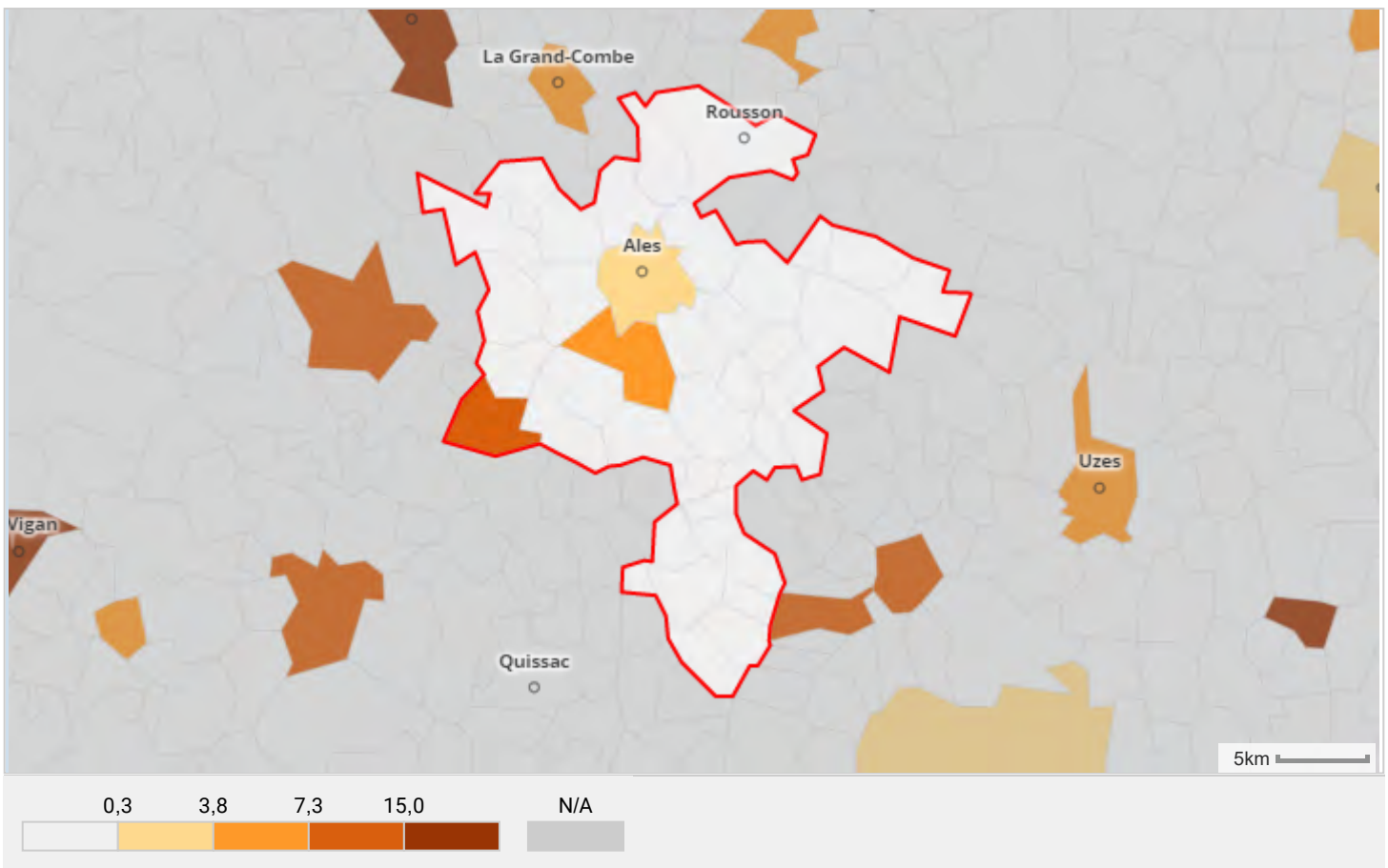
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**
DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Service de Soins Infirmiers A Domicile

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Équipement en places de SSIAD	250	1 382
Tx d'équipement en places de SSIAD (%)	2,1 ▲	1,8

Source : Finess - 2022

Taux d'équipement en places de SSIAD
 42 communes 2021



Source : Finess - 2022

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - PRÉVENTION

Dépistage des cancers

Dépistage du cancer du sein

Couverture pour les femmes MSA âgées de 50 à 74 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Taux de couverture du dépistage du cancer du sein (pour les femmes MSA âgées de 50 à 74 ans) (%)	46,0 ▼	50,6

Source : Source SNDS - DCIR - CCMSA - 2019

NB: Les chiffres concernent le dépistage collectif et individuel.

Dépistage du cancer colo-rectal

Couverture pour les patients MSA de 50 à 74 ans

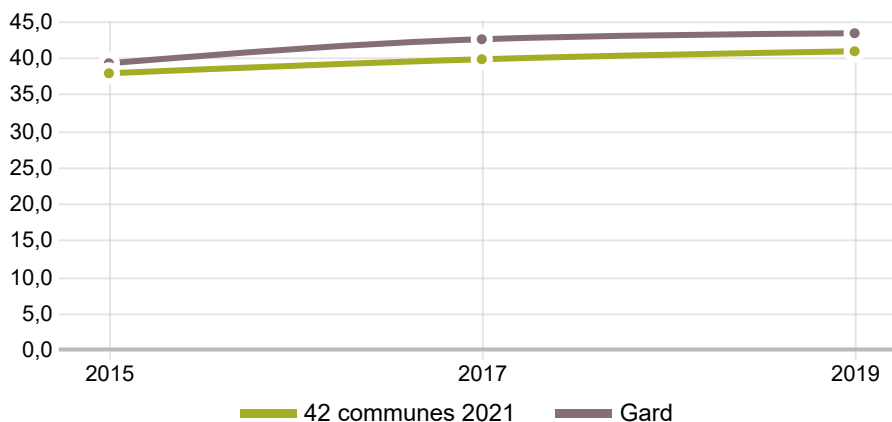
Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Taux de couverture MSA du dépistage du cancer colo-rectal (50-74 ans) (%)	14,1 ▲	13,3

Source : SNDS - DCIR - CCMSA - 2019

NB : Le taux de couverture est sous-évalué dans la mesure où il n'a pas été retiré du dénominateur les patients exclus du dépistage pour des raisons médicales

Évolution comparée du dépistage du cancer du col de l'utérus

Couverture des femmes MSA entre 25 et 65 ans



Source : SNDS, Exploitation CCMSA

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Couverture des femmes MSA entre 25 et 65 ans

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus (pour les femmes MSA âgées de 25 à 65 ans) (%)	40,8 ▼	43,3

Source : SNDS, Exploitation CCMSA - 2019

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - PRÉVENTION

Vaccinations

Vaccination anti-grippale

Couverture des patients MSA âgés de 65 ans et plus

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Taux de couverture VAG au RA (pour les 65 ans et plus) (%)	54,1	▲	49,3

Source : SNDS, DCIR - 2021

Taux de couverture VAG au régime agricole

42 communes 2021



Source : SNDS, DCIR - 2021

Vaccination ROR

Couverture Rougeole, Oreillons, Rubéole pour les patients MSA de moins de 25 mois

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - PRÉVENTION

Indicateurs	42 communes 2021	Gard
Taux de couverture ROR au RA (pour les moins de 25 mois) (%)	75,0 ▼	81,5

Source : CCMSA, Flux RAAMSES - 2021

NB : Le taux est sous-évalué dans la mesure où il ne prend pas en compte les vaccinations effectuées dans le cadre des PMI (Protection maternelle et infantile).

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - PRÉVENTION

Bilans bucco-dentaires

Bénéficiaires du bilan bucco-dentaire MSA âgés de 3 ans

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Taux de couverture du bilan bucco-dentaire MSA pour les 3 ans (%)	14,6	▼	19,9

Source : CCMSA, Flux RAAMSES - 2017

Bénéficiaires du bilan bucco-dentaire MSA âgés de 60 ans

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Taux de couverture du bilan bucco-dentaire MSA pour les 60 ans (%)	3,8	▼	8,1

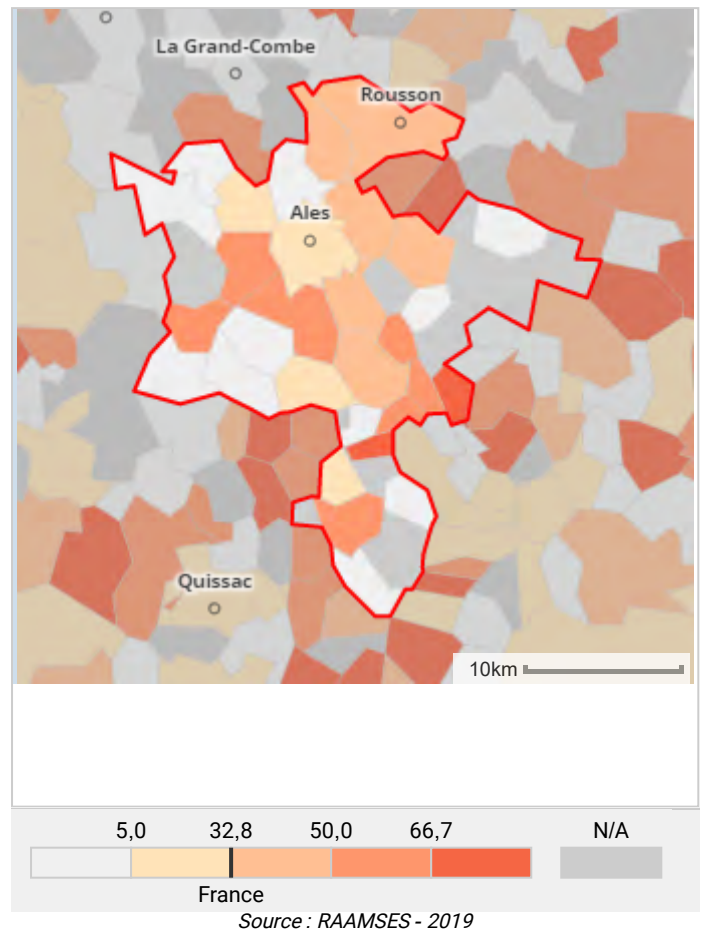
Source : CCMSA, Flux RAAMSES - 2020

Dispositif M'T dents MSA total

Indicateurs	42 communes 2021		Gard
Nombre de bénéficiaires du dispositif M'T dents MSA par âge	54		836
Taux de couverture M'T dents MSA par âge	24,8	▼	27,1

Source : RAAMSES - 2019

Dispositif M'T dents MSA 42 communes 2021



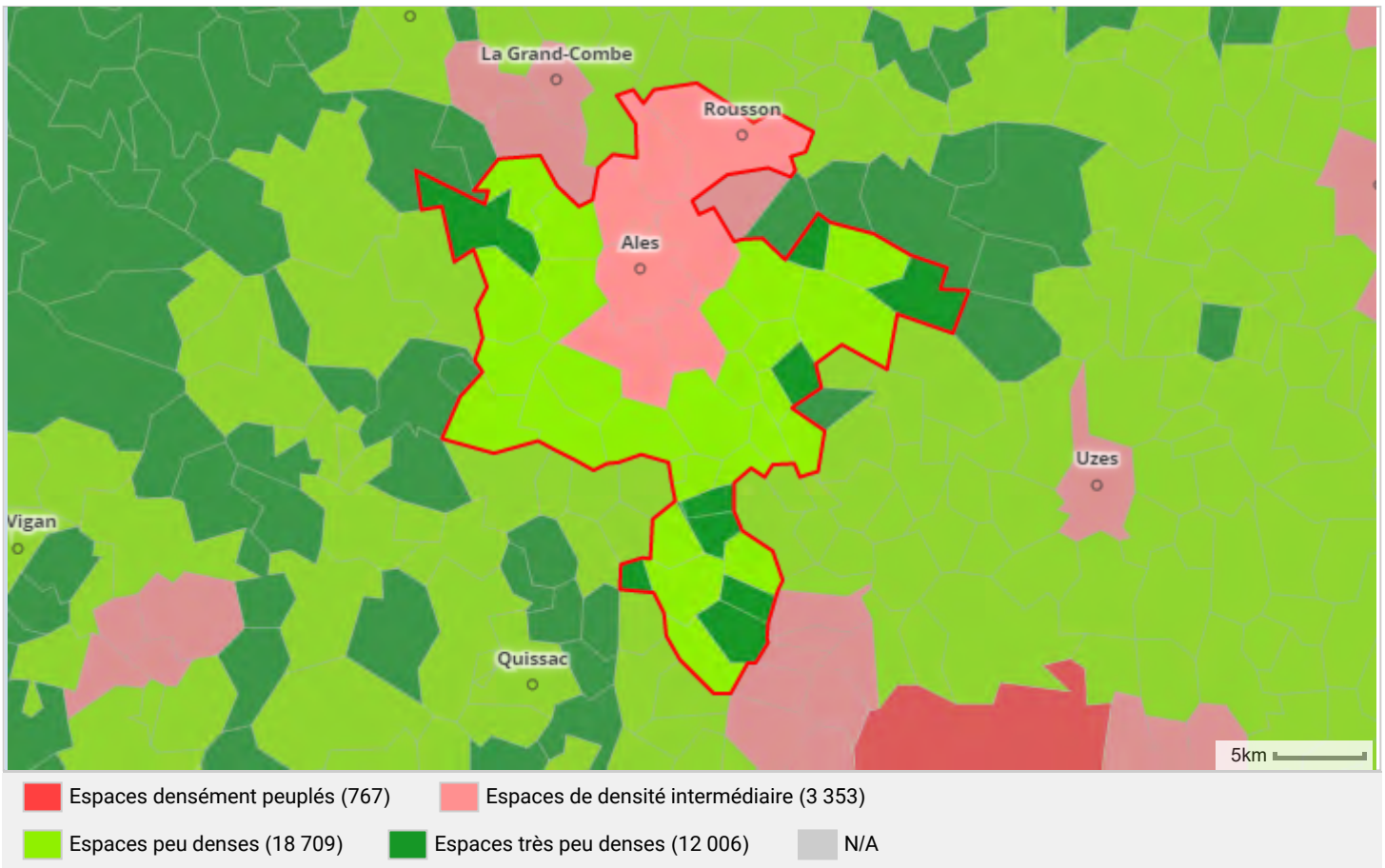
Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Typologie 1

Grille communale de densité

42 communes 2021

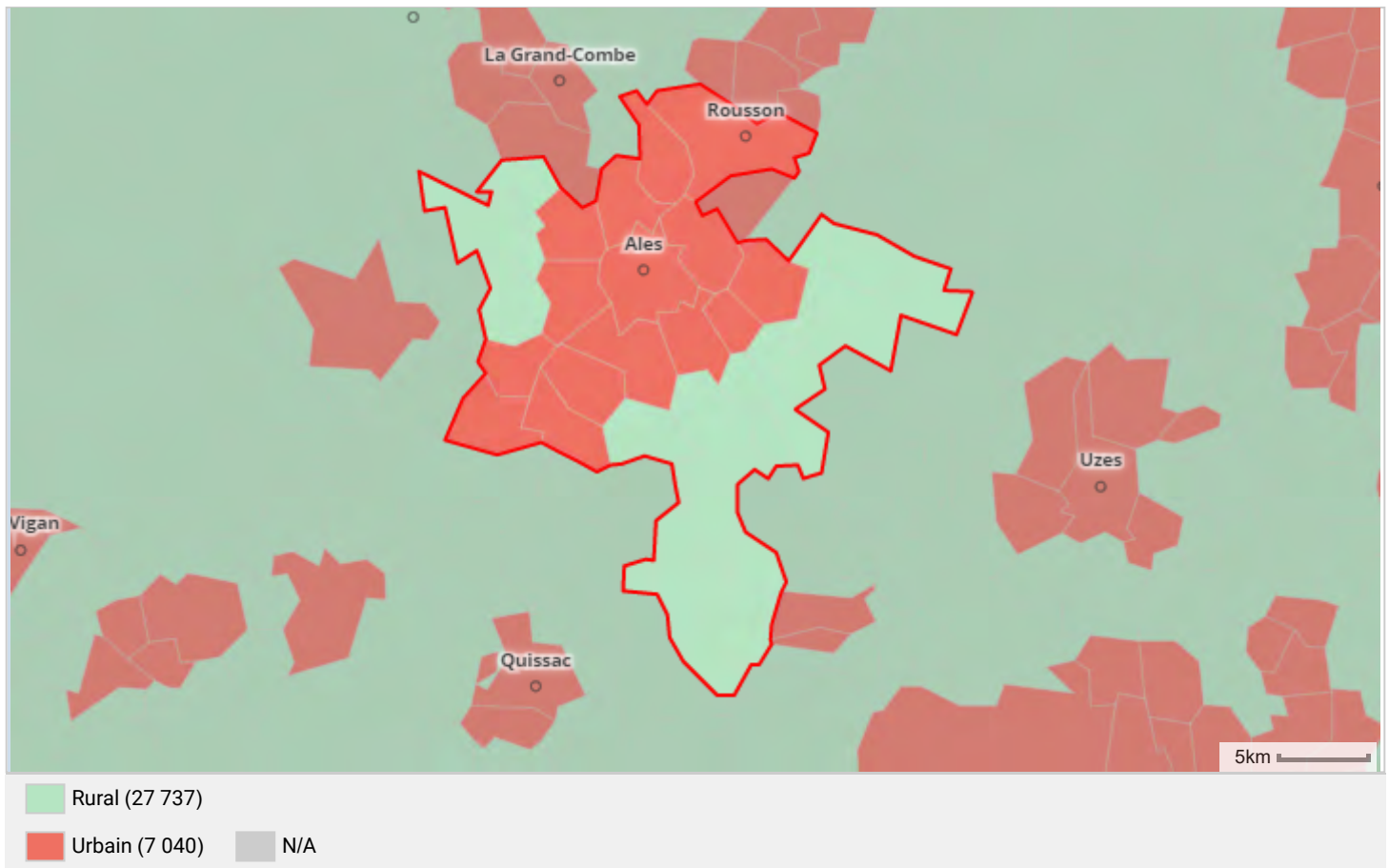


Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Classification des communes par tranche d'unité urbaine

42 communes 2021



Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Légende détaillée de la carte : typologie du zonage en aire urbaine

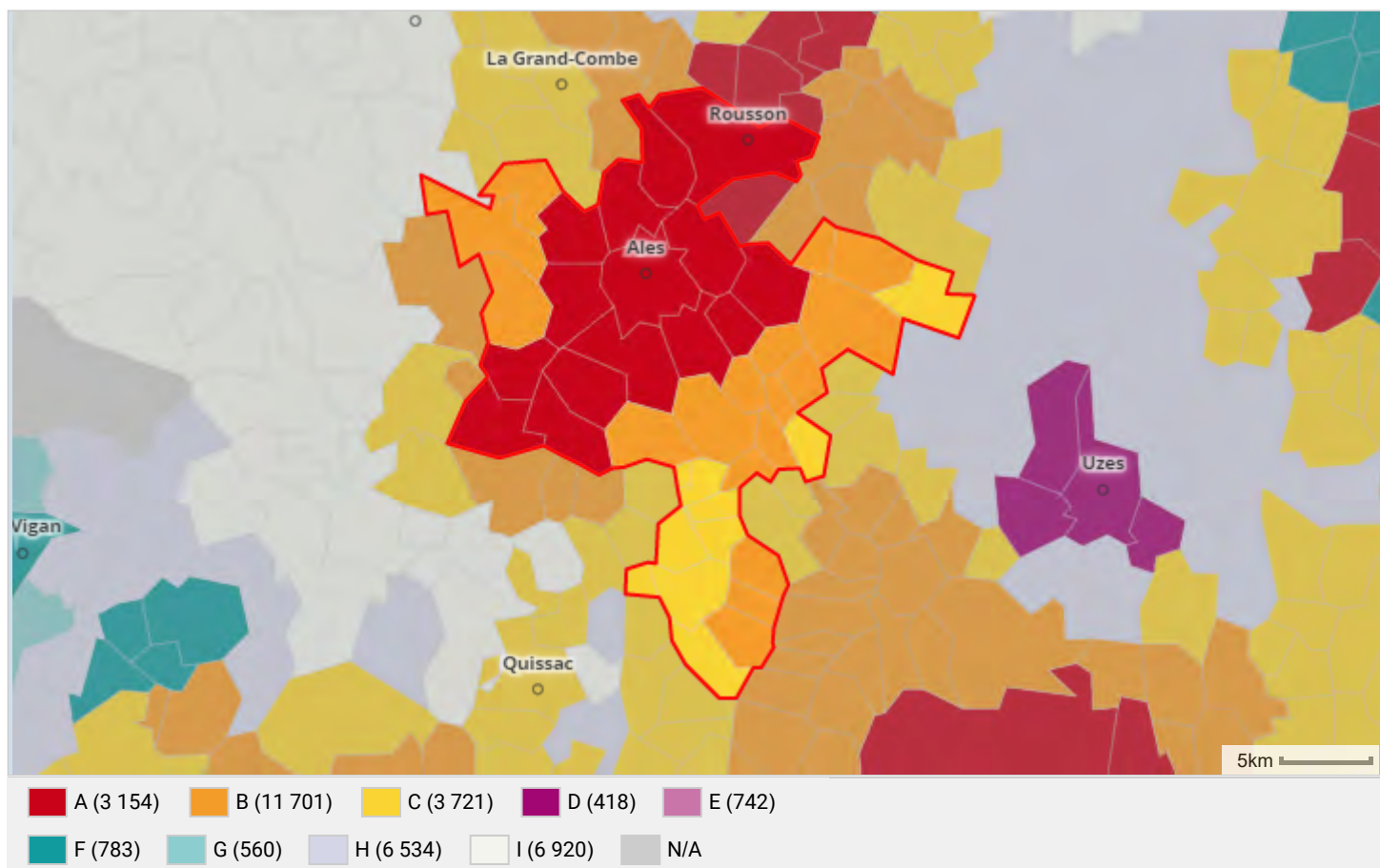
- A : Grand pôle (plus de 10 000 emplois)
- B : Couronne d'un grand pôle
- C : Multipolarisée des grandes aires urbaines
- D : Moyen pôle (5 000 à 10 000 emplois)
- E : Couronne d'un moyen pôle
- F : Petit pôle (de 1 500 à 5 000 emplois)
- G : Couronne d'un petit pôle
- H : Autre commune multipolarisée
- I : Commune isolée hors influence des pôles

Typologie du zonage en aire urbaine

	Nombre		%	
	42 communes 2021	Gard	42 communes 2021	Gard
Grand pôle (plus de 10 000 emplois)	15	42	35,7	12,0
Couronne d'un grand pôle	17	84	40,5	24,0
Multipolarisée des grandes aires urbaines	10	99	23,8	28,3
Moyen pôle (5 000 à 10 000 emplois)	0	5	0,0	1,4
Couronne d'un moyen pôle	0	0	0,0	0,0
Petit pôle (de 1 500 à 5 000 emplois)	0	13	0,0	3,7
Couronne d'un petit pôle	0	8	0,0	2,3
Autre commune multipolarisée	0	53	0,0	15,1
Commune isolée hors influence des pôles	0	46	0,0	13,1
Total	42	350	100,0	100,0

Source : CGET-Insee

Zonage en aire urbaine
42 communes 2021



Source : CGET-Insee

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Légende détaillée de la carte : typologie des campagnes françaises

- A : Campagne dynamique proche des villes
- B : Campagne diffuse proche des villes
- C : Campagne des villes à forte économie présentielle
- D : Campagne agricole et industrielle
- E : Campagne vieillie à forte économie présentielle
- F : Campagne vieillie à forte économie présentielle et touristique
- G : Campagne vieillie à très fort éloignement des services
- H : Hors champ

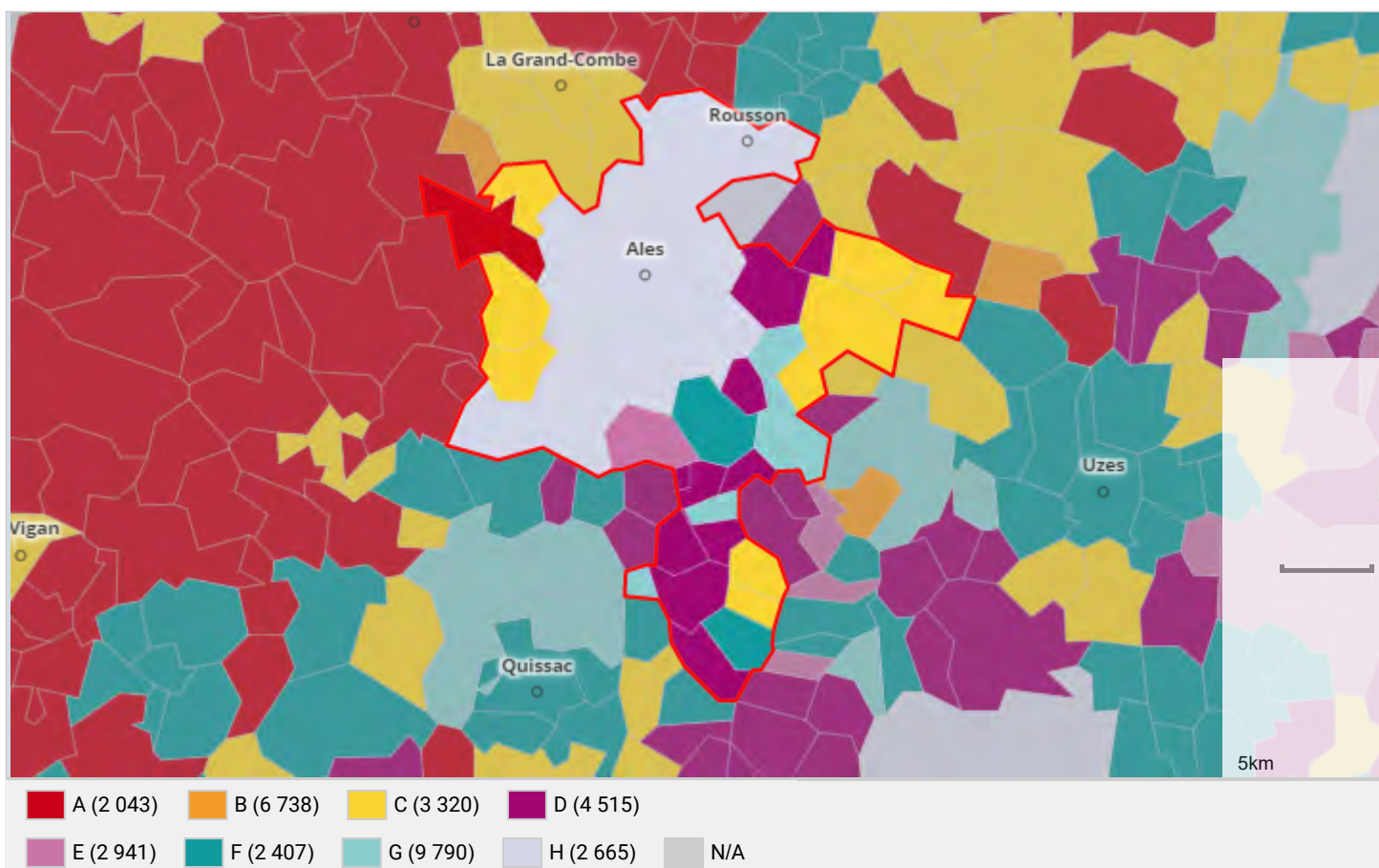
Typologie des campagnes françaises

	Nombre		%	
	42 communes 2021	Gard	42 communes 2021	Gard
Campagne dynamique proche des villes	1	73	2,4	20,8
Campagne diffuse proche des villes	0	3	0,0	0,9
Campagne des villes à forte économie présentielle	9	62	21,4	17,7
Campagne agricole et industrielle	10	49	23,8	14,0
Campagne vieillie à forte économie présentielle	1	33	2,4	9,4
Campagne vieillie à forte économie présentielle et touristique	2	77	4,8	21,9
Campagne vieillie à très fort éloignement des services	6	27	14,3	7,7
Hors champ	13	27	31,0	7,7
Total	42	351	100,0	100,0

Source : CGET - DATAR - INRA CESAER/ UFC-CNRS ThéMA/ Cemagref DTMA METAFORT

Campagnes françaises

42 communes 2021



Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Source : CGET - DATAR - INRA CESAER/ UFC-CNRS ThéMA/ Cemagref DTMA METAFORT

Zone d'étude **42 communes 2021**, comparée avec **Gard (département)**

DIAGNOSTIC TERRITORIAL SANTÉ - COMMUNE - TYPOLOGIE

Typologie 2

Légende détaillée de la carte : typologie ruralité et lien à la ville

- A : Territoires ruraux des grandes aires
- B : Territoires ruraux des moyennes et petites aires
- C : Territoires ruraux isolés
- D : Moyennes, petites aires et multipol. hors ruraux
- E : Grandes aires urbaines, hors Paris et terr. ruraux
- F : Aire urbaine de Paris, hors terr. ruraux

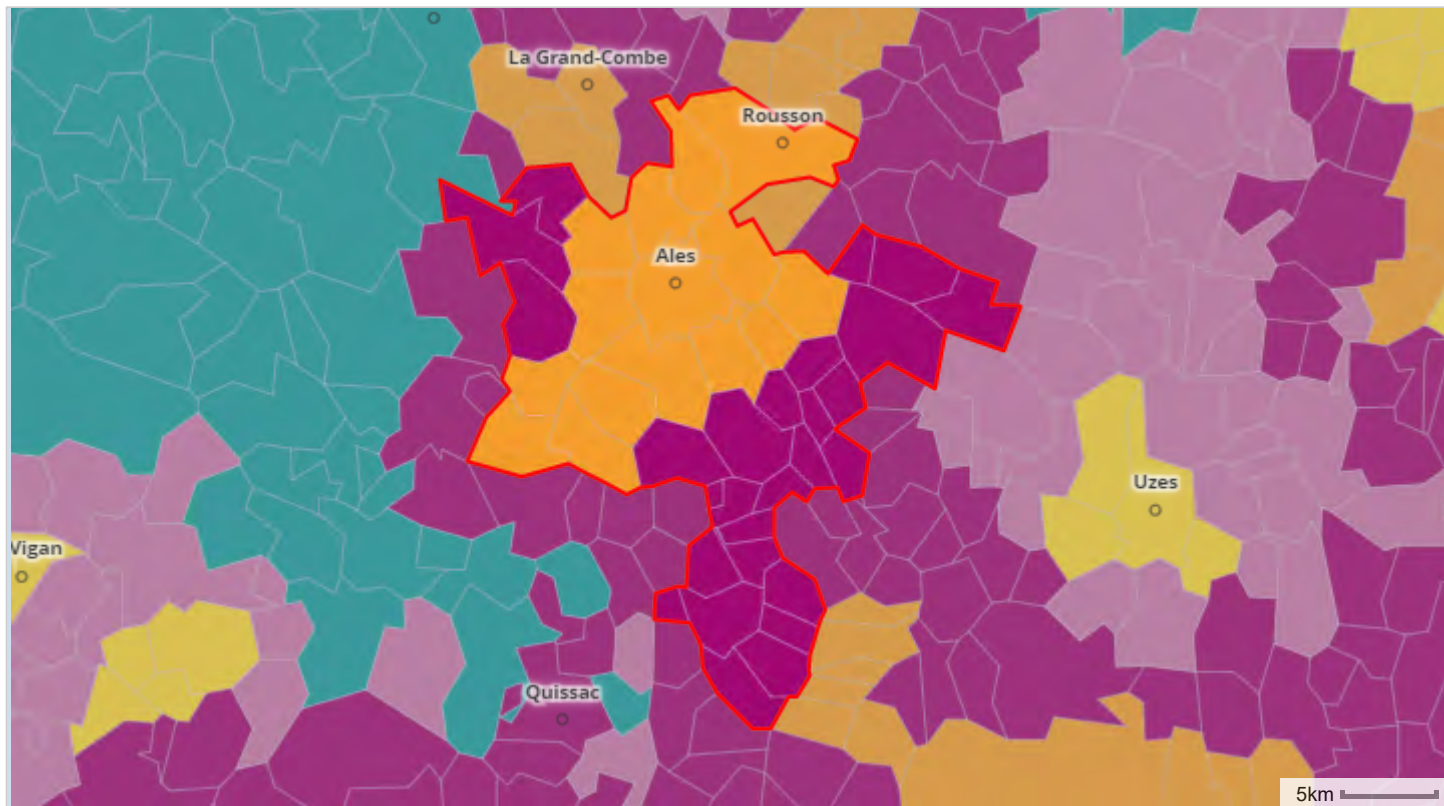
Ruralité et lien à la ville

	Nombre		%	
	42 communes 2021	Gard	42 communes 2021	Gard
Territoires ruraux des grandes aires	27	153	64,3	43,6
Territoires ruraux des moyennes et petites aires	0	61	0,0	17,4
Territoires ruraux isolés	0	47	0,0	13,4
Moyennes, petites aires et multipol. hors ruraux	0	18	0,0	5,1
Grandes aires urbaines, hors Paris et terr. ruraux	15	72	35,7	20,5
Aire urbaine de Paris, hors terr. ruraux	0	0	0,0	0,0
Total	42	351	100,0	100,0

Source : IGN GEOFLA®, zonage Insee, carte DREES. - 2020

Ruralité et lien à la ville

42 communes 2021



- A (643)
- B (3 745)
- C (1 301)
- D (14 297)
- E (7 870)
- F (6 978)
- N/A

Source : IGN GEOFLA®, zonage Insee, carte DREES 2020 - 2020



LES CHIFFRES-CLÉS
LES TERRITOIRES DE SANTÉ

PANORAMA OCCITANIE

ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCE

2021

ANALYSE DÉPARTEMENTALE

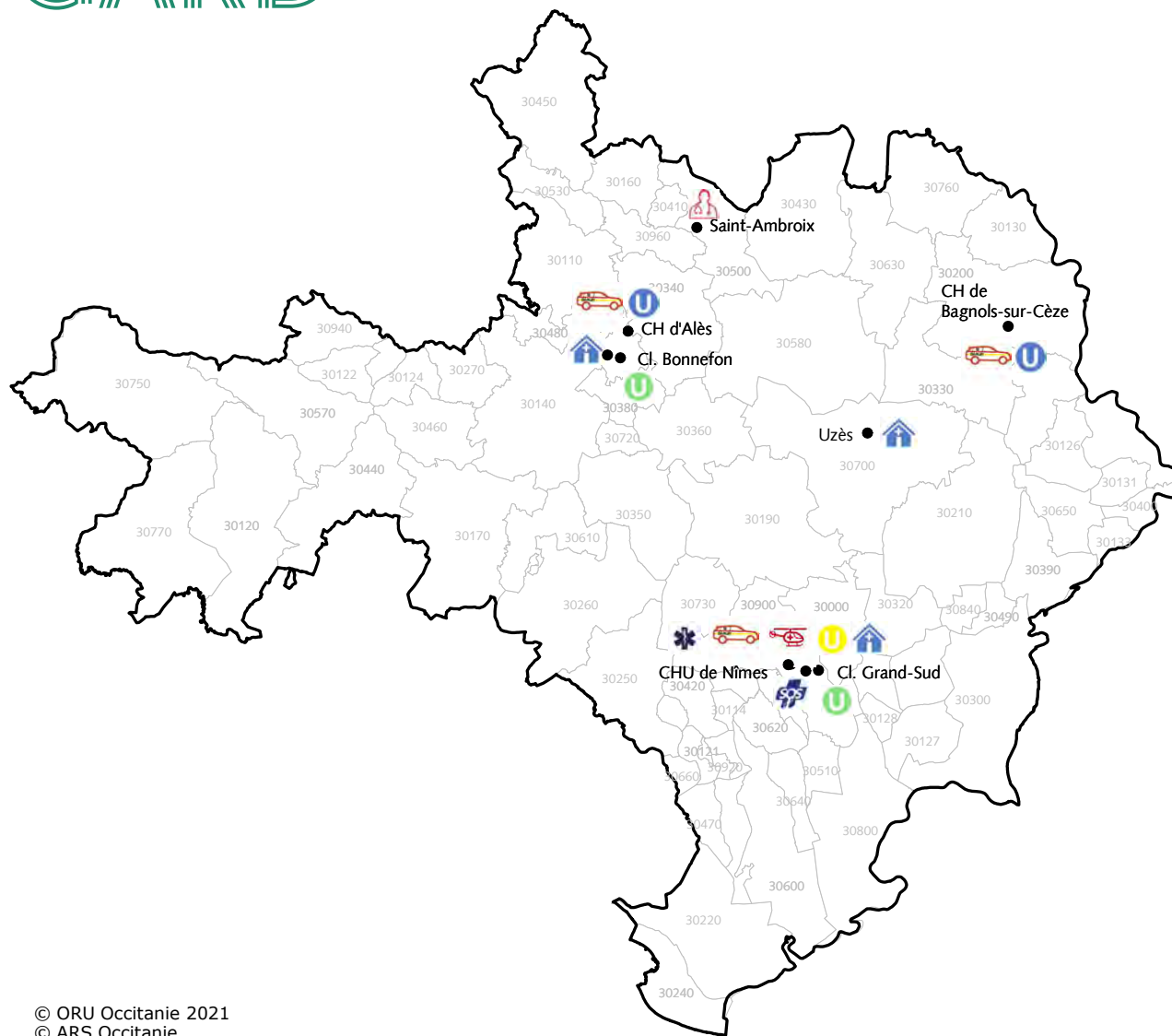
	Occitanie	09 Ariège	11 Aude	12 Aveyron	30 Gard	31 Haute-Garonne	32 Gers
Population INSEE	6 013 289	153 197	378 068	279 997	751 840	1 434 439	191 910
ACTIVITÉ SMUR							
Nombre de lignes							
Nombre de missions primaires							
Évolution 2020/2021							
Nombre de transferts secondaires							
Évolution 2020/2021							
ACCUEIL DES URGENCES							
Nombre de SU juridiques (dont privé)	63 (28)	2 (0)	5 (2)	5 (0)	5 (2)	8 (6)	2 (0)
Nombre de passages	1 776 177	45 327	128 470	78 805	211 872	329 741	30 540
Évolution 2020/2021	+14,5%	+4,5%	+14,9%	+12,4%	+15,6%	+17,6%	+13,4%
Médiane de passages par jour	4 971	123	347	216	569	909	83
Taux de passages (en %)	29,5	29,6	34,0	28,1	28,2	23,0	15,9
Nombre de RPU transmis	1 757 951	45 327	126 409	78 805	203 391	329 741	30 540
Exhaustivité du recueil	99,0%	100,0%	98,4%	100,0%	96,0%	100,0%	100,0%
Selon le type de patient							
Age médian (ans)	39	46	41	46	37	35	51
Part des patients hors région (en %)	6,1	4,8	5,3	5,1	9,8	2,3	7,7
Part des patients < 15 ans (en %)	20,1	15,3	18,6	16,5	20,1	20,3	14,6
Évolution 2020/2021 pour les < 15 ans	+34,7%	+13,5%	+32,3%	+27,4%	+33,8%	+37,6%	+29,4%
Part des patients ≥ 75 ans (en %)	15,0	19,5	15,9	19,6	14,1	12,9	23,9
Évolution 2020/2021 pour les ≥ 75 ans	+7,8%	+5,5%	+12,6%	+8,0%	+8,8%	+7,2%	+11,3%
Selon l'arrivée aux urgences (en %)							
Horaire PDSA	44,7	44,2	41,8	43,1	43,7	47,3	48,4
Nuit [20h-08h[	25,6	25,4	24,1	23,7	25,6	28,0	28,3
Nuit profonde [00h-08h[	10,9	10,6	10,8	10,3	11,5	11,5	11,5
CCMU Exploitable	91,9	94,4	92,0	51,0	97,1	96,7	100,0
CCMU 1	13,7	11,1	14,8	13,0	16,0	15,6	8,7
CCMU 4-5	1,7	1,8	1,7	1,3	1,3	1,4	3,8
Transport exploitable	78,7	99,6	65,7	92,8	62,6	95,8	99,9
Smur	2,1	1,6	1,0	1,7	2,3	5,1	1,6
VSAV	9,6	13,6	9,9	4,3	20,1	7,3	15,2
Ambulance	11,1	17,0	11,3	13,9	14,1	10,8	18,0
Selon le type d'urgences (en %)							
Diagnostic principal exploitable	90,0	92,5	80,8	51,9	92,1	97,9	100,0
Traumatologie	31,5	34,2	29,4	37,7	29,4	32,4	31,3
Selon le mode de sortie (en %)							
Mode de sortie exploitable	88,3	96,6	90,4	99,2	86,5	99,4	100,0
Hospitalisation	20,9	25,9	23,5	24,4	19,2	23,2	31,5
dont transfert vers un autre établissement	1,2	2,3	1,1	1,5	0,6	0,5	2,3
Durée de passage							
Durée de passage exploitable (en %)	95,8	96,7	99,4	99,8	99,4	99,4	100,0
Durée médiane	2h51	2h52	2h38	2h26	2h54	3h05	3h21
Durée médiane lors d'un RAD	2h31	2h39	2h18	2h06	2h41	2h28	2h34
Durée médiane lors d'une hospitalisation	5h12	4h00	4h42	4h05	4h55	6h24	5h21
Part pris en charge en moins de 4h (en %)	65,1	66,4	69,4	70,7	64,1	61,0	58,3

Forte hausse annuelle des passages aux urgences par rapport à 2020 quel que soit le département avec 4 départements qui enregistrent des augmentations supérieures à l'évolution régionale : l'Aude (+14,9%), le Gard (+15,6%), la Haute-Garonne (+17,6%) et les Pyrénées-Orientales (+19,1%).

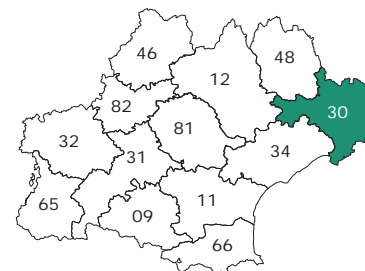
Tous les départements présentent des niveaux d'activité inférieurs à ceux de 2019

Les données dont les taux d'exploitabilité sont < à 50% ne sont pas présentées

Offre de soin



-  SAMU
-  SMUR
-  Héli-SMUR
-  Services d'urgences publics CHU
-  Services d'urgences publics hors CHU
-  Services d'urgences privés
-  Médecins correspondants du SAMU
-  Maisons médicales de garde
-  SOS Médecins
- Localisation du site



	30	CHU de Nîmes	CH d'Alés	CH de Bagnols-sur-Cèze	Clinique Grand Sud	Clinique Bonnefon	Lunel	Ganges
ACTIVITÉ SMUR Nombre de lignes								
Nombre de missions primaires								
Évolution 2020/2021								
Nombre de transferts secondaires								
Évolution 2020/2021								
ACCUEIL DES URGENCES								
Nombre de passages	211 872	107 243	41 294	29 982	22 058	11 295		
Évolution 2020/2021	+15,6%	+19,7%	+12,6%	+10,0%	+12,3%	+13,1%		
Médiane de passages par jour	569	297	103	75	58	30		
Nombre de RPU transmis	203 391	106 015	37 876	27 474	20 963	11 063		
Exhaustivité du recueil	96,0%	98,9%	91,7%	91,6%	95,0%	97,9%		
Score qualité	170,2	162,9	186,4	146,9	167,5	187,3		
Selon le type de patient								
Âge médian (ans)	37	34	45	40	35	48		
Part des patients hors région (en %)	9,8	8,7	7,9	20,7	6,0	6,4		
Part des patients < 15 ans (en %)	20,1	21,6	18,1	21,7	19,2	10,4		
Évolution 2020/2021 pour les < 15 ans	+33,8%	+41,3%	+25,8%	+28,9%	+24,0%	+16,0%		
Part des patients ≥ 75 ans (en %)	14,1	12,9	20,3	14,9	8,0	14,9		
Évolution 2020/2021 pour les ≥ 75 ans	+8,8%	+8,5%	+11,0%	+7,6%	+3,0%	+9,9%		
Selon l'arrivée aux urgences (en %)								
Horaire PDSA	43,7	46,5	46,5	42,5	31,9	33,2		
Nuit [20h-08h[	25,6	28,6	29,1	24,4	11,1	14,9		
Nuit profonde [00h-08h[	11,5	13,6	13,0	10,4	2,9	6,2		
CCMU Exploitable	97,1	94,7	99,3	100,0	100,0	100,0		
CCMU 1	16,0	22,3	7,8	20,9	0,3	5,0		
CCMU 4-5	1,3	1,5	1,5	1,8	0,1	0,3		
Transport exploitable	62,6	53,1	99,3	5,8	99,5	99,0		
Smur	2,3	2,6	3,8	-	0,0	0,2		
VSAV	20,1	28,0	22,4	-	4,8	2,3		
Ambulance	14,1	18,3	18,2	-	1,8	2,8		
Selon le type d'urgences (en %)								
Diagnostic principal exploitable	92,1	86,2	99,3	100,0	95,6	97,1		
Traumatologie	29,4	18,0	28,1	29,1	79,5	34,4		
Selon le mode de sortie (en %)								
Mode de sortie exploitable	86,5	100,0	99,9	0,0*	100,0	100,0		
Hospitalisation	19,2	19,8	25,5	-	9,4	10,8		
dont transfert vers un autre établissement	0,6	0,4	1,2	-	0,1	0,9		
Durée de passage								
Durée de passage exploitable (en %)	99,4	99,9	99,9	96,8	99,9	97,1		
Durée médiane	2h54	3h27	2h53	2h18	2h01	2h51		
Durée médiane lors d'un RAD	2h41	3h05	2h28	-	1h57	2h41		
Durée médiane lors d'une hospitalisation	4h55	5h31	4h25	-	2h47	5h02		
Part pris en charge en moins de 4h (en %)	64,1	56,1	66,2	73,6	85,7	69,8		

Hausse d'activité parmi les plus fortes de la région, le CH de Bagnols-sur-Cèze est le seul du département à revenir à une volumétrie proche de celle de 2019

© ORU Occitanie 2021

Les données dont les taux d'exploitabilité sont < à 50% ne sont pas présentées

*Données non présentées car non pertinentes

Statuts juridiques de la CPTS

STATUTS JURIDIQUES DE LA COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ LA CÉVENOLE

TITRE PREMIER – CONSTITUTION- OBJET DE L'ASSOCIATION-SIÈGE SOCIAL- DURÉE

ARTICLE 1 : CONSTITUTION ET DÉNOMINATION

Il est fondé entre professionnels de santé adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901. L'Association a pour dénomination « **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé La Cévenole** », titre complet et « **CPTS La Cévenole** » titre court.

Est considéré comme professionnel de santé au sens des présents articles, tout professionnel intervenant dans la prise en charge sanitaire sans forcément être classé dans la catégorie des « professionnels de santé » au sens strict du Code de la Santé Publique.

ARTICLE 2 : OBJET ET MISSIONS DE L'ASSOCIATION

L'association « Communauté Professionnelle Territoriale de Santé La Cévenole » a pour objet de répondre aux missions définies dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnels (ACI) publié au Journal Officiel du 24 août 2019 visant à l'amélioration de l'accès aux soins, de la fluidité des parcours des patients, de la prévention, de la qualité et la pertinence des soins, et de l'accompagnement des professionnels de santé.

À cet effet, l'association crée, organise, anime et assure le fonctionnement d'une communauté professionnelle du territoire de santé au sens de la loi pour la modernisation du système de santé, Loi 2016-41 du 26 janvier 2016, et article L.1434-12 du Code de Santé Publique.

Pour ce faire les activités de l'association sont les suivantes :

- Mobiliser et animer un réseau de professionnels de santé
- Affiner le diagnostic du territoire
- Animer la construction du projet de santé
- Enrichir au gré des besoins et des demandes de santé territoriale notre projet de santé
- Concourir à l'organisation de l'offre de soins pour faciliter l'accès aux soins de premier recours
- Contribuer à une organisation répondant aux besoins de santé de la population du territoire et notamment dans le soin non-programmé
- Coordonner la pertinence et qualité des soins sur notre territoire
- Identifier et porter l'ensemble des professionnels de santé du territoire dans un projet de santé commun auprès de nos différents partenaires
- Encourager une coordination entre les professionnels libéraux et professionnels en établissements de santé
- Favoriser une formation professionnelle interdisciplinaire sur le territoire
- Apporter l'expertise de la santé libérale aux différentes cellules de coordination de gestion des crises sanitaires existantes
- Porter des actions de prévention, sensibilisation dans une dimension pluriprofessionnelle auprès de la population

- Favoriser l'attractivité de notre territoire afin de faciliter l'installation de nouveaux professionnels de santé
- Valoriser et faciliter l'exercice libéral des professionnels de santé du territoire
- Solliciter et recevoir les financements nécessaires

Elle peut accomplir toutes les opérations qui se rattachent directement ou indirectement à son objet.

ARTICLE 3 : SIÈGE SOCIAL

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

RESEDA Maison de la Santé, 34B avenue Jean Baptiste Dumas, 30100 ALES.

Il pourra être transféré en tout lieu du même territoire de santé de la CPTS en vertu d'une simple décision du Conseil d'Administration.

En revanche, le transfert du siège social de l'Association en dehors des limites sous-mentionnées n'est pas possible.

ARTICLE 4 – LIMITES GÉOGRAPHIQUES

Les limites géographiques de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé « La Cévenole » comprend le territoire des communes suivantes, se superposant à la permanence des soins : Aigremont, Alès, Anduze, Bagard, Boisseret-et-Gaujac, Brouzet-lès-Alès, Cassagnoles, Cendras, Deaux, Domessargues, Générargues, Les Plans, Lédignan, Martignargues, Maruéjols-lès-Gardon, Massanes, Maressargues, Mons, Montagnac, Monteils, Moulézan, Méjannes-lès-Alès, Ners, Ribaute-les-Tavernes, Rousson, Saint-Bénézet, Saint-Christol-lez-Alès, Saint-Hilaire-de-Brethmas, Saint-Hippolyte-de-Caton, Saint-Jean-du-Pin, Saint-Julien-les-Rosiers, Saint-Just-et-Vacquières, Saint-Martin-de-Valgalgues, Saint-Paul-la-Coste, Saint-Privat-des-Vieux, Saint-Sébastien-d'Aigrefeuille, Saint-Étienne-de-l'Olm, Savignargues, Seynes, Soustelle, Vézénobres, Saint-Césaire-de-Gauzignan.

Les limites n'étant pas immuables, il est possible d'avoir des modifications du territoire.

La CPTS ne s'oppose pas à l'ajout de nouvelles communes à condition que la majorité des professionnels de santé de la commune soit favorable à une adhésion à la CPTS La Cévenole et après accord du Conseil d'Administration.

Le départ d'une commune « bordure » est autorisé à condition que la majorité des professionnels de la commune y soit favorable et après validation du Conseil d'Administration.

Toutes modifications du territoire n'entraînent pas de modification des statuts.

Toutefois, l'aire d'influence de la Communauté n'est pas soumise aux strictes limites administratives pour éviter l'effet frontière avec d'autres Communautés Professionnelles Territoriales de Santé sous réserve de réciprocité de la part de celles-ci.

ARTICLE 5 : DURÉE

L'association est constituée pour une durée illimitée.

TITRE DEUXIEME – COMPOSITION, CONDITIONS D'ENTRÉE ET DE SORTIE

ARTICLE 6 : MEMBRES

Est considéré comme membre, toute personne physique ou morale comme défini ci-dessous, s'étant acquitté de sa cotisation (excepté des membres partenaires et d'honneur) et remettant

annuellement un bulletin d'adhésion pour l'année en cours. L'adhérent prend l'engagement de respecter les présents statuts et le règlement intérieur. Chaque membre de l'Association s'engage également à respecter les valeurs, et l'objet social et les textes fonctionnels régissant le fonctionnement de la communauté professionnelle territoriale de santé portée par l'Association.

L'association se compose des :

Membres Actifs : ce sont les professionnels de santé libéraux qui contribuent à l'objet de l'association en apportant leur concours à la réalisation des projets (missions). Ils s'acquittent d'une cotisation dont le montant est fixé chaque année par le Bureau et validée par le Conseil d'Administration. Ils sont électeurs et éligibles (collège 1). Ils ont des droits de vote aux Assemblées Générales.

Membres Associés : ce sont les personnes physiques, professionnels de santé salariés et/ou retraités qui contribuent à l'objet de l'association en apportant leur concours à la réalisation des projets (missions). Ils s'acquittent d'une cotisation dont le montant est fixé chaque année par le Bureau et validée par le Conseil d'Administration. Leurs adhésions sont cooptées par le Bureau. Ils sont éligibles au Conseil d'Administration (collège 2) avec droits de vote. Ils peuvent faire partie du Bureau selon les modalités de l'article 16. Ils peuvent participer aux Assemblées Générales avec droits de vote, selon les modalités de l'article 14.

Membres Partenaires : ce sont les élus et les représentants des collectivités territoriales, les représentants des autres CPTS, les représentants des établissements de santé, les acteurs de la prévention, les associations d'usagers et de patients, les personnes morales œuvrant dans le secteur sanitaire, médico-social et social, les représentants de l'Ecole des Mines d'Alès, situés sur le territoire de la CPTS et souhaitant participer à la CPTS La Cévenole. Ils sont dispensés du paiement de la cotisation. La qualité de membre partenaire doit être sollicitée par demande écrite. Elle est soumise à l'accord du bureau.

Ils sont éligibles au Conseil d'Administration (collège 3) sans droits de vote (voix consultative). Ils ne peuvent pas faire partie du Bureau. Ils peuvent participer aux Assemblées Générales sans droits de vote.

Membres Fondateurs : ce sont les professionnels de santé ayant personnellement participé à la fondation de l'association et l'élaboration de son projet de projet de santé. Ils s'acquittent d'une cotisation annuelle, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale. Ils ont un droit de vote à l'Assemblée Générale. Ils peuvent aussi assister à vie au Conseil d'Administration avec seulement une voix consultative.

Membres d'Honneur : ce titre peut être décerné par délibération du Conseil d'Administration aux personnes physiques ou morales qui rendent ou ont rendu des services importants à l'association. Ils sont dispensés du paiement de la cotisation. Ils peuvent participer aux assemblées générales. Ils ne sont ni électeurs ni éligibles.

Article 7 : Les collèges

Les membres de l'association sont répartis en 3 collèges :

Collège 1	Collège 2	Collège 3
Professionnels de santé du 1er Recours et 2e Recours libéraux 33 Représentants Délibératifs Répartis comme suit : - 6 médecins, - 6 pharmaciens, - 6 infirmiers, - 6 masseurs-kinésithérapeutes, - 9 autres professionnels de santé (sage-femmes, odontologues, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens...)	Professionnels de santé salariés, retraités et professionnels du secteur médico-social ou social 6 Représentants Délibératifs Pour les professionnels salariés en établissement et retraités. Dont 1 représentant de l'association Reseda	Structures du secteur sanitaire médico-social ou social, et notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements sanitaires ou médico-sociaux. 7 Représentants Consultatifs Ces structures sont représentées par une personne qui peut faire partie d'un autre collège. -1 représentant des collectivités territoriales -1 représentant du Centre Hospitalier Auvergne -1 représentant de la Clinique Bonnefon -1 représentant des usagers -1 représentant des établissements Filieris -1 représentant des structures médico-sociales - 1 représentant des EHPAD

ARTICLE 8 : L'acquisition et la perte de qualité de membre

L'admission est formalisée par le remplissage d'un bulletin d'adhésion annuel et le règlement d'une cotisation dont le montant est fixé annuellement par le Bureau et validé par le Conseil d'Administration selon le statut des membres.

Tout nouvel adhérent est tenu d'adhérer aux dispositions des présents statuts et de ses annexes ; du règlement intérieur, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances de l'Association et qui s'appliqueraient à ses adhérents.

La qualité de membre se perd par :

- La démission notifiée par tous les moyens de communication écrit ou électronique adressée au(x) (co-)président(e)(s)
- Le décès de la personne physique membre
- La dissolution des personnes morales, quelle que soit la cause, ou leur liquidation judiciaire
- Non-paiement de la cotisation
- L'exclusion/Radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour :
 - Motifs graves (L'intéressé devra préalablement avoir été invité à faire valoir ses moyens de défense)
 - Non-participation d'un membre du conseil d'administration à trois réunions consécutives et sans excuse.

Le Conseil d'Administration peut également décider de la suspension temporaire d'un membre. Cette décision implique la perte de la qualité de membre et du droit de participer à la vie sociale pendant toute la durée de la suspension.

ARTICLE 10 : AFFILIATION

L'association peut par ailleurs adhérer à d'autres associations, unions ou regroupements par décision du Bureau.

TITRE TROISIEME – RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 11 : RESSOURCES

Les ressources de l'association comprennent :

- Le montant des droits d'entrée et des cotisations
- Les subventions /dotations de l'Etat (FIR) de tous organismes de sécurité sociale et tout autre acteur institutionnel (Région, Département, Agence régionale de Santé, Collectivités territoriales, communes, personnes morales assurant une mission de service public, Caisses de retraite, etc.)
- Les subventions des Unions Régionales des Professionnels de Santé
- D'apports en nature ou de la mise à disposition de biens, matériels ou ressources humaines de ses membres
- Du mécénat
- Des intérêts et revenus des biens de l'association
- De toutes autres ressources (subventions, dons, legs, produits financiers etc.) autorisées par la loi et les règlements en vigueur

ARTICLE 12 : COTISATION

Le montant de la cotisation annuelle due par les membres est fixé chaque année par le Conseil d'Administration, sur proposition du Bureau. Les cotisations sont payables tous les ans, en même temps que la remise du bulletin d'adhésion. En cas de démission, la cotisation versée à l'association de l'année en cours reste acquise à cette dernière.

ARTICLE 13 : COMPTABILITÉ, COMMISSAIRE AUX COMPTES

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

Les comptes annuels sont tenus à la disposition de tous les membres, avec le rapport moral, le rapport financier, et le rapport du commissaire aux comptes s'il y a lieu. En tant que de besoin, l'Assemblée Générale peut nommer un commissaire aux comptes titulaire. (le Conseil d'Administration nommera le premier commissaire aux comptes).

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

TITRE QUATRIEME –ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ARTICLE 14 - Assemblées générales

Article 14-1: Disposition communes pour la tenue des Assemblées Générales

Les Assemblées Générales sont ordinaires une fois par an ou extraordinaires en tant que de besoin et se composent de tous les membres de l'Association.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du (des) Président(s) de l'Association ou à défaut un membre du Bureau. Les Assemblées se réunissent également sur la demande écrite d'au

moins une moitié des membres de l'Association. Dans ce cas, les co-Présidents ou co-secrétaires doivent convoquer l'Assemblée Générale dans les soixante jours suivant la demande écrite. Les convocations sont adressées par lettre ou courriel, quinze jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration et doit être mentionné sur les convocations.

Les méthodes de vote, les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation.

Les Assemblées Générales sont présidées par le(s) co-Président(s) de l'Association.

Le Bureau de l'Assemblée générale est identique à celui de l'association générale. Les co-présidents et les co-secrétaires de séance s'assurent du bon déroulement de l'Assemblée Générale et procèdent à l'établissement des procès-verbaux. Ils peuvent se faire assister par un ou plusieurs assesseurs notamment lors des votes.

Seuls ont droit de vote les membres présents ou représentés à jour de leur cotisation. Le vote par procuration est autorisé dans la limite de deux pouvoirs par membre présent, la procuration ne pouvant être donnée qu'à un membre du même siège. Il est établi à chaque Assemblée une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté. Cette feuille d'émargement est signée conforme par les co-présidents, le vice-président et/ou les co-secrétaires de séance, et conservée au siège de l'Association.

Chaque membre présent ou représenté possède une seule voix, les membres fondateurs, actifs et membres associés faisant partie du Conseil d'Administration participent de la même façon à l'ensemble des votes. Seules sont valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour. Les délibérations et résolutions des Assemblées générales font l'objet de procès-verbaux, ceux-ci sont inscrits sur le registre des délibérations des Assemblées générales et signés par les co-présidents, et/ou le vice-président, et/ou les co-secrétaires de séance. Ces documents sont conservés au siège de l'Association.

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

ARTICLE 14-2 : ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'association telle que décrit dans l'article 6.

Elle se réunit au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social et à chaque fois que nécessaire, à l'initiative du/de la (des) co-président(e)(s) ou du Conseil d'administration.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins des co-président(s) ou co-secrétaires. L'ordre du jour figure sur les convocations.

Pour délibérer valablement, le nombre de membres présents ou représentés doit être égal au moins au quart des membres électeurs de l'association. Si ce quorum n'est pas atteint, il peut être procédé à une nouvelle convocation sans condition de délai d'intervalle et l'Assemblée Générale peut alors siéger sans condition de quorum.

L'Assemblée est compétente notamment pour :

- Approuver le rapport moral,

- Approuver le rapport financier ainsi que, le cas échéant, le rapport du Commissaire aux comptes sur l'exercice clos,
- Procéder à l'élection du Conseil d'Administration (chaque membre vote pour l'élection des représentants de son collège),
- Désigner le Commissaire aux comptes et son suppléant, si nécessaire. Ceux-ci doivent être régulièrement inscrits sur la liste du Haut Conseil au Commissariat aux Comptes. Le commissaire aux comptes et son suppléant ne peuvent être membres de l'Association,
- Délibérer sur toutes les autres questions inscrites à l'ordre du jour.

Le(s) (co-)président(e)(s), assisté(e)(s) des membres du Conseil d'Administration, préside(nt) l'assemblée et expose(nt) la situation morale ou l'activité de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le rapport financier (bilan, compte de résultat et annexe) et le rapport du commissaire aux comptes s'il y a lieu à l'approbation de l'assemblée. L'assemblée générale ordinaire approuve les comptes de l'exercice clos.

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

L'assemblée générale ordinaire autorise le(s)/la (co-)président(e)(s) à signer tout acte, à conclure tout engagement, et à contracter toute obligation qui dépasse le cadre de ses pouvoirs statutaires.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés. Chaque membre électeur bénéficie d'une voix. Le vote par procuration est autorisé dans la limite de deux pouvoirs par membre présent et du même collège. En cas d'égalité, la décision est prise par le Président.

Si besoin, il est procédé après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement au scrutin secret des membres du Conseil d'Administration. Les Assemblées Générales peuvent entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations.

Toutes les délibérations sont prises à main levée, excepté l'élection des membres du Conseil d'Administration. Possibilité de vote à scrutin secret sur proposition des membres du bureau.

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

Il est tenu procès-verbal des délibérations et résolutions des Assemblées Générales. Les procès-verbaux sont établis sans blanc ni rature, et signés par au moins un des co-présidents et un des co-secrétaires de séance ; ils sont retranscrits dans l'ordre chronologique, sur le registre des délibérations de l'association coté et paraphé par au moins un des co-président(e)(s).

Une feuille de présence est signée par tous les membres présents et représentés et certifiée exacte par un des co-présidents.

ARTICLE 14-3 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié des membres adhérents, le(s)/la (co-)président(e)(s) peut (peuvent) convoquer une Assemblée Générale extraordinaire, suivant les modalités prévues aux présents statuts.

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

L'Assemblée Générale extraordinaire a compétence pour procéder, sur proposition du/de la (des) (co-)président(e)(s), à la modification des statuts, à la dissolution de l'association et à la dévolution de ses biens (Titre V), à la fusion ou transformation de l'association et à la création d'une filiale, d'un fonds de dotation ou de toute autre structure ayant un lien direct avec l'association.

La dissolution de l'association est prise à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés, des collègues 1 et 2. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents ou représentés exige le scrutin secret.

ARTICLE 15 : CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Pour faciliter le démarrage de la CPTS, un premier Conseil d'Administration a été constitué par les membres invités et présents à l'Assemblée Générale constitutive pour une durée de 3 ans. Il sera démissionnaire mais rééligible au terme.

L'association sera par la suite dirigée par un Conseil d'Administration composé à minima de 12 membres et pouvant aller jusqu'à 46 membres élus pour trois ans par l'Assemblée Générale. Le nombre maximum d'administrateurs peut être modifié par l'Assemblée Générale.

Les membres de l'association veillent à ce que chaque profession de santé soit correctement représentée, en cohérence avec leur rôle attendu sur le territoire. Ainsi le Conseil d'Administration sera réparti comme suit :

- **Collège 1** : Professionnels de santé du 1er Recours et 2e Recours libéraux (personnes physiques)
- **Collège 2** : Professionnels de santé salariés, retraités et professionnels du secteur médico-social ou social (personnes physiques)
- **Collège 3** : Structures du secteur sanitaire médico-social ou social, et notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements sanitaires ou médico-sociaux (personnes physiques ou morales).

Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de vacance de poste, le Conseil d'Administration peut pourvoir provisoirement au remplacement de ses membres. Les pouvoirs des membres remplacés prennent fin à l'expiration du mandat des membres élus. Il est procédé au remplacement définitif par la plus proche élection en Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois, sur convocation du/de la (des) (co-)président(e)(s), ou à la demande écrite du quart de ses membres.

Les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation.

Le Président peut convoquer à ces réunions à titre consultatif toute personne dont la compétence serait utile à son fonctionnement ou à la prise de décision.

L'ordre du jour est fixé par le Président et/ou le Bureau et joint aux convocations qui devront être adressées par lettre ou par courriel aux membres au moins quinze jours avant la réunion. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Pour que le Conseil d'Administration puisse délibérer valablement, il faut un quorum d'au moins un quart des administrateurs, présents ou représentés, ayant voix délibérative.

Les décisions sont prises à majorité des voix ; en cas de partage, la voix du/de la (des) (co-)président(e)(s) est prépondérante. Le vote par procuration dans la limite de 2 pouvoirs par membre présent, le vote par écrit et le vote électronique sont autorisés.

Par ailleurs, lesdites délibérations sont prises à mains levées. Toutefois à la demande du tiers au moins des administrateurs présents, les votes peuvent être émis à bulletin secret.

Il est également tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent pour lui-même et pour l'administrateur qu'il représente. Les délibérations et résolutions du Conseil d'Administration font l'objet de procès-verbaux qui sont inscrits sur le registre des délibérations du Conseil d'Administration et signés par le Président et/ou le vice-président et/ou le secrétaire. Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Dans le cas où les membres ne peuvent pas être présents physiquement en cas circonstances exceptionnelles, il est possible que les réunions soient organisées en distanciel, les votes à distance seront ainsi valables.

En cas de démission ou de radiation, la personne perd immédiatement tous pouvoirs.

Article 15-1 : Pouvoirs

Outre les matières qui lui sont dévolues par les présents statuts, le Conseil d'Administration dispose d'une compétence générale pour toutes les matières intéressant l'Association et qui ne sont pas réservées à l'Assemblée Générale.

Il délibère notamment sur :

- L'adoption du budget prévisionnel,
- Approuve le Règlement Intérieur,
- Les mesures relatives à la sortie d'un membre de l'Association, les éventuelles mesures d'exclusion ou de radiation, la gestion des membres du Bureau lequel doit rendre compte des actes de ses membres et de l'accomplissement de ses missions. En cas de suspicion de faute grave, il peut, à la demande des deux tiers de ses membres, convoquer une Assemblée Générale pour examiner l'action du Bureau et peut suspendre les membres du Bureau à la majorité des 2/3 des administrateurs présents,
- Toutes sollicitations auprès d'un établissement bancaire, de crédit ou tout autre tiers,
- Pour représenter la CPTS dans des instances officielles, cette fonction incombe à un membre du Bureau. A défaut de disponibilité, attribution d'un mandat clair de représentation à un ou plusieurs professionnels de santé membres du Conseil d'Administration pour la représenter.

À ce titre, le Conseil d'Administration de la CPTS donne délégation permanente au Bureau pour gérer et mettre en œuvre les actes délibérés, et notamment la mise en œuvre de son objet social.

Le Bureau en rend compte au CA deux fois par an.

ARTICLE 16 : BUREAU de l'Association

Un 1^{er} bureau a été constitué pour les besoins de l'avancement des projets pour 3 ans, il sera démissionnaire mais rééligible au terme.

En tant qu'exécutif de l'Association et par délégation du Conseil d'Administration, le Bureau assure le fonctionnement de la CPTS.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration est autorisé dans la limite d'un pouvoir par membre présent. Le vote par écrit et le vote électronique sont autorisés. En cas d'égalité du nombre de voix exprimées, la voix du président est prépondérante. Les modalités de réunion, y compris à distance, en visioconférence ou audioconférence sont précisées dans la convocation. Le Bureau délibère sur tous actes, contrats, marchés, achats, investissements, aliénations, et locations relatives au fonctionnement de l'Association (à partir d'un montant supérieur ou égal à 5000€).

16.1 Composition

Hormis la constitution du premier Bureau, le Conseil d'Administration élit en son sein, au scrutin secret, un Bureau composé de :

1. Soit un(e) coprésidence (2 à 3 co-président(e)(s)) avec une ou sans vice-présidence. Soit un(e) président(e) avec un(e) ou deux vice(s) président(e)(s) ;
2. Un(e) trésorier(e) et un(e) trésorier(e) adjoint(e) ;

3. Un(e) secrétaire et un(e) secrétaire adjoint(e).

Les membres du Bureau (au minimum 6) sont majoritairement des professionnels de santé libéraux tels que définis dans le Code de la Santé Publique issus du collège 1, dont au moins un médecin, un pharmacien et un infirmier.

Le Bureau peut également être composé de 2 membres au maximum issus du collège 2.

Les membres du collège 2 peuvent accéder au poste de trésorier, secrétaire et vice-président mais pas à la présidence qui est obligatoirement réservée au collège 1 (excepté le temps de l'intérim).

Les membres du Bureau sont élus pour trois ans et lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Les membres sortants sont rééligibles.

Les fonctions de Président et de Trésorier ne sont pas cumulables.

Les attributions et pouvoirs respectifs des membres du Bureau sont résumés ci-dessous :

16.2 Le(s)(la) président(e)(s)

Le(s)(la) Président(e) assure la gestion quotidienne de l'association. Il agit au nom et pour le compte du bureau et de l'association, et notamment :

- Il représente l'association dans tous les actes de la vie civile, et possède tous pouvoirs à l'effet de l'engager.
- Il a qualité pour représenter l'association en justice, tant en demande qu'en défense. Il ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale.
- Il peut intenter toute action en justice pour la défense des intérêts de l'association, consentir toute transaction et former tout recours.
- Il convoque le Bureau et les Assemblées Générales, fixe leur ordre du jour, et préside leur réunion.
- Il est habilité à ouvrir et faire fonctionner, dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.
- Il exécute les décisions arrêtées par le Bureau.
- Il signe tout contrat d'achat ou de vente et, plus généralement, tous les actes et tous les contrats nécessaires à l'exécution des décisions du bureau et des assemblées générales.
- Il ordonne les dépenses relatives au fonctionnement général de l'Association et payées par le Trésorier.
- Il procède au règlement des dépenses et à l'encaissement des recettes.
- Il présente les budgets annuels, et contrôle leur exécution.
- Il préside toutes les Assemblées Générales et les Conseils d'Administration. En son absence, le Conseil d'Administration désigne un président de séance parmi les membres du Bureau.
- Il propose le règlement intérieur de l'association à l'approbation de l'Assemblée Générale.
- Il présente le rapport moral à l'Assemblée Générale annuelle.
- Il peut déléguer, par écrit, ses pouvoirs et sa signature ; il peut à tout instant mettre fin aux dites délégations.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre des pouvoirs ci-dessus définis devra être autorisé préalablement par l'Assemblée Générale statuant à la majorité simple.

Il peut être assisté dans ses fonctions par un vice-président.

16.3. Le(s) Vice-Président(s)

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

Il(s) peut(vent) agir sur délégation du Président de l'Association et sous son contrôle. Il(s) peut(vent) recevoir des attributions spécifiques, temporaires ou permanentes, définies par le Président de l'Association.

Il(s) peut(vent) remplacer le Président de l'Association en cas d'empêchement.

Il(s) assume(nt) l'intérim en cas de démission ou de décès du Président jusqu'à l'élection d'un nouveau Président, élu par le Conseil d'Administration.

16.4 Le(s) secrétaire(s)

Le Secrétaire veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'association. Le Secrétaire, aidé de son adjoint, est chargé de tout ce qui concerne la correspondance et les archives. Il établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux des réunions du Bureau 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 Journal Officiel, dans le respect des dispositions légales ou réglementaires.

Il peut agir par délégation du Président et peut être assisté dans ses fonctions par un(e) vice-secrétaire.

16.5 Le(s)(la) trésorier(e)(s)

Le(s)(la) Trésorier(e)(s) établit (établissent), ou fait (font) établir sous son(leur) contrôle, les comptes annuels de l'association. Il(s)/Elle(e) procède(nt) à l'appel annuel des cotisations. Il(s)/Elle(s) établit (établissent) un rapport financier, qu'il(s)/elle(s) présente(nt) avec les comptes annuels à l'Assemblée Générale ordinaire annuelle.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent), par délégation et sous le contrôle du/des Président(e)(s), procéder au paiement des dépenses et à l'encaissement des recettes. Il tient une comptabilité probante de toutes les opérations tant en recettes qu'en dépenses.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent) être habilité(e)(s), par délégation du/des Président(e)(s) et sous son (leur) contrôle, à ouvrir et faire fonctionner dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.

Il(s)/Elle(s) peut (peuvent) être assisté(e)(s) dans ses (leurs) fonctions par un(e) vice-trésorier(e).

ARTICLE 17 : COMMISSION DE TRAVAIL de la CPTS

Chaque commission de travail sera dans l'idéal composé d'au moins un membre du Conseil d'Administration.

ARTICLE 18 : INDEMNITÉ / RÉTRIBUTIONS

Les fonctions des membres du Conseil d'Administration et des membres adhérents sont en principe bénévoles. Cependant, le Conseil d'Administration peut décider du versement d'une indemnité de perte de revenus à ses membres. Il peut aussi décider du versement d'une indemnité de perte de revenus aux membres actifs lorsque ceux-ci réalisent des prestations de service dans le cadre du fonctionnement ou des missions de la CPTS La Cévenole.

Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement d'une mission sont remboursables sur justificatifs. Le montant des indemnités de perte de revenus et des remboursements de frais est fixé par le Conseil d'Administration, dans la limite des moyens financiers de l'association. Les modalités sont précisées dans le Règlement Intérieur.

Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale Ordinaire détaille par bénéficiaire les indemnités et les remboursements de frais perçus.

TITRE CINQUIEME – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 19 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi par le Bureau, qui le fait alors approuver par le Conseil d'Administration.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les détails d'exécution des présents statuts et les divers points non prévus par les présents statuts, notamment ceux qui traitent à l'administration interne de l'association, à l'organisation des commissions.

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

ARTICLE 20 : DISSOLUTION

La dissolution de l'association est proposée par le(s) la/le Président(e)(s) à l'Assemblée Générale extraordinaire.

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou de dissolution judiciaire, l'Assemblée Générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation.

A la clôture des opérations de liquidation, l'actif, s'il y a lieu, fait l'objet, après reprise des apports, d'une dévolution à une ou plusieurs autres associations poursuivant des buts similaires et nommément désignées par l'Assemblée Générale extraordinaire.

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 : FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

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

A cet effet, le président ou le secrétaire remplira les formalités de déclarations et de publications prescrites par la loi.

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

Statuts en cours de modification à faire approuver par l'Assemblée Générale devant se réunir le 1er juin 2023.

Statuts certifiés conformes faits en trois originaux, dont un pour être déposé à la préfecture de Nîmes et deux pour être conservés au siège social de l'association.

Nom, Prénom, fonction : Salanova Amandine, Co-Présidente

Le 13/04/2023

Signature :



Nom, Prénom, fonction : Laurès-Gros Magali, Co-Présidente

Le 13/04/2023

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Laurès-Gros', written in a cursive style.

Nom, Prénom, fonction : Epinat Arnaud, Co-Président

Le 13/04/2023

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Epinat', written in a cursive style.

Règlement intérieur

Le Règlement Intérieur de la CPTS La Cévenole est en cours de modification, nous vous transmettrons le document finalisé dans les meilleurs délais.

Conventions de partenariats formalisées



CONVENTION DE PARTENARIAT

RESEDA – CPTS La Cévenole



ENTRE

L'association RESEDA
Immatriculé sous le n° 42201708700038
34B avenue Jean Baptiste Dumas 30100 ALES
Représenté par : Mme Françoise DEMATEIS, Présidente
Ci-après dénommé « association RESEDA »

ET

La CPTS La Cévenole
Immatriculé sous le n° 918 220 534 00013
34B avenue Jean Baptiste Dumas 30100 ALES
Représenté par : Amandine Salanova, Magali Laures-Gros et Arnaud Epinat, co-présidents
Ci-après dénommé CPTS La Cévenole

PREAMBULE/CONTEXTE

Dans le cadre de l'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS - sur le Pays Cévennes :

Les CPTS ont pour objectifs de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence et de qualité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent et plus particulièrement du 1^{er} recours. Or, l'accès aux soins de 1^{er} recours dans les territoires étant une préoccupation majeure des élus, et plus globalement de la puissance publique, cet axe est largement retenu dans les programmes d'actions des CLS qui ont été signés avant la mise en place des CPTS.

Le Contrat Local de Santé du Pays Cévennes accompagne et soutient ces dispositifs indispensables face à l'aggravation des difficultés d'accès aux soins sur le territoire. Ces dispositifs sont des leviers puissants pour répondre aux axes transversaux du CLS : axe n° 9 « Accès à la santé/prévention/soin » et axe n° 10 « soins de santé primaire »

L'accompagnement des projets d'exercice coordonné correspond également au cœur des missions de Reseda : accompagner les projets partenariaux en santé et faire ce que les professionnels ne savent pas ou ne peuvent pas faire, en l'occurrence.

Ainsi Reseda, à travers le CLS, soutient les CPTS en fonction des besoins de chacune et de leur stade de développement. Certaines CPTS bénéficient déjà de plusieurs projets portés par les réseaux de santé et s'y impliquent.

C'est le cas de la CPTS La Cévenole, dont le périmètre calqué sur celui de la permanence des soins se trouve quasi-intégralement sur le territoire du CLS Pays Cévennes, qui est également le

berceau des premiers réseaux de santé et d'une véritable démarche territorialisée de santé publique, basée sur le travail partenarial interprofessionnels et intersectoriel.

La CPTS la Cévenole a pour mission de contribuer à améliorer l'accès à la santé, à la prévention et aux soins sur le territoire, véritable enjeu des années à venir, et identifié comme une des priorités du CLS Pays Cévennes.

Ainsi le CLS a pour mission de soutenir les professionnels de la CPTS dans la conception et la mise en œuvre du projet de santé, et mettra à leurs disposition les leviers de l'association Reseda et des réseaux de santé et espaces de concertation qu'elle coordonne.

Cela nécessite d'organiser une articulation étroite entre les acteurs des CPTS et l'équipe mutualisée de santé publique de Reseda.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

Dans un souci d'articulation opérationnelle, de lisibilité, de transparence et de pertinence au service du territoire, la présente convention vise à détailler le partenariat spécifique entre l'association Reseda et la CPTS La Cévenole autour de deux aspects :

- L'articulation CPTS/Reseda
- La co-gestion du poste de coordination de la CPTS.

ARTICLE 2 – DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue du 19/09/2022 au 31/08/2023

Elle pourra être renouvelée par tacite reconduction (et donc sans forme) sauf opposition de l'une ou l'autre des parties préalablement à l'échéance initiale.

Un renouvellement par tacite reconduction est valable pour une durée indéterminée.

ARTICLE 3 - ARTICULATION RESEDA/CPTS

ARTICLE 3.1 – Montage de projet de la CPTS

Dans le cadre du montage du projet de la CPTS :

- Les membres du bureau de la CPTS informent régulièrement les coordinateurs de l'équipe mutualisée Reseda/CLS concernant les enjeux et avancées du projet.
- L'équipe mutualisée en santé publique de Reseda propose un accompagnement technique et méthodologique du projet de CPTS en fonction des besoins.
- L'association Reseda domicilie la CPTS La Cévenole à son adresse postale : Maison de la Santé, 34b avenue Jean-Baptiste Dumas.
- L'association Reseda met à disposition de la CPTS la Cévenole une boîte à lettres, un trousseau de clef de la Maison de la santé et des salles de réunion en fonction des besoins de la CPTS (cf. convention de prêt de salle du 01/01/2022).

ARTICLE 3.2 – Rédaction et mise en œuvre du projet de santé

Dans le cadre du projet de santé de la CPTS la Cévenole,

La CPTS s'engage à :

- S'appuyer sur l'existant mis en œuvre dans les réseaux de santé et espaces de concertation du CLS pour concevoir et mettre en œuvre le projet de santé de la CPTS.
- Travailler à l'articulation des commissions de travail avec les groupes de travail existants au sein des réseaux de santé préexistants et dans le cadre du Contrat Local de Santé du Pays Cévennes.
- Inviter les coordinateurs de réseaux de santé de l'équipe mutualisée de santé publique et les coordinateurs du CLS aux commissions de travail qui les concernent.
- Partager le contenu du projet de santé avec les coordinateurs de réseaux de santé de l'équipe mutualisée de santé publique et les coordinateurs du CLS.

L'association Reseda s'engage à :

- Participer et soutenir la rédaction du projet de santé :
 - Participation des coordinateurs de réseaux de l'équipe mutualisée de santé et des coordinateurs du CLS aux commissions de travail.
 - Soutien technique et méthodologique à la rédaction du projet de santé.
 - Mise à disposition du diagnostic CLS.
- Mettre à disposition de la CPTS tous les travaux réalisés et en cours dans le cadre du CLS et des réseaux de santé qui pourraient contribuer à la mise en œuvre du projet de santé, et assure la mise en avec les acteurs de santé concernés.
- Permettre la contribution des coordinateurs CLS et coordinateurs des réseaux dans les différents projets de la CPTS en fonction des thématiques et des besoins.

ARTICLE 3.3 – Co-gestion de la mission de coordination de la CPTS la Cévenole

Dans le cadre de la coordination de la CPTS la Cévenole :

- La CPTS la Cévenole assure le pilotage de la mission de coordination, elle définit les missions de la coordination, suit leur mise en œuvre et leur évaluation.
- Reseda assure le portage salarial de la mission de coordination de la CPTS La Cévenole.
- La coordinatrice de la CPTS la Cévenole est intégrée dans l'équipe de santé publique mutualisée.
- Le logo de la CPTS La Cévenole apparait dans l'organigramme de l'équipe de santé publique mutualisée au côté des logos de Reseda et d'Alès Agglomération.

ARTICLE 3.4 – Espaces de concertation Reseda / CPTS la Cévenole

La CPTS La Cévenole adhère à l'association Reseda, et l'association Reseda adhère à la CPTS la Cévenole :

- La CPTS La Cévenole est membre du collège général du Conseil d'Administration de l'association Reseda.

- L'association Reseda est membre partenaire de la CPTS La Cévenole et peut à ce titre participer à l'Assemblée Générale de cette dernière.

Des espaces de concertation bilatérale seront également mis en œuvre :

- Une réunion trimestrielle de pilotage du partenariat entre la CPTS la Cévenole (bureau) et Reseda (coordinateurs de l'équipe mutualisée/CLS, co-présidentes, comptable) pour la gestion du poste de coordination, le point sur les besoins de la CPTS, les modalités de soutien de Reseda, etc. (*Présence de la coordinatrice en fonction des thématiques abordées*).
- Des points techniques réguliers Reseda/CPTS (coordinatrice CPTS, représentant bureau CPTS, coordinateurs équipe mutualisée/CLS, coordinateurs de réseaux en fonction des thématiques) peuvent être programmés en fonction des actualités et des besoins (rédaction projet de santé, conception et mise en œuvre de projets de la CPTS etc.).

ARTICLE 3.5 – Articulation inter-CPTS

Le CLS Pays Cévennes, du fait de son territoire, de sa dimension politique, de son contenu qui dépasse les projets de santé des CPTS et de sa mission intrinsèque de soutien à l'émergence et au déploiement des CPTS, représente un cadre structurant et reconnu comme légitime pour animer la concertation inter-CPTS :

- Les coordinateurs du CLS animent un espace régulier de concertation entre les trois CPTS présentes dans le Pays Cévennes : Entre Châtaigne et Micocoule, Entre Cèze et Gardon en Cévennes, La Cévenole. Cet espace doit favoriser l'articulation inter-CPTS, notamment autour de thématiques travaillées conjointement (Lien Ville-Hôpital, E-santé), et faciliter le partage d'expérience entre les projets.
- Dans cette même optique, un espace numérique partagé est mis à disposition par l'association Reseda pour les 3 CPTS et le CLS, afin de faciliter le partage des projets de santé et fiches actions.

ARTICLE 4 : CO-GESTION DE LA MISSION DE COORDINATION DE LA CPTS

L'association Reseda s'engage à recruter un(e) salarié(e) dont la mission exclusive sera d'assurer la coordination de la CPTS La Cévenole.

Les 2 parties sélectionneront le coordinateur d'un commun accord.

L'association Reseda ne recevant pas de subvention dédiée pour le poste de coordination de la CPTS, l'ensemble des frais liés au poste seront refacturés à la CPTS La Cévenole.

Le non-respect des termes de cette convention ou l'absence de renouvellement entrainera le licenciement du/de la salarié(e) assurant la mission de coordination de la CPTS, l'association Reseda n'ayant pas le budget suffisant pour maintenir le paiement des salaires.

ARTICLE 4.1 – Modalités d'embauche du salarié(e)

- Date d'embauche prévisionnelle : 19/09/2022
- Période d'essai : 15 jours
- Type de contrat : CDD pour surcroît d'activité du 19/09/2022 au 28/02/2023
- Evolution prévisionnelle du contrat : renouvellement du CDD du 01/03/2023 au 31/08/2023 puis embauche en CDI sans période d'essai (*sous réserve de l'accord des 2 parties*).
- Statut : Non cadre
- Temps de travail : temps plein (35h hebdomadaire)
- Rémunération : échelon 1, coeff. 290 soit un salaire brut mensuel de 2100.59€.
- Evolution prévisionnelle de la rémunération : passage à l'échelon 2 lors de l'embauche en CDI (coeff. 305 soit un salaire brut mensuel de 2209.24€) - (*sous réserve de l'accord des 2 parties*)

ARTICLE 4.2 – Rôle vis-à-vis du salarié(e)

L'association Reseda, en tant qu'employeur :

- Exerce sur le.la salarié(é) le pouvoir de direction ainsi que les prérogatives attachées à la qualité d'employeur
- Est seule compétente pour procéder à toute modification du contrat de travail, en concertation avec la CPTS
- Est seule à exercer le pouvoir disciplinaire, en concertation avec la CPTS
- Soutien le.la salarié(é) dans la réalisation de sa mission de coordination de la CPTS (soutien méthodologique, liens avec les réseaux etc.)
- Veille à l'inclusion du.de la salarié(é) dans l'équipe mutualisée de santé publique et son fonctionnement (participation aux réunions d'équipe, travail en lien avec les coordinateurs des réseaux, projets transversaux)

La CPTS La Cévenole dispose d'une autorité fonctionnelle :

- Elle définit les missions du.de la coordinateur(trice)
- Elle encadre et pilote les missions du.de la coordinateur(trice)
- Elle évalue la réalisation des missions du.de la coordinateur(trice)

ARTICLE 4.3 – Cadre de réalisation des missions du.de la coordinateur(trice) CPTS :

Ressources humaines

Le bureau de l'association Reseda, représentée par la directrice de l'association, en tant qu'employeur :

- Est responsable du.de la salarié(é) et du cadre de réalisation de ses missions.
- Veille au respect des obligations légales et à la bonne application de l'accord d'entreprise de l'association Reseda (respect du temps de travail, des amplitudes horaires...)
- Assure la gestion administrative et RH du.de la salarié(é) (gestion contrat de travail, paye, congés etc.)

La CPTS dans le cadre de son autorité fonctionnelle :

- Est informée et accepte le fonctionnement RH de Reseda (accord d'entreprise en annexe)
- Peut donner un avis et être consultée sur certains aspects du cadre de réalisation des missions (organisation planning, congés, télétravail, évolution de carrière etc.)

ARTICLE 4.4 – Cadre de réalisation des missions du.de la coordinateur(trice) CPTS : Equipement matériel / informatique / frais de missions

L'association Reseda fournit au salarié(e) l'équipement nécessaire à la réalisation de sa mission :

- Fournitures de bureau
- Matériel informatique
- Téléphone portable avec abonnement
- Adresse mail @reseda-santecevennes.fr
- Accès au serveur « Sharepoint Reseda »
- Accès aux outils de l'équipe mutualisée de santé publique

La CPTS est force de proposition quant à l'équipement spécifique nécessaire à la réalisation de la mission de coordination.

ARTICLE 4.5 – Démission du.de la salarié(e)

La démission du salarié(e) n'entraîne pas la résiliation de la présente convention. Les 2 parties pourront, d'un commun accord, recruter un nouveau coordinateur(trice) et rédiger un avenant précisant les nouvelles modalités d'embauche.

ARTICLE 5 : MODALITES FINANCIERES

Pendant la durée de la convention, le.la salarié(é) est affecté(e) à la coordination de la CPTS La Cévenole.

L'association Reseda en qualité d'employeur verse la rémunération du.de la salarié(é), les différentes charges sociales afférentes et rembourse les frais professionnels dus dans le cadre de la mission de coordination de la CPTS La Cévenole.

ARTICLE 5.1 Facturation des salaires et charges

L'association Reseda facturera trimestriellement la rémunération du.de la salarié(e), les charges sociales, primes, indemnités et les éventuels frais professionnels.

Les évolutions de rémunération conventionnelles seront appliquées automatiquement, ainsi que celles liées aux charges sociales et fiscales.

ARTICLE 5.2 Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (arrêt maladie courte durée) Reseda continue de facturer les salaires et charges après déduction des éventuelles indemnités journalières reçues.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (arrêt maladie longue durée, congé maternité...) :

- Reseda continue de facturer les frais liés au salarié(e) absent(e)
- Un remplacement du/de la salarié(e) est possible, l'ensemble des frais liés à l'embauche seront facturés à la CPTS

ARTICLE 5.3 Participation aux frais de fonctionnement

L'association Reseda facturera en fin d'année une participation aux frais de fonctionnement de la structure pour un montant annuel de 2000€.

Ce montant comprend :

- Les fournitures de bureau
- La participation à l'entretien des locaux
- Assurance
- Maintenance informatique
- Participation aux frais de gestion administrative (coordination, comptable, expert-comptable, commissaire aux comptes)

Le règlement des factures par la CPTS La Cévenole interviendra au plus tard 1 mois après l'émission de celle-ci.

ARTICLE 6 : MODIFICATION DES TERMES DE LA CONVENTION

Toute modification de la convention interviendra par voie d'avenant pris dans les mêmes formes que la convention initiale.

ARTICLE 7 : RESILIATION DE LA CONVENTION

La résiliation de la présente convention pourra intervenir au gré de l'une ou l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de 2 mois.

La résiliation entraînera le licenciement du/de la salarié(e) assurant la mission de coordination de la CPTS, l'association Reseda n'ayant pas le budget suffisant pour maintenir le paiement des salaires.

L'ensemble des frais de fin de contrat (préavis, indemnités de licenciement...) seront facturés à la CPTS La Cévenole.

- ⇒ En cas de résiliation à l'initiative de la CPTS avant la fin du CDD du coordinateur, l'association RESEDA devra, conformément au code du travail, maintenir le/la salarié(é) en poste jusqu'à l'échéance du CDD. Dans ce cas l'association RESEDA facturera à la CPTS l'ensemble des frais jusqu'à la fin du CDD.

ARTICLE 8 : DIFFERENDS

En cas de litige né de l'interprétation, de l'exécution ou de la rupture du présent contrat, il est convenu qu'avant d'introduire un recours contentieux, les parties s'obligeront à rechercher sérieusement une solution amiable dans un délai raisonnable.

En cas de litige, dans l'exécution des présentes, les parties saisiront la juridiction compétente en cas de non-conciliation.

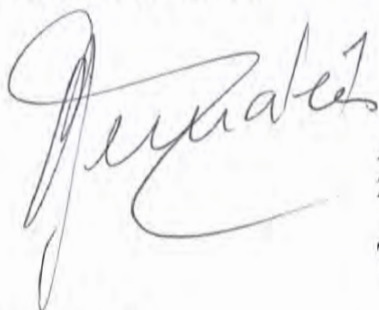
Fait à Alès,

Le 16/09/2022,

Pour RESEDA,

Françoise DEMATEIS,

Présidente de RESEDA



ASSOCIATION RESEDA

34 B, Avenue Jean Baptiste DUMAS

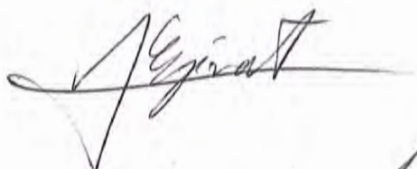
30100 ALES

Tél: 04 30 38 02 05 - Fax: 04 30 38 02 06

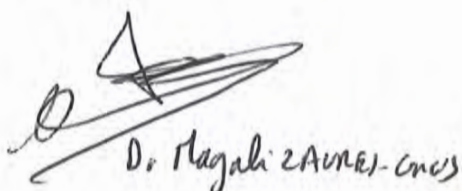
Pour la CPTS,



DR SANDRINE
Anaudie



DR EPINAT



Dr. Magali ZAMEL-COES

Liste des annexes :

- 1- Tableau synthétique résumant les rôles et missions des 2 parties
- 2- Fiche de poste du coordinateur(trice) de CPTS
- 3- Accord d'entreprise de RESEDA

ARTICULATION RESEDA/CPTS		
	CPTS	RESEDA
Montage projet CPTS	<ul style="list-style-type: none"> → Communication et échanges réguliers avec les coordinateurs équipe mutualisée Reseda/CLS concernant les enjeux et avancées du projet 	<ul style="list-style-type: none"> → Accompagnement technique et méthodo du projet de CPTS en fonction des besoins → Domiciliation CPTS La Cévenole à l'adresse de Reseda → Mise à disposition d'une boîte aux lettres, des clefs de la Maison de la santé et prêt de salles de réunion en fonction des besoins de la CPTS (cf. convention de prêt de salle).
Coordination CPTS	<ul style="list-style-type: none"> → Pilotage de la mission de coordination de la CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> → Portage salarial et RH de la mission de coordination de la CPTS → La coordinatrice CPTS fait partie de l'équipe mutualisée de santé publique (Proposition : <i>valorisation logo CPTS dans organigramme équipe mutualisée</i>)
Rédaction et mise en œuvre du projet de santé	<ul style="list-style-type: none"> → Articulation des commissions de travail avec les groupes de travail existant au sein de réseaux de santé → Invitation des coordinateurs de réseaux de santé de Reseda aux commissions de travail → Partage des éléments du projet de santé avec le CLS → Pour la conception et la mise en œuvre du projet de santé, la CPTS s'appuie sur l'existant mis en œuvre dans les réseaux de santé et espaces de concertation du CLS 	<ul style="list-style-type: none"> → Participation et soutien du CLS à la rédaction du projet de santé : -Participation des coordinateurs de réseaux aux commissions de travail -Soutien technique et méthodologique à la rédaction du projet de santé -Mise à disposition du diagnostic CLS → Mise à disposition de la CPTS de tous les travaux réalisés et en cours des réseaux dans le cadre du CLS qui pourraient contribuer à la mise en œuvre du projet de santé, et mise en lien avec les acteurs de santé concernés → Contribution des coordinateurs CLS et coordinateurs des réseaux dans les différents projets de la CPTS en fonction des thématiques et des besoins
Articulation Inter-CPTS		<ul style="list-style-type: none"> → Dans le cadre du CLS, animation d'un espace régulier de concertation inter CPTS → Mise à disposition d'un espace numérique pour le partage des

		éléments des projets de santé et fiches actions des 3 CPTS du territoire
Concertation Reseda-CPTS Le Cévenole	→ Membre du collège général du Conseil d'administration de l'association Reseda	→ Membre partenaire de la CPTS la Cévenole et peut à ce titre participer à l'assemblée Générale
	<p>→ Programmation d'une réunion trimestrielle de pilotage du partenariat entre la CPTS (bureau) et Reseda (coordinateurs de l'équipe mutualisée/CLS, co-présidentes, comptable : gestion du poste de coordination, besoins de la CPTS, modalités de soutien de Reseda, etc.... (Présence de la coordinatrice en fonction des thématiques abordées)</p> <p>→ Des points techniques Reseda/CPTS (coordinatrice CPTS, représentant bureau CPTS, coordinateurs équipe mutualisée/CLS, coordinateurs de réseaux en fonction des thématiques) peuvent être programmés en fonction des actualités et des besoins (rédaction projet de santé, conception et mise en œuvre de projets de la CPTS etc.)</p>	

Co-gestion de la mission de coordination de la CPTS		
	CPTS	Reseda
Rôle vis-à-vis du salarié(e)	Autorité fonctionnelle	Autorité de direction / hiérarchique
	Sélection commune du candidat	
Missions de la coordinatrice CPTS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Elle définit les missions du.de la coordinateur(trice) ⇒ Elle encadre et pilote les missions du.de la coordinateur(trice) ⇒ Elle évalue la réalisation des missions du.de la coordinateur(trice) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Exerce sur le.la salarié(é) le pouvoir de direction ainsi que les prérogatives attachées à la qualité d'employeur ⇒ Est seule compétente pour procéder à toute modification du contrat de travail ⇒ Est seule à exercer le pouvoir disciplinaire ⇒ Soutien le.la salarié(é) dans la réalisation de sa mission de coordination de la CPTS (soutien méthodologique, liens avec les réseaux etc.) ⇒ Veille à l'inclusion du.de la salarié(é) dans l'équipe mutualisée de santé publique et son fonctionnement (participation aux réunions d'équipe, travail en lien avec les coordinateurs des réseaux, projets transversaux)
Cadre de réalisation des missions de la coordinatrice CPTS :	⇒ Est informée et accepte le fonctionnement RH de	⇒ Est responsable du.de la salarié(é) et du cadre de réalisation de ses missions.

Ressources humaines	<p>Reseda (accord d'entreprise en annexe)</p> <p>⇒ Peut donner un avis et être consultée sur certains aspects du cadre de réalisation des missions (organisation planning, congés, télétravail, évolution de carrière etc.)</p>	<p>⇒ Veille au respect des obligations légales et à la bonne application de l'accord d'entreprise de l'association Reseda (respect du temps de travail, des amplitudes horaires...)</p> <p>⇒ Assure la gestion administrative et RH du/de la salarié(e) (gestion contrat de travail, paye, congés etc.)</p>
Cadre de réalisation des missions de la coordinatrice CPTS : Equipement matériel / informatique / frais de missions	<p>⇒ La CPTS est force de proposition quant à l'équipement spécifique nécessaire à la réalisation de la mission de coordination.</p>	<p>⇒ L'association Reseda fournit au salarié(e) l'équipement nécessaire à la réalisation de sa mission</p>
Facturation	<p>⇒ Paiement trimestriel salaires / charges / primes / indemnités / frais du salarié(e)</p> <p>⇒ Paiement en fin d'année de la participation aux frais de fonctionnement</p>	<p>⇒ Facturation trimestrielle salaires / charges / primes / indemnités / frais liés à la mission de coordination (déplacement/restauration...)</p> <p>⇒ Facturation en fin d'année de la participation aux frais de fonctionnement</p>
Absence de la coordinatrice	<p>⇒ La CPTS s'engage à financer les frais liés au poste dont doit s'acquitter Reseda en cas d'absence du salarié(e).</p>	<p>⇒ En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (arrêt maladie courte durée) Reseda continue à facturer le coût du poste</p> <p>⇒ En cas de suspension du contrat de travail (arrêt maladie longue durée, congé maternité...) un remplacement du salarié(e) est possible et Reseda continue de facturer les frais liés au salarié(e) absent(e) en plus du salaire du remplacement.</p>
Fin de contrat	<p>⇒ La CPTS finance l'ensemble des frais de fin de contrat</p>	<p>⇒ L'ensemble des frais de fin de contrat (préavis, indemnités de licenciement...) seront refacturés à la CPTS La Cévenole.</p>