

Publié le : 22/06/2023

**EXTRAIT DU REGISTRE DES DÉLIBÉRATIONS  
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

**Séance du 14 juin 2023 à 17h00**

**Question n°17**

**Adhésion à l'association Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de  
Besançon et Besançon Métropole**

Sous la présidence de Madame Sylvie WANLIN, Vice-présidente du CCAS :

Etaient présents :

Monsieur Claude BILLOD / Monsieur Yves CHANSON, part à 19h50, vote jusqu'à la question n°18 et assiste à l'information n°1 / Monsieur Philippe CREMER / Madame Valéry GARCIA / Madame Myriam LEMERCIER / Monsieur Michel JOURNEAUX / Madame Agnès MARTIN / Madame Claudine MAUGAIN / Monsieur Alfred M'BONGO, arrive à 17h08 et vote à partir de la question n°3 / Monsieur Michel PELLATON part à 19h15 et vote jusqu'à la question n°16 / Monsieur Jean-Hugues ROUX / Monsieur André TERZO / Madame Sylvie WANLIN

Etaient absents :

Monsieur Bernard AVON / Monsieur Cyril DEVESA / Monsieur Jamal-Eddine LOUHKIAR / Madame Anne VIGNOT, **donne pouvoir à Madame Sylvie WANLIN**

**RECU EN PREFECTURE**

Le 22 juin 2023

Date de dépôt en Préfecture :

VIA DOTELEC - S2LOW

025-262500564-20230614-D00174910-DE

## DÉLIBÉRATION

### Incidence financière

Sans incidence financière pour 2023

**Résumé :** Ce rapport a pour objet la proposition d'adhésion du CCAS à la *communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Grand Besançon*.

La *communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Grand Besançon* a été officiellement créée le 9 mars 2023 avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec la CPAM et l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté. La dénomination sociale de l'association est *Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole, dit CaPaciTéS Besançon et Métropole*.

Pour rappel, la création des CPTS est un enjeu majeur de Ma Santé 2022. Une CPTS n'est pas une structure effectrice de soins mais plutôt un outil de coordination de tous les acteurs de la santé d'un territoire.

En vue de faciliter le dialogue avec les acteurs de santé dans le cadre des projets en santé actuels et futurs menés sur le territoire (projet de santé Planoise, développement de l'offre de soin sur le territoire, actions de prévention en santé, projets liés à l'autonomie et au grand âge...), le Conseil d'Administration est invité à se prononcer sur l'adhésion du CCAS à l'association *Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole, dit CaPaciTéS Besançon et Métropole*, en tant que membre actif. L'adhésion pour l'année 2023 est gratuite. La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf pour les membres d'honneur, est fixée tous les ans par décision de l'assemblée générale ordinaire. Le versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

#### Référence au Projet social 2022-2026 :

Axe 1 : Intervenir auprès des publics prioritaires identifiés dans l'ABS

Axe 2 : Maintenir ou accompagner vers l'autonomie les publics relevant du CCAS au sens de l'autonomie sociale et économique – De « l'urgence vers l'autonomie »

Axe 3 : Faciliter l'accès aux droits et leur maintien (aller vers, simplification...)

Axe 4 : Faire du CCAS l'interlocuteur majeur des politiques du handicap et de l'âge en lien avec la dimension accessibilité pour mieux vivre dans la ville

Axe 5 : Optimiser les moyens, les ressources et le patrimoine du CCAS pour pérenniser son action de service public

Axe 6 : Faire savoir et valoriser l'action du CCAS

Sans objet

Ce rapport a pour objet la proposition d'adhésion du CCAS à la *communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Grand Besançon*.

La *communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Grand Besançon* a été officiellement créée le 9 mars 2023 avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec la CPAM et l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-

Comté. La dénomination sociale de l'association est Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole, dit CaPaciTéS Besançon et Métropole.

Pour rappel, la création des CPTS est un enjeu majeur de Ma Santé 2022. Une CPTS n'est pas une structure effectrice de soins mais plutôt un outil de coordination de tous les acteurs de la santé d'un territoire.

En vue de faciliter le dialogue avec les acteurs de santé dans le cadre des projets en santé actuels et futurs menés sur le territoire (projet de santé Planoise, développement de l'offre de soin sur le territoire, actions de prévention en santé, projets liés à l'autonomie et au grand âge...), le Conseil d'Administration est invité à se prononcer sur l'adhésion du CCAS à l'association *Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole, dit CaPaciTéS Besançon et Métropole*, en tant que membre actif. L'adhésion pour l'année 2023 est gratuite. La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf pour les membres d'honneur, est fixée tous les ans par décision de l'assemblée générale ordinaire. Le versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

Il est pertinent que le CCAS adhère à cette association en tant qu'intervenant de santé du territoire (SSIAD, Lits Halte Soins Santé,...).

Liste des annexes :

- Annexe 1 : Statuts de la *Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPaciTéS Besançon et Métropole*
- Annexe 2 : *Bulletin d'adhésion*
- Annexe 3 : *Projet de santé de la Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPaciTéS Besançon et Métropole*

**Après délibération et à l'unanimité, les membres du Conseil d'Administration présents et représentés :**

- ✓ Se prononcent favorablement sur l'adhésion à l'association Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Grand Besançon Métropole,
- ✓ Autorisent la Vice-présidente à le signer.

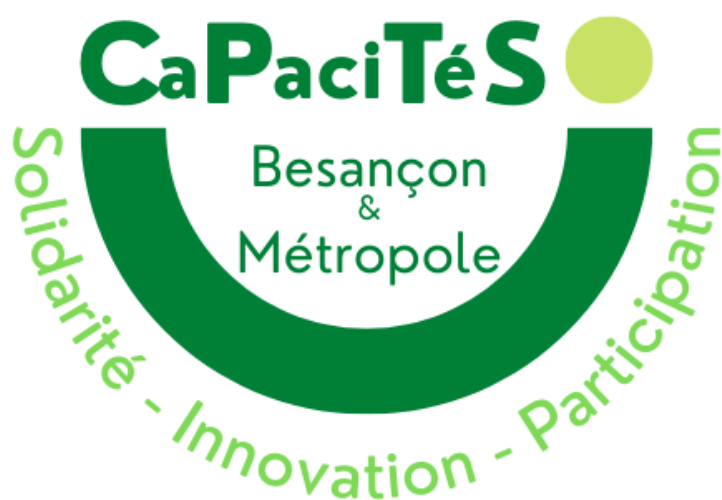
Pour extrait conforme,  
La Vice-présidente du CCAS,

  
Sylvie WANLIN



**Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CaPaciTÉS Besançon & Métropole**

*Projet de santé*



Janvier 2023

## Table des matières

Synthèse du Projet de santé .....	4
Préambule .....	10
I. Introduction .....	12
1. Structure juridique porteuse du projet de la CPTS .....	12
Description de l'organisation de la gouvernance du projet ( <i>les statuts sont en annexe</i> )...	13
II. Diagnostic territorial de santé .....	13
1. Description du territoire du projet.....	14
2. Caractéristique de la population.....	16
A. Caractéristiques démographiques.....	16
B. Caractéristiques socio-économiques.....	17
C. Etat de santé.....	20
3. Identification et analyse de l'offre de soin du territoire.....	23
A. L'offre de soins de premier recours .....	24
B. L'offre de soins spécialisée .....	25
C. L'offre médico-sociale .....	27
4. L'accès aux soins.....	29
A. L'accès aux médecins traitants.....	29
B. L'accès aux soins non programmés .....	30
5. Synthèse du diagnostic territorial .....	31
III. Actions de la CPTS selon les missions définies par l'ACI .....	32
1. Les missions socles obligatoires de l'ACI.....	32
A. Amélioration de l'accès aux soins.....	32
B. Permettre l'organisation et la coordination des parcours pluriprofessionnels autour du patient.....	45
C. Développer des actions de prévention.....	57
5 Développer une réponse aux crises sanitaires graves .....	63
2. Les missions complémentaires optionnelles de l'ACI .....	66
A. Développer la qualité et la pertinence des soins .....	66
B. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire.....	72
3. Les missions qui seront développées durant les 5 prochaines années .....	77
A. Perspectives globales.....	77
B. Perspectives spécifiques par rapport aux huit fiches actions .....	78

C.	Deux axes transversaux à déployer à travers toutes les fiches actions : promotion de la santé/prévention et Mon espace santé/ e-santé .....	79
D.	Autres.....	82
4.	Autres actions hors du champs de l'ACI CPTS.....	83
A.	Projet de l'Institut de la vulnérabilité.....	83
B.	Création d'un poste innovant en médiation de la santé sur le quartier de Planoise	83
IV.	Organisation et fonctionnement de la CPTS.....	84
1.	Fonctionnement de la CPTS .....	84
A.	Rôle des instances décisionnelles.....	84
B.	Rôle et missions l'équipe .....	84
C.	Démarche d'élaboration du projet dans une dynamique d'inclusion et d'ouverture	85
D.	Communication et fonctionnement opérationnel .....	86
2.	Les professionnels de santé adhérents de la CPTS .....	86
3.	Liste des services/ établissements partenaires de la CPTS.....	87
	Annexes .....	88
1.	Annexe 1 : liste des communes du territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole.....	88
4.	Annexe 2 : PV Assemblée Générale Constitutive.....	91
5.	Annexe 3 : Statuts CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole.....	96

## Synthèse du Projet de santé

*Le projet de santé de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) CaPacITÉS Besançon & Métropole (B&M) a été élaboré à partir des réalités et initiatives impulsées à Besançon et au sein du Grand Besançon Métropole dans une perspective d'avenir sur un territoire vécu.*

*Le présent projet s'appuie sur :*

- *le diagnostic réalisé,*
- *la concertation avec des centaines de professionnels, élus, usagers de Besançon et Grand Besançon Métropole réunis et consultés au cours des années 2021-2023.*

*Il a fait l'objet de la signature d'un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 9 mars 2023 avec l'Agence régionale de santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté et la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) du Doubs.*

### DIAGNOSTIC

La zone géographique de la CPTS CaPacITÉS B&M est fortement peuplée et contrastée, avec une population importante au sein de Besançon intramuros, et des zones péri-urbaines moins denses et devenant de plus en plus rurales lorsqu'elles s'écartent du centre urbain. Cette diversité est un 1<sup>er</sup> facteur influant sur les besoins et l'organisation de l'offre de santé.

La population est plus jeune et avec un niveau socio-économique plus élevé sur notre territoire qu'au niveau du département, de la région et de la France. En effet, si le taux de chômage est globalement plus faible, il existe, notamment sur Besançon intramuros, « des poches » de pauvreté importantes. Cinq quartiers sont classés comme prioritaires par rapport à « la politique de la ville ». Cette spécificité est une 2<sup>ème</sup> composante à prendre en compte pour développer une approche adaptée des services de santé auprès d'usagers dont l'accès aux soins est souvent difficile, avec un renoncement fréquent, des parcours de santé erratiques et un niveau de littératie faible demandant des approches adaptées en promotion de la santé.

En matière de santé, là encore, les indicateurs sont globalement plus favorables sur le territoire de notre CPTS. Cependant, si la participation au dépistage des cancers ou le taux de vaccination contre la grippe sont plus élevés que sur le département, la région ou en France, ces pourcentages restent en dessous des recommandations préconisées. Il en est de même pour le taux de recours aux antibiotiques, plus faible sur notre territoire, mais qui reste très élevé par rapport aux autres pays européens. Bien évidemment, ces moyennes cachent certainement des disparités géographiques et sociales intra-territoriales liées aux deux constats énoncés précédemment.

Il en est de même pour l'offre de santé, médico-sociale et sociale. Elle est importante, mais ne bénéficie pas uniquement aux populations habitant sur notre territoire. C'est particulièrement vrai par rapport à l'attractivité du CHRU, des cliniques et des spécialistes installés sur notre territoire. Leur patientèle peut être extra territoriale à Besançon et Grand Besançon Métropole.

*Cette situation conduit à trois constats contrastés :*

- *La proximité géographique de cette offre et surtout des lieux de formation des jeunes professionnels de ces secteurs est incontestablement un atout.*
- *La perception des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours et de la population en général est que l'accès à un médecin traitant et à certaines spécialités est particulièrement difficile, cette situation*



*étant exacerbée pour la population la plus vulnérable (médicalement et socialement) et les personnes éloignées du centre urbain.*

- *Enfin, cette offre, que cela soit dans le domaine de la prévention ou du soin, apparaît comme peu coordonnée, mal identifiée et conduisant à une perception d'un foisonnement peu maîtrisé. C'est particulièrement vrai pour : 1. la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie ; 2. Les actions de promotion de la santé et la prévention qui sont multiples et font peu le lien avec les acteurs du soin de proximité.*

## LES FICHES ACTIONS

A l'issue de la réalisation du diagnostic territorial et des rencontres avec les professionnels de santé de la CPTS, huit thématiques prioritaires ont émergé :

1. L'accès aux soins non programmés
2. Faciliter l'accès à un médecin traitant
3. L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée
4. Les entrées et sorties d'hospitalisation
5. Le dépistage du cancer colorectal
6. Le développement d'une réponse aux crises sanitaires graves
7. Le bon usage des antibiotiques
8. L'exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours.

### **1. Répondre aux soins non programmés en apportant une réponse adaptée (*amélioration de l'accès aux soins*)**

#### **Objectif**

Faire progresser le nombre de patients qui accèdent à des soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant dans les 24 à 48h, en dehors des horaires de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).

#### **Tâches opérationnelles mises en place dans un premier temps :**

- Recueillir et analyser les évaluations des dispositifs existants.

*Le but de ce travail est d'avoir une vraie complémentarité en matière d'organisation et d'outils, notamment numérique.*

- Répertorier les médecins généralistes du territoire de la CPTS en identifiant leurs disponibilités pour être effecteurs et leurs champs de compétences.

*Ce repérage sera fait à travers un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins généralistes.*

- Informer les usagers sur les schémas de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge des consultations non programmées.

*Le bon usage de l'offre de soins est un élément important pour faciliter la prise en charge du patient. L'information du public en est une composante essentielle.*

#### **Tâches opérationnelles à développer dans un second temps :**

- Mobiliser et former les médecins généralistes volontaires pour participer à la régulation.

*Cette formation se fera en collaboration avec l'ACORELI.*

- Faire connaître et promouvoir les protocoles de coopération pluri-professionnelle (avec ou sans délégation) dans le cadre des soins non programmés.

*La coopération entre professionnels de santé contribue à élargir l'offre de soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge.*

- Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée

*La CPTS souhaite, pour cela, faciliter la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes de radiologie afin d'améliorer les conditions de réalisation des consultations non programmées.*

**A noter :** lors de la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS), un avenant sera élaboré et signé.

## **2. Faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les assurés avec une priorisation auprès des publics les plus vulnérables (*amélioration de l'accès aux soins*)**

### **Objectif :**

Réduire le nombre d'usagers sans médecin traitant déclaré et faciliter leur accès

### **Tâches opérationnelles à développer dans un premier temps :**

- Faciliter l'accès à un médecin traitant de proximité pour tous les usagers, avec une priorité pour les personnes en ALD, ayant la Complémentaire santé solidaire (CSS), les plus de 70 ans, et de façon générale les publics les plus vulnérables

*Pour réaliser cette tâche, la CPTS va dans un premier temps réaliser une cartographie des médecins généralistes capables de prendre en charge de nouveaux patients. Puis dans un second temps, la CPTS accompagnera les usagers n'ayant pas trouvé de médecin traitant.*

- Favoriser l'accès à un médecin traitant pour les patients fréquentant les structures d'addictologie et les Centres médico-psychologiques.

*Cette mission aura pour but de faciliter pour les généralistes la prise en charge de cette patientèle spécifique, en lien avec les structures concernées.*

### **Tâches opérationnelles développées dans un second temps :**

- Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients ne pouvant pas se déplacer

*Les consultations à domicile demandent plus de temps que celles en cabinet, c'est pourquoi un travail de recherche sur les solutions les plus adaptées pour le patient et le généraliste sera mené.*

- Promouvoir l'accès aux droits des patients, auprès des professionnels de santé et des patients eux-mêmes.

*Cette mesure vise à lutter contre le renoncement aux soins des populations les plus précaires.*

## **3. Repérage des signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque chez les personnes de 65 ans et plus (*organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient*)**

### **Objectif :**

Faire progresser le repérage précoce (signes d'alerte) de l'insuffisance cardiaque (IC) chez les sujets âgés de 65 ans et plus, souffrant de pathologies cardiaques ou non

### **Tâches opérationnelles :**

- Recenser tous les acteurs concernés

*Action réalisée avec l'aide du Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC)*

- Informer et former les professionnels de santé et non professionnels de santé ainsi que les aidants aux 4 signes – Essoufflement, Prise de poids, Œdème, Fatigue – (EPOF)

*Réalisation de formations pluriprofessionnelles de différents niveaux d'information (en fonction du public ciblé).*

- Bon usage des examens pour la détection précoce et la prise en charge de l'IC.

*Organisation d'un webinaire et d'une fiche de recommandation sur l'évolution des préconisations de suspicion de l'IC : délais de consultation, recommandation de prescription médicamenteuse et biologique, seuils d'alerte... Une équipe constituée de médecins généralistes, de cardiologues et de biologistes sera en charge de cette action.*

#### **4. Organiser, coordonner et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes de plus de 65 ans (organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient).**

##### **Objectif :**

Fluidifier en aval et en amont, les hospitalisations pour les personnes de 65 ans et plus

##### **Tâches opérationnelles :**

- Répertorier les acteurs qui interviennent dans le champ de l'entrée et la sortie d'hospitalisation.  
*Une multitude d'offres de prises en charge et d'accompagnements existent sur le territoire. Ce travail permettra de bien identifier tous les dispositifs et acteurs.*
- Travailler en collaboration avec les institutions (CPAM, ARS) sur l'articulation existante  
*Cette action vise à coordonner l'offre disponible sur le territoire avec l'aide de la CPAM.*
- Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus.  
*Des actions en amont et en aval seront mises en place ; exemple : fiche conseil pour bien préparer son hospitalisation et sa sortie.*

Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées chez les personnes de 65 ans et plus.

#### **5. Dépistage du cancer colorectal (développement des actions territoriales de prévention)**

##### **Objectif :**

Augmenter le taux de dépistage du cancer colorectal à l'aide de tests exploitables et faire progresser la réalisation effective d'une coloscopie après un test positif.

##### **Tâches opérationnelles :**

- Spécifier les freins existants et les leviers possibles sur notre territoire concernant ce dépistage  
*Ce travail devrait permettre d'éclairer, au regard de la situation du territoire, les actions à mettre en œuvre.*
- Favoriser les actions d'information et d'éducation sur les territoires ainsi que les nouvelles modalités d'accès aux tests  
*Elles s'organiseront grâce à la mobilisation notamment des pharmaciens et des infirmières, et à des actions ciblées dans certains quartiers ou bassins de proximité.*
- Développer des relances auprès des usagers n'ayant pas réalisé un test  
*Elles se feront en lien avec le Centre de dépistage et la CPAM.*
- Assurer un suivi chez les personnes testées positives.

*Un travail de concertation a été lancé avec les gastroentérologues de ville et du CHU ainsi que les médecins traitants pour : 1. faciliter la prise de rendez-vous afin d'effectuer une coloscopie dans les délais recommandés ; 2. avoir une information qualitative partagée sur les résultats*

## 6. Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS

### Objectif :

Elaborer et piloter un plan d'action en cas de crise sanitaire grave.

### Tâches opérationnelles :

- Ecrire un plan d'action en cas de crise sanitaire en accord avec la trame nationale développée par l'ARS.

*Ce plan sera écrit par un groupe de travail pluriprofessionnel. Il suivra la trame élaborée par la FeMaSCO. Puis, il sera présenté à tous les acteurs du territoire. Il sera actualisé tous les ans.*

## 7. Le bon usage des antibiotiques par le développement de l'utilisation des TROD angine pour lutter contre l'antibiorésistance (*développement de la qualité et de la pertinence des soins*)

### Objectif :

Diminuer la consommation d'antibiotiques en médecine de ville, avec une priorité donnée dans un 1er temps au développement de l'utilisation des TROD (Test Rapide d'Orientation de Diagnostic) angine.

### Tâches opérationnelles :

- Promouvoir l'utilisation des TROD

*Notamment auprès des pharmaciens qui sont dorénavant habilités à faire les TROD en officine.*

- Autres initiatives qui interviendront dans un second temps
  - o Soutenir la communication auprès de la population sur le bon usage des antibiotiques.
  - o Aider à la mise en œuvre de l'expérimentation des ordonnances dédiées.
  - o Promouvoir le service de téléexpertise pour les maladies infectieuses.

## 8. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

### Objectif :

Favoriser la constitution d'au moins une équipe coordonnée de soins de 1er recours dans chaque quartier ou bassin de proximité qui ne bénéficie pas actuellement de cette offre et de cette organisation, en s'appuyant sur les professionnels en activité dans ces territoires et les jeunes/futurs professionnels en cours de formation.

### Tâches opérationnelles :

- Constitution des équipes en exercice coordonné de soins de premier recours

*Pour cette première année, l'objectif est de constituer au moins :*

- o *une équipe de soins primaire dans un quartier prioritaire de Besançon*
- o *une équipe de soins primaire dans un bassin de proximité du Grand Besançon Métropole.*

- Accompagner les jeunes professionnels

*Cet accompagnement se fera sur trois axes :*

- o *Renforcer les deux dispositifs existants : séminaires « travailler ensemble » et « incubateur d'installation »*
- o *Élargir ces dispositifs en place aux autres professionnels de santé et aux professions du médico-social et du social (ce dispositif existe aujourd'hui uniquement pour les internes en médecine générale)*

- *Mettre en œuvre un accompagnement sur la durée avant et après la fin des études avec une notion de tutorat entre les jeunes professionnels et professionnels en activité.*

## **A NOTER**

Deux groupes de travail transversaux ont été mis en place :

### **Promotion de la santé/prévention**

Un des objectifs initiaux de ce groupe est de mettre en place dans les quartiers et les bassins de proximité des rencontres pour développer sur des thèmes de santé « une alliance de prévention » entre les professionnels et la population, avec le souci de rejoindre les publics les plus défavorisés afin de ne pas creuser les inégalités sociales de santé, mais bien au contraire de les réduire (universalisme proportionné).

### **Mon Espace Santé/e-santé**

Le travail de ce groupe porte essentiellement sur le développement de l'usage et donc de l'appropriation de certains de ces outils numériques par les professionnels de santé et la population, dans le but d'améliorer l'offre de santé et de soin sur notre territoire.

*D'autres thématiques pourront être traitées dans les 5 ans à venir en lien avec des priorités émergentes.*

## Préambule

Depuis décembre 2019, les professionnels de santé de Besançon et du Grand Besançon sont engagés avec leurs partenaires dans la construction d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Trois mots clefs caractérisent **le projet de santé** CaPacITÉS Besançon & Métropole (B&M), solidarité, innovation et participation :

- **Solidarité** car ce terme correspond à un ensemble de valeurs importantes qui guident les activités de notre communauté. Une attention particulière sera portée aux publics les plus vulnérables, que cela soit sur le plan médical (personnes atteintes de pathologies chroniques, sujets âgés et/ou en situation de handicap) et social (public économiquement fragile). La démarche conduite s'appuie sur l'universalisme proportionné répondant à la définition suivante : « *L'universalisme proportionné vise ainsi à combiner les deux approches, universelle ou ciblée, pour qu'à la fois l'ensemble de la population accède aux programmes de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux groupes les plus exposés* »<sup>1</sup>. C'est la raison pour laquelle, la place des usagers est indispensable dans la démarche promue, afin de leur donner le pouvoir d'agir.
- **Innovation** est le second mot essentiel. Notre système de santé et de soin doit évoluer pour mieux répondre aux besoins actuels de la population : faire face à la transition épidémiologique (maladies chroniques, personnes âgées), mieux assurer l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital à travers des parcours sans rupture, réduire les inégalités sociales de santé en favorisant l'accès de tous à la santé et aux soins, sont quelques-uns des défis qu'il nous faut relever. De nombreux promoteurs de cette future CPTS sont engagés depuis de nombreuses années dans ce processus d'innovation à travers la capitalisation des savoirs expérientiels<sup>2</sup>.
- **Participation**. Pour la constitution de cette CPTS, la dynamique fédérative constatée sur ce territoire à l'occasion de la crise COVID a été un moteur important. En effet, afin de rendre plus opérationnelles les actions contre la COVID-19, au service de tous les habitants de Besançon et du Grand Besançon, les professionnels de santé de ce territoire ont mis en place immédiatement une Communauté bisontine pluri-professionnelle de santé (CBPPS). Les initiatives prises par la CBPPS, aux côtés de l'ARS, de la CPAM, de la municipalité et de multiples acteurs associatifs ont été nombreuses. Face à une crise inédite, ces initiatives ont montré la réactivité des professionnels de santé et le sens donné à la notion de participation de tous : professionnels, élus, usagers...

Notre projet vise à améliorer la prise en charge de la santé de la population du territoire en renforçant la coordination interprofessionnelle et en développant des actions partagées entre les acteurs de santé libéraux, les hospitaliers, les intervenants des secteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que les usagers et les associations engagées au plus près de la population, dans les quartiers et les bassins de proximité.

La CPTS CaPacITÉS B&M tient également à s'inscrire dans une démarche de santé publique, de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec les orientations du Contrat local de Santé (CLS) du Grand Besançon Métropole 2020-2024 (cf. le Forum Santé du 8 novembre 2022)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Michael Marmot : Fair Society, Healthy Lives ; <https://www.local.gov.uk/marmot-review-report-fair-society-healthy-lives>

<sup>2</sup> Université d'été francophone en santé publique de Besançon : La capitalisation : produire et partager des connaissances expérientielles pour les interventions en santé publique ; <https://www.pole-federatif-sante-publique-bfc.org/universite-ete-francophone-sante-publique/2022-19/capitalisation-produire-et-partager-des-connaissances-experientielles-pour-les-interventions-en-sante-publique>

<sup>3</sup> Le contrat local de Santé Grand Besançon 2020-2024 ; <https://www.grandbesancon.fr/actualite/le-contrat-local-de-sante-grand-besancon-2020-2024/>

Le projet présenté dans ce document a vocation à évoluer en fonction des attentes de la population de notre territoire et des professionnels de santé, mais également des orientations de la future Stratégie nationale de santé et du Projet Régional de Santé (PRS)<sup>4</sup>. Ce dernier verra en 2022 et 2023 la révision d'une de ses composantes, le Schéma Régional de Santé (SRS)<sup>5</sup>.

Les propositions formulées dans notre projet de santé s'appuient sur :

- le diagnostic réalisé,
- la concertation avec des centaines de professionnels, élus, usagers de Besançon et Grand Besançon métropole réunis et consultés au cours des derniers mois (rencontres de travail « physiques », visios, réunions de bureau...).

**Au total**, ce projet de santé a été élaboré à partir des réalités et initiatives impulsées à Besançon et au sein du Grand Besançon Métropole dans une perspective d'avenir sur un territoire vécu.

---

<sup>4</sup> Haut Conseil de la Santé Publique : Les travaux du HCSP pour la préparation de la future Stratégie nationale de santé ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1261>

<sup>5</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Projet régional de santé (PRS) 2018-2028 ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>

# I. Introduction

## 1. Structure juridique porteuse du projet de la CPTS

<b>Nom de la CPTS :</b>	CaPacITeS Besançon & Métropole	
<b>Nom de l'association 1901<sup>6</sup> :</b>	CaPacITeS Besançon & Métropole	
<b>N° SIRET :</b>	88907008200017	
<b>Coordonnées de l'association</b>	Adresse postale :	57 rue des Flûttes Agasses 25000-Besançon
	Téléphone :	03 81 83 22 74
	email :	cptsnebesancon@gmail.com
	email à diffuser sur le site de l'ARS :	cptsnebesancon@gmail.com
<b>Représentant légal de l'association</b>	DELCEY Florence Infirmière libérale 06 27 24 48 43 <a href="mailto:delcey.florence16@gmail.com">delcey.florence16@gmail.com</a>	
	ARNOUX Laurent Pharmacien 06 81 86 55 96 <a href="mailto:laurentarnouxpharmacien25@gmail.com">laurentarnouxpharmacien25@gmail.com</a>	
<b>Coordonnateurs de la CPTS</b>	BAUDIER François, Chargé de mission 06 07 62 95 40 <a href="mailto:francois.baudier@fnes.fr">francois.baudier@fnes.fr</a>	
	MASSON Clémence Coordinatrice 07 86 94 80 50 <a href="mailto:clemence.masson.pro@gmail.com">clemence.masson.pro@gmail.com</a>	

<sup>6</sup> L'association est le statut juridique unique des CPTS depuis l'ordonnance du 12 mai 2021



**Description de l'organisation de la gouvernance du projet (les statuts sont en annexe)**

La CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est une association de loi 1901, elle est composée actuellement de 175 adhérents physiques ou morales.

L'association est dirigée par un Conseil d'Administration (CA) composé de 12 membres représentatifs des collèges de ses membres selon le schéma suivant :

- 6 représentants du collège 1 soit 50% (professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné)
- 4 représentants du collège 2 soit 33% (établissement, structure de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers)
- 2 représentants du collège 3 soit 17% (personnes morales ou physiques intervenant dans le champ d'action de l'association)

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau.

La gestion des affaires courantes de l'Association est à la charge du Bureau. Ces membres sont issus d'au moins deux collèges différents et sont élus pour deux ans.

Le bureau est actuellement composé :

- Deux coprésidents : Florence DELCEY (infirmière libérale) et Laurent ARNOUX (pharmacien)
- Deux Vice-présidentes : Leila HANNOUNI (infirmière libérale) et Nicole PICARD (usager)
- Trois secrétaires : Audrey AOURAGH-LABORIE (infirmière libérale), Patrick VUATTOUX (médecin généraliste), Olivier DURET (médecin généraliste)
- Un trésorier : Hervé FEIN (pharmacien)

Enfin, les actions de la CPTS sont mises en œuvre par l'équipe de coordination actuellement composée d'un chargé de mission, Docteur François BAUDIER et d'une coordinatrice Clémence MASSON.

## II. Diagnostic territorial de santé

Le diagnostic territorial de la CPTS CaPacITÉS B&M s'appuie sur de nombreuses données chiffrées provenant de plusieurs institutions :

- Les sources mises à disposition par l'Assurance Maladie, notamment le diagnostic Rézone<sup>7</sup>.
- Les données de l'ARS, grâce aux plateformes en ligne C@rtoSanté<sup>8</sup> et AtlaSanté.

<sup>7</sup> Assurance maladie – Rézone ; <https://rezonecpts.ameli.fr/>

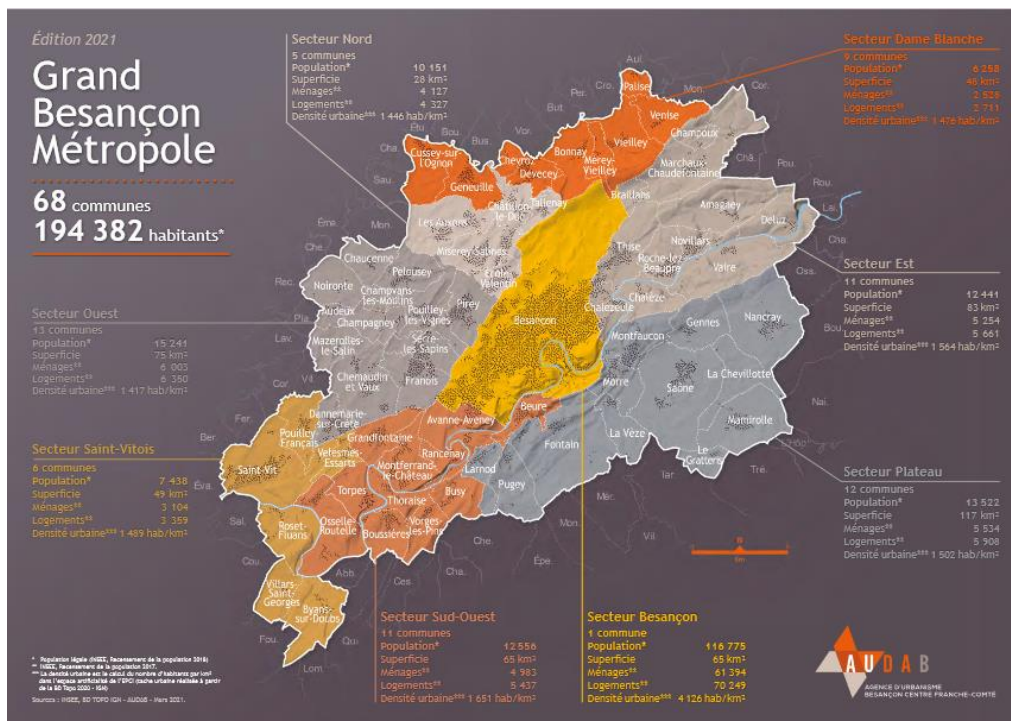
<sup>8</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Cartosanté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/cartosante>

- Enfin, la CPTS a pu bénéficier de documents de la ville de Besançon, plus particulièrement du diagnostic du Contrat Local de Santé (CLS) basé sur le même territoire que la CPTS, de l'Analyse des Besoins Sociaux du Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) de Besançon<sup>9</sup> ainsi que les données socio-économiques de l'Agence d'Urbanisme Besançon Centre Franche-Comté (AUDAB)<sup>10</sup>.

## 1. Description du territoire du projet

La CPTS CaPacITÉS B&M couvre l'ensemble du territoire du Grand Besançon Métropole. Au total, ce sont 68 communes de Bourgogne Franche-Comté regroupées. Il s'agit d'une Communauté de taille 4, représentant près de 200 000 habitants (Figure 1).

Figure 1



AUBAD, Agence d'Urbanisme Besançon centre Franche-Comté, 2021

Les communes affiliées à la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole sont disponibles en annexe (Tableau I)<sup>11</sup>.

La plus grande commune est Besançon avec 117 912 habitants. Elle est divisée en quatorze quartiers dont certains (5) sont prioritaires de la politique de la ville. Plusieurs communes dépassent 3000 habitants : Saint-Vit avec 4 922 habitants, Saône avec 3 231 habitants ou encore Thise avec 3 020 habitants. La plus petite commune est Champoux avec 91 habitants.

Parmi les 68 communes, 9 sont des Zones d'Aménagement Concerté (ZAC) :

<sup>9</sup> CCAS – Besançon : Analyse des besoins sociaux 2020 : Grandes thématiques ; <https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2021/02/CCAS-ABS-2020-GrandesThematiques-BD.pdf>

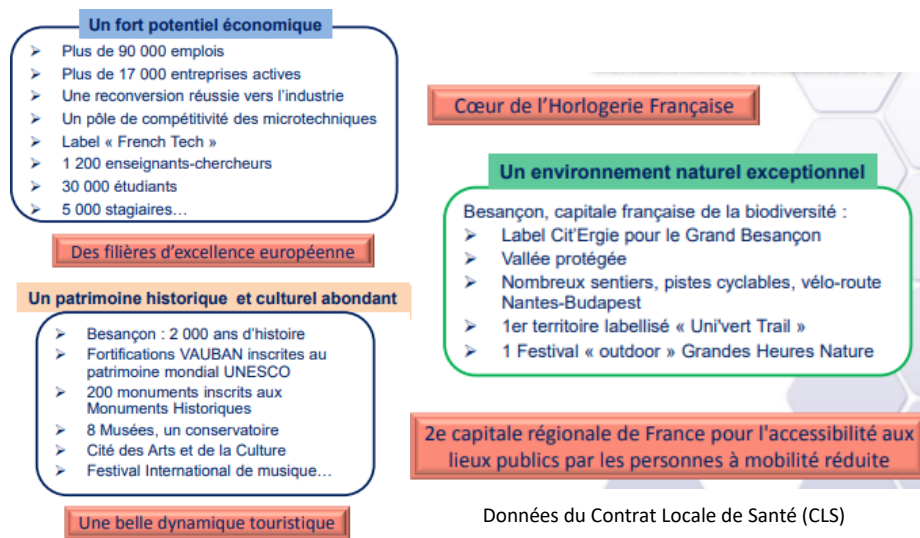
<sup>10</sup> Agence d'urbanisme Besançon centre Franche-Comté : <https://www.audab.org/contenu/l-association>

<sup>11</sup> Annexe 1 p 29 du présent document

- Byans-sur-Doubs
- Dannemarie-sur-Crête
- Osselle-Routelle
- Palise
- Pouilley-Français
- Roset-Fluans
- Saint-Vit
- Velesmes-Essarts
- Villars-Saint-Georges

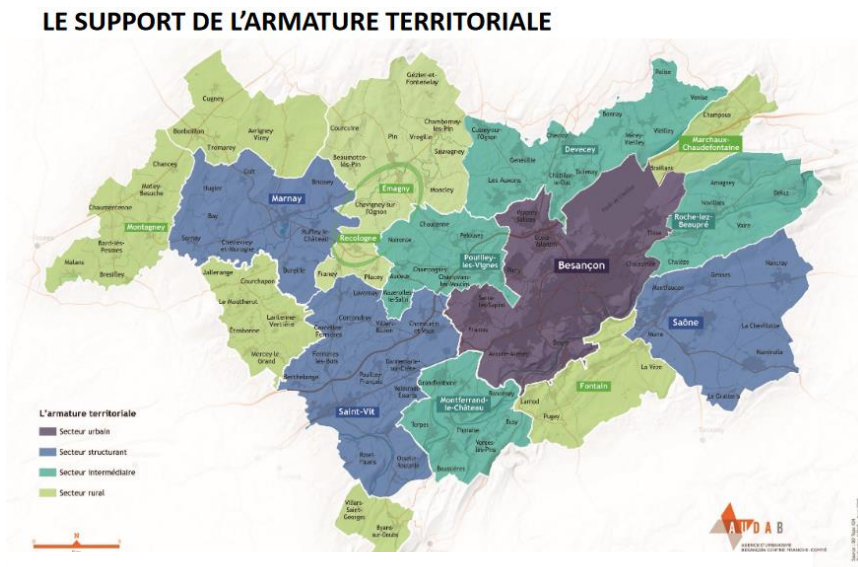
Le Grand Besançon Métropole est décrit comme un territoire ayant « un important potentiel économique, environnemental et culturel » (Figure 2)

**Figure 2**



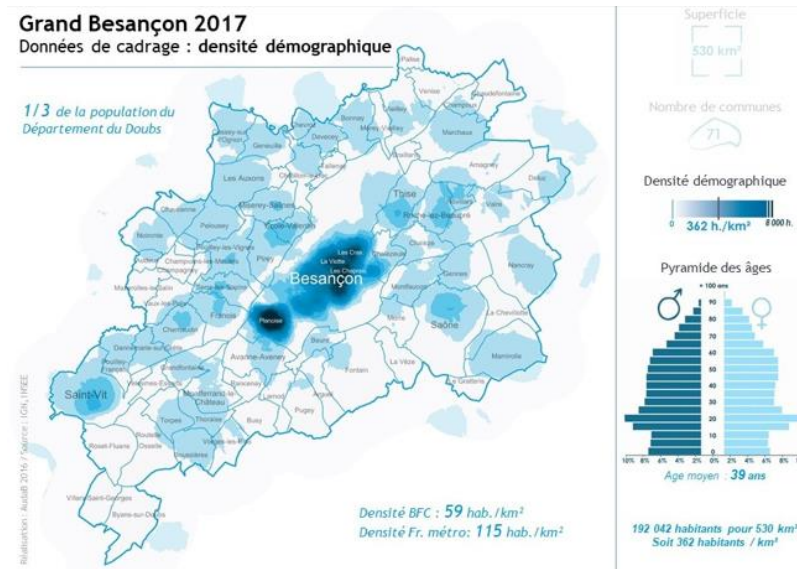
Le Grand Besançon Métropole regroupe 9 bassins de proximité (Figure 3)

**Figure 3**



Ces bassins de population ont des profils contrastés allant d'un territoire très urbanisé comme Besançon à des secteurs plus ruraux comme Marchaux, Grandfontaine ou Fontain. L'importance quantitative de la population et ce paysage varié représentent un facteur de richesse mais aussi de complexité pour le projet de santé de la CPTS CaPacités B&M. En effet, les besoins de ce grand territoire sont différents, notamment en fonction de la zone géographique, de la démographie et de la répartition des soignants et des services à la personne.

**Figure 4**



Au niveau de la densité démographique, l'essentiel de la population est concentré à Besançon (Figure 4). Le reste du territoire est plus ou moins dense avec une inégale répartition de la population. On remarque notamment des zones très peu peuplées qui contrastent avec la forte densité bisontine.

## 2. Caractéristique de la population

### A. Caractéristiques démographiques

Le périmètre d'action de la CPTS CaPacités B&M est situé sur le territoire le plus densément peuplé de la région Bourgogne Franche-Comté (Tableau II). Il s'agit également de la plus grosse CPTS de la région représentant près de 200 000 Habitants.

**Tableau II**

Territoire	Densité de population
CPTS	363 hbts au km <sup>2</sup>
Département du Doubs	101 hbts au km <sup>2</sup>
Région Bourgogne Franche-Comté	59 hbts au km <sup>2</sup>

INSEE-2013

### a. Nombre d'habitants et évolution

D'une manière générale, la population de Besançon et du Grand Besançon Métropole augmente et bénéficie d'un solde naturel<sup>12</sup> positif. Le Doubs est d'ailleurs le seul département en Bourgogne Franche-Comté dont le taux d'accroissement naturel reste positif et supérieur au niveau national. A Besançon, la population a augmenté de 0,2% au cours de l'année 2020<sup>13</sup>. Cette évolution est due pour la moitié au solde naturel (+67 000 personnes). Cependant, cette progression a baissé par rapport aux années précédentes, et ce pour deux raisons :

- La pandémie de la Covid 19 a fait augmenter le nombre de décès à Besançon de 10% par rapport à l'année précédente.
- Le taux de natalité continue de diminuer sur le territoire. A Besançon, une baisse de 3% du nombre de naissance a été constatée en 2020.

Ces données sont issues de la Direction Relations Usagers Service Etat Civil de la Ville de Besançon.

### b. Structures par âge de la population

Les personnes entre 15 et 29 ans sont sur-représentées sur le territoire du Grand Besançon Métropole (23,3%), par rapport au département (18,5%), à la région (16,2%) et au niveau national (17,5%).

La population de la CPTS est globalement moins âgée :

- 24,7% de la population du Grand Besançon Métropole a plus de 60 ans,
- 25,4% pour le Doubs
- 29,6% pour la Région Bourgogne Franche-Comté
- 27% France entière

Par ailleurs, la tranche d'âge des 75 ans et plus est légèrement sous-représentée : 8,9% pour le territoire de la CPTS, tandis qu'elle est de 9,2% pour le département du Doubs, de 11% pour la Région Bourgogne Franche-Comté et de 9,8 pour la France<sup>14</sup>.

La population couverte par la CPTS est donc plus jeune que dans le reste du département, de la région et de la France. Il est également à noter que cette population a tendance à rester jeune puisque son indice de vieillissement<sup>15</sup> est de 66,5 alors qu'il est de 93,2 pour la région<sup>16</sup>.

## B. Caractéristiques socio-économiques

L'analyse des caractéristiques socio-économiques du territoire permet d'identifier les facteurs qui peuvent affecter l'accès aux soins de la population.

### a. Précarité

Les indicateurs de précarité (Tableau III) montrent une situation relativement favorable de manière globale pour la population du Grand Besançon Métropole. En effet, le territoire bénéficie d'un taux de

<sup>12</sup> Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

<sup>13</sup> CCAS Besançon, Analyse des Besoins sociaux de Besançon 2021

<sup>14</sup> La France désigne la France Métropolitaine. Il en est de même dans le reste du document.

<sup>15</sup> L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

<sup>16</sup> CLS Besançon, Données du Diagnostic du Contrat Local de Santé.

chômage plus faible par rapport au taux constaté dans le Doubs, la Région BFC et la France. Ceci peut être expliqué par son pourcentage de personnes non diplômées inférieur aux taux comparés (département, région, France). En revanche, le taux de pauvreté et de personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) reste préoccupant.

Cette situation est d'autant plus marquée pour les jeunes de moins de 30 ans, car, 36%<sup>17</sup> d'entre eux sont en dessous du seuil de pauvreté.

**Tableau III**

	Taux de chômage <sup>18</sup>	Taux de CSS, ou C2SP ou AME <sup>19</sup>	Part des familles monoparentales <sup>20</sup>	Part des non-diplômés <sup>21</sup>	Taux de pauvreté <sup>22</sup>
CPTS CaPacités B&M	6,5%	14,8%	14,7%	19,3%	12,1%
Doubs	7,3%	9,8%	14,7%	22,4%	12,1%
Région BFC	6,8%	/	14,1%	23,8%	12,8%
France	7,8%	10,7%	16,5%	21,9%	14,9%

Besançon est la ville où le taux de pauvreté est le plus élevé avec 22%<sup>23</sup> de la population en dessous du seuil de pauvreté. C'est également dans ce bassin de vie que se situent les cinq quartiers prioritaires du territoire de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole :

- La Butte-Grette où le taux de pauvreté est de 11,5%<sup>24</sup>
- Montrapon qui concentre les ménages les plus en difficulté sur le plan social. La part d'allocataires à bas revenus est de 21,8%<sup>25</sup>.
- Palente-Orchamps au sein duquel les ménages à bas revenus sont en croissance régulière (+89 ménages entre 2019 et 2020<sup>26</sup>). De plus, le taux de pauvreté y est deux fois plus élevé (40,8%<sup>27</sup>) que dans le reste de la ville.
- Le quartier des Clairs Soleils, il se démarque par sa grande fragilité sociale.
- Le quartier de Planoise, où les indicateurs de précarité ne cessent de s'intensifier. En effet, les revenus médians disponibles sont tous inférieurs au revenu médian de la ville. Les taux d'emploi sont les plus bas et continuent de diminuer (37% pour les femmes et 42% pour les hommes à Planoise contre 53% pour les femmes et 57% pour les hommes à Besançon)<sup>28</sup>. Conséquence, le taux de pauvreté dépasse les 50%<sup>29</sup> dans le quartier.

<sup>17</sup>CCAS, Analyse des Besoins Sociaux, édition 2021.

<sup>18</sup> INSEE : Taux de chômage par zone d'emploi au 2<sup>ème</sup> trimestre 2021

<sup>19</sup> DREES : Minima sociaux et prestations sociales éditions 2021

<sup>20</sup> INSEE : Composition des familles RP 2019

<sup>21</sup> INSEE : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus.

<sup>22</sup> INSEE : Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2019

<sup>23</sup> Idem

<sup>24</sup> Idem

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Idem

<sup>27</sup> Idem

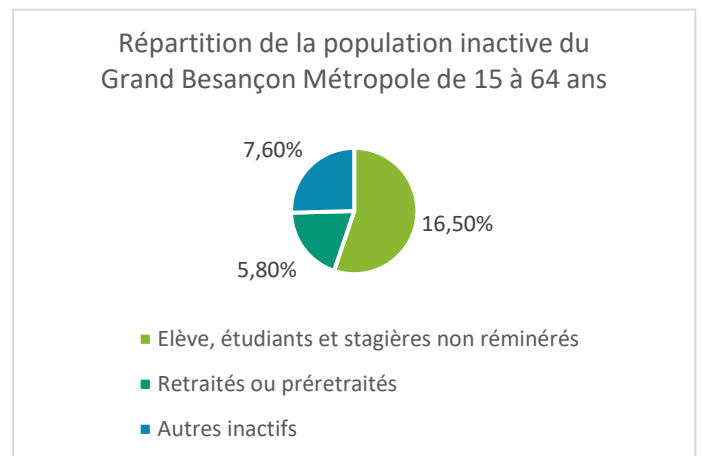
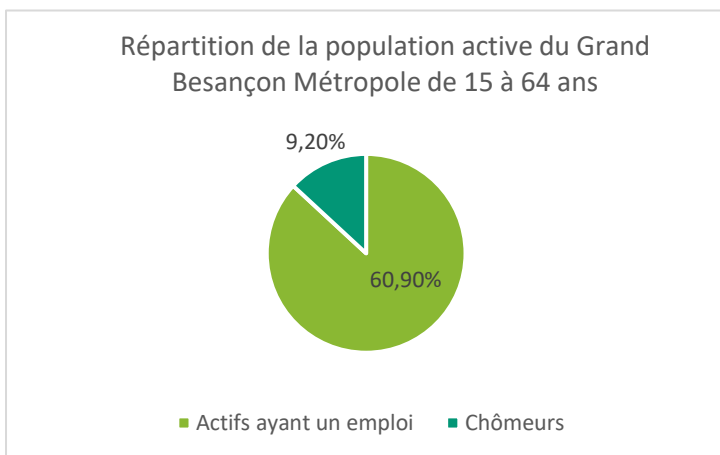
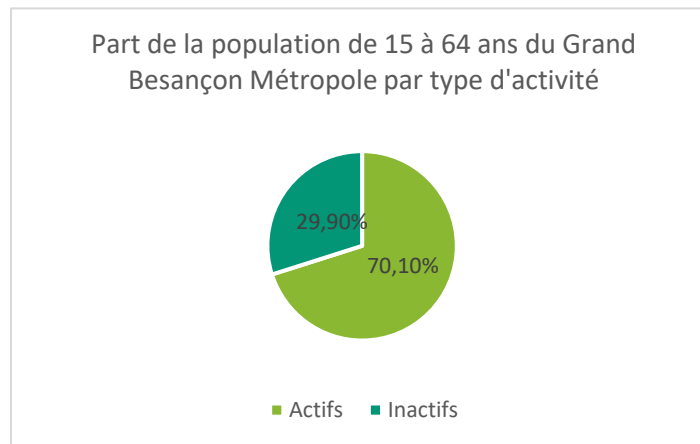
<sup>28</sup> : Analyse des Besoins Sociaux du CCAS 2021, Insee, recensement de la population 2018. FILOSOFI 2018

<sup>29</sup> : Analyse des Besoins Sociaux du CCAS 2021

Les secteurs et quartiers les plus défavorisés demandent une attention particulière, surtout au niveau de l'accès aux soins qui est souvent plus difficile que dans le reste du territoire par manque de moyens et de connaissance du système de santé actuel. Une attention spécifique devra être portée sur ces territoires fragilisés.

*b. Les catégories socioprofessionnelles<sup>30</sup>*

**Figures 5, 6 et 7**

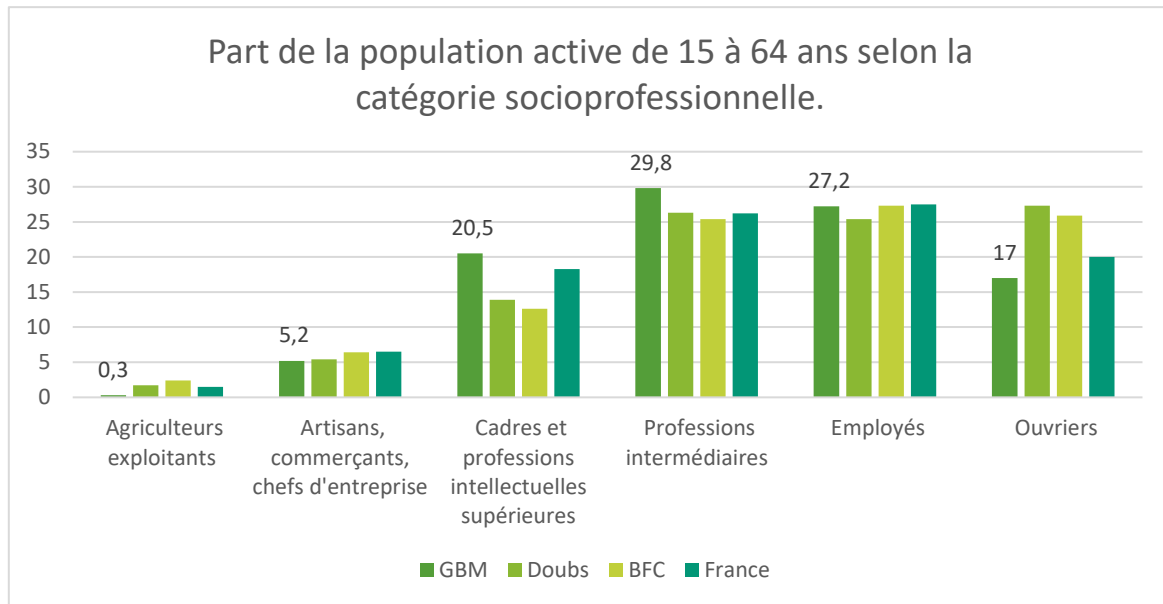


Parmi la population du Grand Besançon âgée de 15 à 64 ans, environ 70% de cette tranche d'âge est active (61% ont un emploi, et 9% sont au chômage) et environ 30% est inactive (16,5% sont en étude, 5,8% sont retraités et enfin 7,6% sont des « autres inactifs »).

Parmi la population active, la répartition en catégorie socioprofessionnelle est la suivante :

<sup>30</sup> Insee, RP 2019

**Figure 8**



Le graphique ci-dessus montre que la population active est majoritairement composée de professions intermédiaires (29,8%), d'employés (27,2%) et de cadres et professions intellectuelles supérieures (20,5%). L'écart entre le nombre de ces professions avec les autres échelles de comparaison est assez important. Ceci est en corrélation avec le fait que la population du territoire de la CPTS est plus diplômée que la moyenne régionale, en effet, 35% des habitants ont un diplôme supérieur contre 21,8% dans la région<sup>31</sup>

En revanche, les ouvriers (17%), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (5,2%) ainsi que les agriculteurs exploitants (0,3%) sont minoritaires.

La proportion élevée du nombre d'actifs sur le territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est susceptible d'entraîner des besoins en santé spécifiques. Par exemple, d'avoir accès aux soins en dehors des horaires classiques de travail.

### C. Etat de santé

#### a. *Espérance de vie à la naissance*

**Tableau IV :**

**Espérance de vie à la naissance par sexe<sup>32</sup>**

	Hommes	Femmes
CPTS	Non renseigné (NR)	NR
Doubs	79,8 ans	85,9
Bourgogne Franche-Comté	79,2	85,2
France	79,3	85,4

<sup>31</sup> Source Diagnostic territorial du CLS.

<sup>32</sup> Insee Statistiques locales



L'espérance de vie sur le territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole n'est pas renseignée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Concernant le Doubs, les données sont plus favorables que pour la Région BFC et la France.

### b. Taux de mortalité

**Tableau V**

	Taux de mortalité 65 ans ou plus standardisé pour 100 000 habitants <sup>33</sup>	Taux de mortalité prématuré standardisé (décès avant 65 ans) pour 100 000 habitants <sup>34</sup>	
		Hommes	Femmes
CPTS	NR	NR	NR
Doubs	847.5	230,95	112 ,99
Région BFC	1062.6	254,17	121,45
France	901.3	243,5	115,9

Le taux de mortalité standardisé est plus faible dans le département du Doubs que dans le reste de la Région BFC qui compte l'un des plus forts taux de mortalité en France. Il en est de même pour la mortalité prématurée, le département du Doubs enregistre un plus faible taux de mortalité chez les hommes et les femmes par rapport au reste de la Région BFC et de la France.

### c. Causes de mortalité<sup>35</sup>

**Tableaux VI et VII**

Hommes	
Tumeurs	731
Maladies de l'appareil circulatoire	509
Causes externes de blessures et empoisonnement	190
- dont suicides	62
- accidents de transport	28
Maladies de l'appareil respiratoire	136
Maladie du système nerveux et des organes des sens	128

Femmes	
Tumeur	597
Maladies de l'appareil circulatoire	575
Troubles mentaux et du comportement	162
Maladie du système nerveux et des organes des sens	161
Causes externes de blessures et empoisonnement	147
- dont suicides	23
- accidents de transport	9

Dans le département du Doubs, les causes de mortalité varient selon les sexes. Les hommes sont plus touchés par les maladies de l'appareil respiratoire que les femmes. Inversement, les femmes semblent plus concernées par les troubles mentaux et du comportement. En revanche, les tumeurs restent la cause principale de mortalité pour les deux genres.

<sup>33</sup> Inserm CépicDc- Données Open Data, <https://opendata-cepdc.inserm.fr/>

<sup>34</sup> ARS, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social Bourgogne-Franche-Comté 2019 – Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2013-2014-2015, [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS\\_2019.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS_2019.pdf)

<sup>35</sup> ARS, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social Bourgogne-Franche-Comté 2019 - Nombre de décès tous âges selon la cause en 2016, [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS\\_2019.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS_2019.pdf)

#### d. Parcours de soins

Sur le territoire, la part de la population ayant une Affection de Longue Durée (ALD) déclarée est de 2,03 %<sup>36</sup>. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en région BFC (2,01%) mais bien plus faible que sur le territoire national<sup>37</sup> (13%)<sup>38</sup>.

Les cinq causes principales d'ALD sur le territoire sont précisées dans le Tableau VIII.

**Tableau VIII**

	CPTS	Doubs	BFC	France
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4,7% 8 910 pat.	5%	5.8%	5.1%
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	3.7% 7 082 pat.	3.7%	4.3%	3.7%
Affection psychiatrique de longue durée	2.4% 4 574 pat.	2%	2.5%	2.4%
Maladie coronaire	2.3% 4 444 pat.	2.5%	2.6%	2.2%
Insuffisance cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. Valvulaires graves, cardiop. Congénitales graves	1.8% 3 417 pat.	2.1%	2.5%	2.2%

Les différences sont peu marquées entre le territoire de la CPTS et les autres territoires géographiques pris en compte.

#### e. Participation aux campagnes nationales de prévention

##### ▪ Antibiorésistance<sup>39</sup>

Le recours aux antibiotiques est moins important sur le territoire de la CPTS CaPaciTÉS B&M, mais reste significativement élevé, notamment quand on le compare à des pays européens voisins.

**Tableau IX**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
Part de la population consommante traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance	34.1% 18 711	33.8%	36%	36.3%
Part d'enfant de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération prescrite par le médecin traitant.	13.3% 339 pat.	21.7%	29.1%	25.4%

<sup>36</sup> Diagnostic territorial de Santé du CLS Grand Besançon Métropole 2019. Source INSERM CépiciDc- INSEE RP-2013.

<sup>37</sup> Le territoire national désigne le territoire de la France Métropolitaine.

<sup>38</sup> CNAM : L'essentiel du RIS en Chiffres – Version intégrale/ Edition 2017- Données 2016. [https://www.secu-independentants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace\\_telechargement/Etudes/CHAP2\\_F4.pdf](https://www.secu-independentants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace_telechargement/Etudes/CHAP2_F4.pdf)

<sup>39</sup> Assurance Maladie, diagnostic Rézone du 03/10/2022

Part d'enfant de 4 à 16 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération prescrite par le médecin traitant.	7.9% 443 pat.	11.5%	15.6%	13.9%
---	------------------	-------	-------	-------

■ **Prévention des cancers<sup>40</sup>**

La participation aux trois dépistages organisés des cancers (sein, côlon, col de l'utérus) est plus élevée sur le territoire de la CPTS qu'au niveau départemental, régional et national.

**Tableau X**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
<b>Dépistage cancers du sein</b> : Part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage	64.2% 18 951 pat.	61.3%	62.8%	61.6%
<b>Dépistage cancers du col de l'utérus</b> : Part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	55.3% 27 440 pat.	53.2%	54.2%	51.8%
<b>Dépistage cancers colorectal</b> : part des patient consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années.	37.7% 16 961 pat.	37.3	35.5%	32.3%

■ **Vaccination contre la grippe saisonnière<sup>41</sup>**

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est plus élevé au niveau de la CPTS que sur les autres territoires de référence.

**Tableau XI**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
Part de la population consommatrice des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	61.6% 23 780 pat.	58%	59%	58.6%
Part de la population consommatrice de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique vaccinée contre la grippe saisonnière.	36.6% 2 616 pat.	34.7%	36.8%	34.2%

### 3. Identification et analyse de l'offre de soin du territoire

L'offre de soins, médico-sociale et sociale sur le territoire du Grand Besançon & Métropole est importante. Cette zone géographique regroupe notamment, un Centre Hospitalier Régional Universitaire, deux cliniques, une UFR Santé, un dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), de

<sup>40</sup> Assurance Maladie, diagnostic Rézone du 03/10/2022

<sup>41</sup> idem

nombreux professionnels de santé, plusieurs établissements médico-sociaux et sociaux et diverses associations œuvrant dans le secteur de la Santé.

#### A. L'offre de soins de premier recours

##### a. Situation de l'offre de soins de premier recours

L'offre de soins de premier recours est significative sur le territoire du Grand Besançon Métropole, mais inégalement répartie.

**Tableau XII**

	Nombre totale sur le territoire	Dont plus de 60 ans.
Médecins généralistes	255	61
Sage-femme	34	0
Chirurgiens-dentistes	123	20
Infirmiers	346	26
Masseurs Kinésithérapeute	287	21
Orthophonistes	82	Non renseigné
Pédicures-podologue	40	Non renseigné
Orthoptistes	4	Non renseigné
Maison de Santé	5	/
Pharmacie	87	/
Centre de santé	11	/

(Source SNDS aout 2022 et CartoSanté 2021 et information de l'ARS actualisé au 1<sup>er</sup> janvier 2022)

Outre le nombre de professionnels sur le terrain, il semble plus pertinent de comparer la densité de ces professionnels sur le territoire de la CPTS par rapport aux densités de professionnels dans le département, la région et la France.

**Tableau XIII**

	Densité pour 100 000 habitants au 1 <sup>er</sup> janvier 2022			
	Grand Besançon	Doubs	BFC	France
Médecin généraliste	130,3	95,3	81,5	96,5
Chirurgien-dentiste	62,8	50,8	43,5	54,9
Orthophoniste	41,9	26,7	21,9	33,5
Pharmacien	44,4	43,1	44,9	42
Sage-femme	73,5	68,4	52,5	57,8
Infirmier	176,8	142,4	161,8	199,1

(Source ARS Bourgogne Franche-Comté)

Globalement, le territoire du Grand Besançon est mieux doté en professionnels de santé que le département, la région BFC ou encore la France. Notamment pour les médecins généralistes dont la densité est bien plus élevée que dans le reste des échelles de comparaison.

Le territoire compte également cinq maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP):

- La Maison de Santé Saint Claude à Besançon
- La Maison de Santé Vauban à Besançon
- La Maison de Santé des Mercureaux à Beure

- La Maison de Santé de Roche-lez-Beaupré
- La Maison de Santé de Avicenne-Grandfontaine

Il y a également 14 Centres de Santé sur le territoire du Grand Besançon métropole :

- Un centre de dialyse à Besançon
- Deux centres de santé dentaires à Besançon
- Un centre de santé infirmiers à Montferrand-le-Château
- Trois centres de santé médicaux à Besançon
- Deux centres de santé non typés eCDS-ATIH à Besançon et Franois
- Cinq centres de santé polyvalents à Besançon (4) et à Novillars (1)

Le vieillissement des professionnels de santé est une question majeure sur notre territoire, en effet, près d'un quart des médecins spécialisés en médecine générale ont plus de 60 ans et 20% des chirurgiens-dentistes partiront en retraite dans les cinq prochaines années.

La majeure partie des professionnels de santé se situe sur Besançon, l'offre de soins y est donc plus conséquente. Pour les zones rurales non couvertes par la présence de professionnels de santé, l'accès aux soins est plus compliqué en particulier pour les personnes à mobilité réduite.

## B. L'offre de soins spécialisée

### a. Les professions libérales spécialisées

**Tableau XIV**

	Effectif au 1 <sup>er</sup> janvier 2022	Densité pour 100 000 habitants au 1 <sup>er</sup> janvier 2022			
		Grand Besançon Métropole	Grand Besançon Métropole	Doubs	Région BFC
Anatomie et cytologie pathologiques	8	4,1	1,5	3	1,1
Anesthésie-réanimation	30	15,3	5,8	4,7	6,8
Biologie médicale	6	3,1	1,3	1,2	1,8
Cardiologie et maladies vasculaires	34	17,4	6,9	6,1	7,7
Chirurgie générale	5	2,6	1,3	1,2	1,7
Chirurgie infantile	2	1	0,4	0,2	0,2
Chirurgie maxillo-faciale et/ou stomatologie	5	2,6	0,9	0,8	1,2
Chirurgie orthopédique et traumatologie	15	7,7	4,9	4,5	4,1
Chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique	6	3,1	1,3	1,1	1,4
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0	0	0	0,3	0,4
Chirurgie urologique	13	6,6	2,6	2,2	1,7
Chirurgie vasculaire	7	3,6	1,5	0,8	0,6

Chirurgie viscérale et digestive	9	4,6	1,6	1,4	1
Dermatologie et vénéréologie	19	9,7	4,7	3	4,2
Endocrinologie et métabolisme	3	1,5	0,5	0,8	1,3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4,6	2,2	2,3	3,1
Gériatrie	1	5,8	1,9	0,8	2,5
Gynécologie médicale	5	10,8	7,7	6,2	10,5
Gynécologie-obstétrique	21	45,4	18,8	21,1	22,8
Médecine interne	1	0,5	0,2	0,1	0,5
Médecine nucléaire	7	3,6	1,3	1,3	0,7
Médecine physique et réadaptation	1	0,5	0,4	0,3	0,6
Néphrologie	0	0	0	0,2	0,9
Neuro-chirurgie	3	1,5	0,7	0,5	0,4
Neurologie	3	1,5	1,3	1,4	1,5
O.R.L et/ou chirurgie cervico faciale	10	5,1	2,6	2,3	3,1
Oncologie option médicale	0	0	0	0,5	0,4
Ophtalmologie	22	11,2	4,9	5,8	7
Pédiatrie	14	7,2	3,1	2,8	4,7
Pneumologie	8	4,1	1,5	1,4	1,9
Psychiatrie dont option enfant & ado, Neuro-psychiatrie	38	19,4	8,8	7	9,5
Radio-diagnostic	32	16,3	10,4	7,8	9,9
Radio-thérapie, Oncologie option radiothérapie	11	5,6	2,2	1	0,8
Rhumatologie	623	318,3	223,9	194,9	2,3

(Source ARS Bourgogne Franche-Comté)

Le constat est le même que pour les professionnels de santé de premier recours. En effet, le nombre de spécialistes sur le territoire de la CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole est supérieur par rapport aux autres échelles de comparaison. Seules l'oncologie option médicale, la néphrologie et la chirurgie thoracique cardio-vasculaire font défaut puisqu'il n'y a pas de spécialistes dans le grand Besançon.

### *b. Les établissements sanitaires*

Les établissements sanitaires du Grand Besançon Métropole sont :

- Le Centre Hospitalier Régional Universitaire Jean Minjoz à Besançon
- La Clinique Saint-Vincent à Besançon
- La Polyclinique de Franche-Comté à Besançon
- Le Centre Hospitalier de Novillars
- Les Salins de Bregille à Besançon
- Le Centre de Soins et de Réadaptation les Tilleroyes à Besançon
- HAD Grand Besançon
- Le Centre de Réadaptation Cardiologique et Pneumologique de Franche-Comté à Franois.

## C. L'offre médico-sociale

L'offre médico-sociale dans le Grand Besançon est très développée, il y a de nombreuses structures sur le territoire dont 14 EHPAD.

### Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

- EHPAD Jean XXIII à Montferrand-le-Château
- EHPAD Laurent Valzer à Montferrand-le -Château
- Résidence Autonomie les Hortensias à Besançon
- EHPAD de Bellevaux à Besançon
- EHPAD Jacques Weinman à Avanne-Aveney
- EHPAD Résidence Granvelle à Besançon
- EHPAD Alexis Maequiset à Mamirolle
- EHPAD Saint Ferjeux à Besançon
- EHPAD Korian Vill Alize à Thise
- EHPAD la Retraite les sept collines à Besançon
- EHPAD Marcel Guey aux Auxons
- EHPAD Les Jardins d'Athena à Saint-Vit
- EHPAD la Retraite les quatre tilleuls à Besançon
- EHPAD Alexis Marquiset à Saône

### Services Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)

- SPASAD du Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) de Besançon
- SPASAD ELIAD à Besançon

### Structures d'Accueil de Jour

- AJA L'Escapade à Besançon
- Association des Familles des Traumatisés Crâniens de Franche-Comté (AFTC) à Besançon

### Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)

- Les Erables à Novillars
- ITEP de Bregille à Besançon
- Les Pupilles de l'Enseignement Public CBFC à Saint Vit

### Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)

- Les Erables à Novillars
- APF France Handicap à Besançon
- SESSAD de Bregille à Besançon
- Le Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire à Besançon

### Etablissements d'Accueil Médicalisés (EAM)

- Les maisonnées du Doubs à Amagney
- APF France Handicap à Besançon
- L'Association Des Amis et Parents des personnes Handicapées mentales (ADAPEI) à Besançon

### Unité d'Evaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS)

- L'AFTC à Besançon

### Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

- L'AFTC à Besançon
- APF France Handicap à Besançon
- Les Invités au Festin à Besançon

### Instituts Médico-Educatifs (IME)

- L'Essor à Besançon
- L'ADAPEI à Besançon
- L'IME du Grand Besançon à Besançon

### Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- L'Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté (AHSFC) à Franois
- Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Chifflet à Besançon

### Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)

- La MAS Georges Pernot à Franois
- La Chataigneraie à Novillars
- L'ADAPEI à Besançon

### Equipe Mobile (EM)

- EM expérimentale Autisme à Besançon

### Etablissement d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés (EATAH)

- La Maison de Vie à Besançon

### Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

- Aire Urbaine à Besançon

### Institut pour déficients visuels (IDV)

- La Section d'Enseignement et d'éducation Spécialisés (SEES) à Besançon
- Association Valentin Haüy (AVH) à Besançon

### Etablissements et Services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)

- Le Centre Régional d'Enseignement et d'éducation Spécialisés pour Déficients Visuels (CRESDEV) à Besançon
- L'ADAPEI à Besançon
- Le Centre d'Education pour les Enfants Déficients Auditifs (CEEDA) à Besançon

### Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)

- L'ADAPEI à Besançon et Pelousey
- L'Association Solidarité Doubs Handicap (SDH) à Besançon



### Unité Expérimentale ABA

- ADAPEI à Besançon

### Centre de Pré Orientation professionnelle (CPO)

- L'Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapées (LADAPT) à Besançon

### Service d'Accompagnement Familial et d'Education (SAFEP)

- Le Service de Soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation à Besançon

### Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

- O Jardin de Floréal à Besançon
- La Grange de Léo à Besançon
- La Fontaine à Besançon
- Les Amis de Ma Rue Là à Besançon

### Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

- Soléa à Besançon
- Addiction France à Besançon

### Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CARRUD)

- AIDES à Besançon

De nombreuses associations œuvrant dans le champ de la santé sont également présentes sur le territoire. L'équipe de coordination n'a pas encore pu faire le recensement de tous les acteurs de santé sur le Grand Besançon, cela sera une tâche essentielle pour connaître et faire connaître tous les dispositifs existants.

Le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) de Besançon est par ailleurs implanté sur le même territoire que la CPTS. Le DAC sera un partenaire important de la CPTS CaPaciTÉS B&M.

## **4. L'accès aux soins**

Même si l'offre de soins est assez importante sur le territoire, l'accès aux soins reste inégal.

### **A. L'accès aux médecins traitants**

En 2021, sur le territoire de la CPTS parmi les 153 324 usagers de 17 ans et plus, 9,4% d'entre eux n'ont pas de médecin traitant soit 14 433 patients.

Parmi la population âgée de 17 ans et plus sans médecin traitant :

- 1% des patients est atteint par une affection de longue durée soit 1 140 patients.
- 2% des patients bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire (1 928 personnes)
- 5,6% des patients ont plus de 70 ans, soit 1 193 usagers.

**Tableau XV**

Patients consommateurs	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge			
	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
17 ans et plus	153 324	428 175	2 241 306	54 442 430
17 ans et plus sans Médecin Traitant	9.4% 14 433 pat.	11.6 %	11%	11.4%
17 ans et plus sans Médecin Traitant et en ALD	1% 1 140 Pat.	1.3%	1.3%	1.2%
17 ans et plus sans Médecin Traitant et ayant la CSS	2% 1 928 pat.	1.1%	1.3%	1.5%
70 ans et plus sans Médecin Traitant	5.6% 1 193 pat.	6.8%	6%	5.8%

Source DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2021

Par rapport aux données départementales, régionales et nationales, le taux d'accessibilité aux soins est supérieur sur le territoire de la CPTS CaPacITeS B&. Cependant, de nombreuses personnes restent sans médecin traitant et la plupart d'entre elles sont des usagers « fragiles ».

### B. L'accès aux soins non programmés

En 2019, le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation sur le territoire de la CPTS est inférieur à celui des territoires de références.

**Tableau XVI**

	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
Pourcentage de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	17.3% 26 008 pat.	17.6%	21.4%	22.2%

Par ailleurs, la part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville est plus élevée que celui de l'échelon départemental mais reste plus faible que celle des niveaux régional et national.

**Tableau XVII**

	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
Pourcentage des admission directes en service médecine à la demande d'un	35.2% 3 123 pat.	34.5%	39.2%	40.8%

médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services.				
--	--	--	--	--

En ce qui concerne la régulation de l'accès aux soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, le territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole bénéficie de l'action de l'Association COmtoise de REgulation Libérale (ACORELI) qui régule les 20 secteurs de garde du département du Doubs. De plus, sur Besançon, la permanence des soins est assurée par SOS Médecins 24h sur 24.

## 5. Synthèse du diagnostic territorial

### SYNTHESE

**La zone géographique** de la CPTS CaPacITeS B&M est fortement peuplée et contrastée, avec une population importante au sein de Besançon intramuros, et des zones péri-urbaines moins denses et devenant de plus en plus rurales lorsqu'elles s'écartent du centre urbain. **Cette diversité est un 1<sup>er</sup> facteur influant sur les besoins et l'organisation de l'offre de santé.**

**La population est plus jeune et avec un niveau socio-économique plus élevé** sur notre territoire qu'au niveau du département, de la région et de la France. En effet, si le taux de chômage est globalement plus faible, il existe, notamment sur Besançon intramuros, « des poches » de pauvreté importantes. Cinq quartiers sont classés comme prioritaires par rapport à « la politique de la ville ». **Cette spécificité est une 2<sup>ème</sup> composante à prendre en compte pour développer une approche adaptée des services de santé auprès d'usagers dont l'accès aux soins est souvent difficile, avec un renoncement fréquent, des parcours de santé erratiques et un niveau de littératie faible demandant des approches adaptées en promotion de la santé.**

En matière de santé, là encore, **les indicateurs sont globalement plus favorables** sur le territoire de notre CPTS. Cependant, si la participation au dépistage des cancers ou le taux de vaccination contre la grippe sont plus élevés que sur le département, la région ou en France, ces pourcentages restent en dessous des recommandations préconisées. Il en est de même pour le taux de recours aux antibiotiques, plus faible sur notre territoire, mais qui reste très élevé par rapport aux autres pays européens. Bien évidemment, **ces moyennes cachent certainement des disparités géographiques et sociales intra-territoriales liées aux deux constats énoncés précédemment.**

Il en est de même pour **l'offre de santé, médico-sociale et sociale**. Elle est importante, mais ne bénéficie pas uniquement aux populations habitant sur notre territoire. C'est particulièrement vrai par rapport à l'attractivité du CHRU, des cliniques et des spécialistes installés sur notre territoire. Leur patientèle peut être extra territoriale à Besançon et Grand Besançon Métropole.

*Cette situation conduit à trois constats contrastés :*

- *La proximité géographique de cette offre et surtout des lieux de formation des jeunes professionnels de ces secteurs est incontestablement un atout.*
- *La perception des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours et de la population en général est que l'accès à un médecin traitant et à certaines spécialités est particulièrement difficile, cette situation étant exacerbée pour la population la plus vulnérable (médicalement et socialement) et les personnes éloignées du centre urbain.*

- Enfin, cette offre, que cela soit dans le domaine de la prévention ou du soin, apparait comme peu coordonnée, mal identifiée et conduisant à une perception d'un foisonnement peu maîtrisé. C'est particulièrement vrai pour : 1. la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie ; 2. Les actions de promotion de la santé et la prévention qui sont multiples et font peu le lien avec les acteurs du soin de proximité.

### III. Actions de la CPTS selon les missions définies par l'ACI

A l'issue de la construction du diagnostic territorial et des rencontres avec les professionnels de santé de la CPTS, huit thématiques prioritaires ont émergé. Grâce à la contribution active de nombreux professionnels, l'équipe de coordination a pu rédiger huit fiches actions sur les thèmes suivants :

- L'accès aux soins non programmés
- Faciliter l'accès à un médecin traitant
- L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée
- Les entrées et sorties d'hospitalisation
- Le dépistage du cancer colorectal
- Développement d'une réponse aux crises sanitaires graves
- Le bon usage des antibiotiques
- L'Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours.

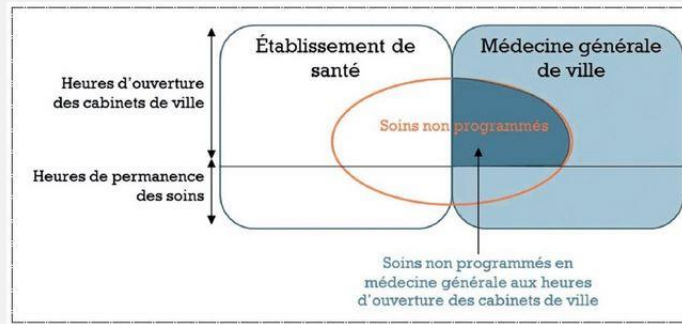
#### 1. Les missions socles obligatoires de l'ACI

A. Amélioration de l'accès aux soins

a. Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (Fiche action n°1)

<b>Répondre aux soins non programmés de la population du territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon &amp; Métropole en apportant une réponse adaptée</b>	
Mission socle	Accès aux soins
Responsables de l'action	Laurent ARNOUX
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>Urgences, permanence des soins et soins non programmés sont trois notions distinctes, mais dont les interrelations sont à prendre en compte sur un même territoire, les solutions à apporter ayant des complémentarités étroites (figure1).</p>

Figure 1  
**LES SOINS NON PROGRAMMÉS**



— (d'après ORS Pays de la Loire)

Les soins non programmés en médecine de ville sont des demandes de soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).

### Diagnostic territorial

Quatre constats peuvent être faits sur notre territoire :

1. Le CHU de Besançon évalue qu'en journée 20 à 40% (suivant les périodes) des personnes qui se présentent aux urgences relèvent de la médecine de ville et 26 008 patients se présentant aux urgences ne sont pas hospitalisés (Tableau I)

#### 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.
17.3 26 008 pat.	17.6	21.4	22.2	-0.3	-4.1	-4.9

source ATIH (Année 2019)

2. Le territoire d'intervention de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole bénéficie de deux dispositifs spécifiques à prendre en compte :
  - SOS Médecins
  - Une organisation de la réponse à la permanence des soins originale et innovante puisque le 15 et l'ACORELI (régulation libérale) se positionnent sur un même lieu, s'appuient sur des assistants de régulation médicale communs et utilisent des outils partagés.
3. Notre région doit bénéficier d'une organisation de type SAS<sup>42</sup>. Elle devrait se mettre en place au cours des prochains mois, mais au moment où cette fiche action est rédigée, nous n'en connaissons pas le détail, en dehors des grandes orientations nationales<sup>43</sup> (informations locales disponibles en principe début janvier 2023). Pour mener à bien cette mise en place, le CHU qui estime que la coopération ville- hôpital est très

<sup>42</sup>Ministère de la santé et la prévention : Le service d'accès aux soins ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>

<sup>43</sup>ARS Bourgogne Franche-Comté : Le Service d'Accès aux Soins (SAS) en Bourgogne-Franche-Comté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/service-acces-aux-soins-sas-en-bfc>

	<p>importante, est dans l'attente de la validation du financement d'une équipe projet.</p> <p>4. Enfin, il semble difficile de trouver des solutions pérennes sans avoir un éclairage précis sur les effecteurs de soins non programmés : qui fait quoi, où et comment ? En effet, le simple dénombrement des offreurs de soins est totalement insuffisant si l'on ne connaît pas plus en détail les horaires et les types d'activités pratiquées.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	<p><b>Le public concerné</b> est composé des patients en demande de soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant (si médecin traitant il y a) dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés)</p> <p><b>Les publics à mobiliser pour déployer l'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les régulateurs</li> <li>- les professionnels de santé de première ligne</li> </ul>
Objectif	<p>Faire progresser le nombre de patients qui accèdent à des soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant (si médecin traitant il y a) dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).</p>
Tâches opérationnelles	<p>1. <b>RECUEILLIR ET ANALYSER LES EVALUATIONS DES DISPOSITIFS EXISTANTS</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>L'équipe de coordination de la CPTS collectera les informations disponibles et en fera une synthèse pour identifier les forces et les faiblesses des dispositifs (capitalisation) mis en place sur d'autres territoires, en attachant une attention particulière au positionnement des CPTS. Le but est d'avoir une vraie complémentarité en termes d'organisation et d'outils, notamment numériques (logiciel et interopérabilité).</p> <p>2. <b>REPERTORIER LES MEDECINS GENERALISTES DU TERRITOIRE DE LA CPTS EN IDENTIFIANT LEURS DISPONIBILITES POUR ETRE EFFECTEURS ET LEURS CHAMPS DE COMPETENCES</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>La rédaction d'un questionnaire sera réalisée par un groupe de travail. D'ores et déjà, plusieurs items semblent pertinents à collecter comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les horaires d'ouverture du cabinet avec les vacances programmées sur l'année avec ou sans remplaçant</li> <li>- Le mode d'exercice : en cabinet isolé, avec des confrères, d'autres spécialités ou non ou d'autres professions, en maison de santé...</li> <li>- Les actes pratiqués : sutures, examen gynécologique, ECG, échographie...</li> <li>- Les possibilités d'accueillir de nouveaux patients en tant que médecin traitant</li> <li>- L'activité de télémédecine : téléconsultation, télé expertise...</li> <li>- Les relations avec les spécialistes de 2ème ligne</li> <li>- Les dynamiques de quartier ou de secteur au niveau médical, médico-social et social</li> <li>- Une éventuelle possibilité d'implication au niveau de l'ACORELI actuelle ou possible</li> <li>- (...)</li> </ul> <p><b>A noter :</b> dans un 2<sup>ème</sup> temps, deux autres démarches seront initiées. Elles pourraient compléter ce 1er travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le même type d'enquête au niveau des autres professionnels de santé du territoire : infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, sage-femmes... ; par exemple, pour ces dernières, cette investigation sera importante car elles interviennent dans les soins des</li> </ul>

femmes enceintes, les soins gynécologiques, les brûlures mictionnelles... et peuvent réaliser des échographies pour celles qui ont le DU.

- Les acteurs de 2ème ligne seront également interrogés par spécialité.

**Les services de la CPAM** seront sollicités pour adresser le questionnaire à l'ensemble des médecins traitants du territoire.

**Des relances** seront effectuées par téléphone. Ce sont les étudiants en médecine, en lien avec l'UFR Santé et les maîtres de stage du territoire, qui seront sollicités pour effectuer cette tâche.

**Une base de données et un annuaire** seront constitués et mis à jour régulièrement par l'équipe de la CPTS. **Un outil informatique de communication partagé et sécurisé entre professionnels de santé** sera choisi par le groupe de travail e-santé de la CPTS et promu.

### 3. MOBILISER ET FORMER LES MEDECINS GENERALISTES VOLONTAIRES POUR PARTICIPER A LA REGULATION

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

- **Un groupe de travail** sera mis en place avec l'ACORELI pour préciser les tâches, l'organisation et les modalités de mise en œuvre de la régulation dans le cadre de notre territoire.
- **Un document** sera produit afin d'expliquer le fonctionnement du nouveau dispositif et d'inciter les généralistes à se porter volontaires afin d'assurer ces tâches. Cette production sera largement diffusée et un webinaire sera organisé pour faciliter l'appropriation de l'information et répondre aux questions.
- **Un programme de formation** sera organisé par l'ACORELI pour assurer la formation des généralistes volontaires.

### 4. FAIRE CONNAITRE ET PROMOUVOIR LES PROTOCOLES DE COOPERATION PLURIPROFESSIONNELS (AVEC OU SANS DELEGATION) DANS LE CADRE DES SOINS NON PROGRAMMES

« La coopération entre professionnels de santé contribue à élargir l'offre des soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge »<sup>44</sup>. Ces protocoles avec délégation existent actuellement principalement pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles. Concernant plus spécifiquement les soins non programmés, ce sont :

1. Renouvellement du traitement de **la rhino-conjonctivite allergique saisonnière** pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers un infirmier/pharmacien d'officine)
2. Prise en charge **du traumatisme en torsion de la cheville** par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers masseur-kinésithérapeute)
3. Prise en charge de **la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme** de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)

<sup>44</sup>Ministère de la santé et de la prévention : les protocoles nationaux de coopération ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

4. Prise en charge de **l'odynophagie** par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)
5. Prise en charge de **la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines** par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers masseur-kinésithérapeute)
6. Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de **l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse** par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)

Aujourd'hui, ces protocoles nationaux sont peu mis en œuvre. Par ailleurs, des perspectives d'évolution sont actuellement envisagées, notamment avec des protocoles de coopération définis et déployés en région. **A noter :**

- Les modèles économiques sont à préciser dans le cadre d'une CPTS dont la forme juridique est très limitative.
- Le niveau de sécurité de l'offre de soins donné aux patients reste un élément de vigilance important, notamment pour les protocoles régionaux ne recevant pas de validation HAS.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Un point de situation (freins et leviers) sera réalisé concernant la mise en œuvre de ces protocoles de coopération en région et hors région. Dans la perspective d'une évolution possible, une attention particulière sera portée sur :
  - o les protocoles nationaux/locaux
  - o avec ou sans délégation
  - o et suivant quel modèle économique ?
- En tenant compte des conclusions de ce point de situation et des orientations à venir sur ce sujet (Ministère/CNAM) une information sera faite par la CPTS (lettre, webinaire...) et des formations seront mises en place.
- Une attention particulière sera portée au développement de ces protocoles :
  - o au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles,
  - o aux équipes en exercice coordonné (*cf. la fiche sur l'exercice coordonné*),
  - o avec les Infirmières en pratique avancée (IPA).

**5. AMELIORER L'ACCES A L'IMAGERIE NON PROGRAMMEE**

Les difficultés d'accès à l'imagerie médicale dans les conditions de réalisation des consultations non programmées sont un obstacle à une réponse adaptée dans des délais acceptables médicalement. Il est donc indispensable de rendre possible cet accès grâce à une meilleure collaboration entre les médecins généralistes et les équipes de radiologie.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Organiser une « réunion miroir » entre généralistes et radiologues (public/privé) afin d'identifier les freins et les leviers pour faciliter l'accès à l'imagerie médicale dans des délais acceptables lors de consultations non programmées.
- Mettre en place un groupe de travail pour :
  - o Préciser pour quelle imagerie les besoins sont les plus prioritaires ?
  - o Identifier des créneaux d'imagerie non programmés
  - o Envisager une plateforme de régulation et un numéro unique pour les professionnels de santé
  - o (...)
- Mettre en œuvre les décisions prises.



	<p><b>6. INFORMER LES USAGERS SUR LES SCHEMAS DE L'OFFRE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES</b></p> <p>Le bon usage de l'offre de soins est un élément important pour avoir la réponse médicale la plus adaptée possible aux situations rencontrées, notamment en termes de délais. L'information du public est de ce point de vue une composante essentielle. Elle doit se concevoir dans une communication qui prend en compte à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les urgences vitales,</li> <li>- la permanence des soins,</li> <li>- les soins non programmés.</li> </ul> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elles prendront la forme d'une campagne de communication grand public, mais également d'actions d'information et d'éducation au plus près des publics, dans les quartiers et bassins de vie. La CPTS se centrera sur les démarches de proximité avec des approches et des outils adaptés, réalisés en lien étroit avec les associations d'usagers, les acteurs médico-sociaux, sociaux et éducatifs. Une attention particulière sera portée aux populations les plus éloignées de notre système de santé et qui font souvent un mésusage de l'offre de soins, notamment en situation d'urgence perçue.</li> </ul>
Calendrier de déploiement	A préciser
Outils et moyens nécessaires	<p>Le travail documentaire se fera à partir des moteurs de recherche disponibles et pourra être complété par des contacts directs (téléphone ou visio) avec certaines équipes ayant piloté des expérimentations, notamment dans la région.</p> <p>Il sera fait appel à un prestataire extérieur pour effectuer la saisie et l'exploitation du questionnaire.</p> <p>L'outil informatique de communication partagé et sécurisé entre professionnels de santé sera déployé en lien avec le groupe e-santé de la CPTS.</p> <p>Les moyens reposeront sur les outils existants de l'ACORELI, ceux qui ont été utilisés lors des différentes expérimentations et dont leur expérimentation s'est révélée probante.</p> <p>Les outils et moyens reposeront sur l'équipe de la CPTS en lien étroit avec l'ARS et la CPAM.</p> <p>Une plateforme de régulation et un numéro unique à positionner.</p> <p>Les outils créés au moment de la mise en place de la campagne de communication. La CPTS s'investira surtout dans la conception et la diffusion des outils de proximité en cabinets médicaux, dans les maisons de quartier, les mairies... avec des approches de type « aller vers ». Ces outils et les modalités d'accès à certains publics porteront une attention particulière au niveau de littératie de certaines populations afin de les rendre compréhensibles et appropriables par le plus grand nombre.</p>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les promoteurs et pilotes des expérimentations.</li> <li>- Tous les organismes ou associations permettant de rejoindre les généralistes : CPAM, Ordre, URML...,</li> <li>- L'UFR Santé et le département de médecine générale pour mobiliser les étudiants en médecine, en liaison avec les maîtres de stage,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADEs),</li> <li>- L'ACORELI,</li> <li>- Le CRRA 15,</li> <li>- SOS Médecins,</li> <li>- L'ARS,</li> <li>- Les associations de formation continue...</li> <li>- Les équipes des Maisons de santé pluriprofessionnelles et de soins primaires,</li> <li>- Les radiologues de ville et de l'hôpital et l'équipe de régulation,</li> <li>- Les associations d'usagers,</li> <li>- Les collectivités locales,</li> <li>- Les organismes ou associations permettant de mobiliser les professionnels de santé.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	<p><b>Répertorier les médecins généralistes du territoire de la CPTS en identifiant leurs champs de compétences et leurs disponibilités de soins non programmés et procéder à une restitution de l'enquête questionnaire et dispositifs à venir.</b></p> <p><b>Informers les usagers sur les schémas de l'offre dans le cadre de la prise en charge des consultations non programmées.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lancement de la campagne de communication</li> <li>- Diffusion de flyers</li> </ul> <p><b>Mobiliser et former les médecins généralistes volontaires pour participer à la régulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect du calendrier d'élaboration du document de cadrage</li> <li>- Réalisation du document d'information pour les généralistes et tenue du webinaire</li> <li>- Mise en place et évaluation des formations</li> </ul> <p><b>Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de la « réunion miroir » et des réunions du groupe de travail</li> <li>- Mise en place de créneaux d'accès à l'imagerie non programmée</li> <li>- Effectivité du fonctionnement de la plateforme et du numéro unique pour les professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de médecins ayant répondu au questionnaire</li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation</li> <li>- Nombre des admissions directes en hospitalisation de médecine</li> </ul>

*b. Faciliter l'accès au médecin traitant (fiche action n°2)*

<b>Faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les assurés avec une priorisation auprès des publics les plus vulnérables</b>	
Mission socle	Amélioration de l'accès aux soins
Responsables de l'action	Olivier DURET
Diagnostic territorial	<p>Selon le diagnostic Rézone généré en ligne le 3 octobre 2022, 9,4% de la population de plus de 17 ans sur le territoire n'a pas de médecin traitant dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1% avec ALD</li> <li>- 2% ayant la Complémentaire santé solidaire (CSS)</li> <li>- 5,6% de plus de 70 ans</li> </ul>

Patients consommateurs (3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différences territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	153 324	428 210	2 242 492	54 449 668	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin traitant(4)	9.4%* 14 433 pat.	11.6%	11%	11.4%	-2.2	-1.6	-2
17 ans et plus sans Médecin traitant(4) et en ALD	1%* 1 140 pat.	1.3%	1.3%	1.2%	-0.3	-0.3	-0.2
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) ayant la CSS	2% 1928 pat	1.1%	1.3%	1.5%	0.9	0.7	0.5
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	5.6%* 1 193 pat.	6.8%	6%	5.8%	-1.2	-0.4	-0.2

Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021) Rézone.

De plus, le nombre de médecins généralistes a tendance à diminuer, notamment en raison du vieillissement de cette population :

- Sur les 248 médecins spécialisés en médecine générale sur notre territoire, 61 ont plus de 60 ans. Près d'1/4 de cette population partira en retraite dans les 5 prochaines années.

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	Total	+60 ans	Dont +65 ans
Tous les méd. spéc. En déd. Générale	248	61	20

Données SNDS (Aout 2022) Rézone

Enfin, les médecins généralistes ont déjà une patientèle conséquente avec une moyenne de 1 436 patients par professionnel. Cependant, ces professionnels du territoire restent moins surchargés que les médecins généralistes du département (1667 patients par généraliste), de la région (1688 patients par généraliste) et de la France (1703 patients par généraliste).

Il est important de préciser que certains publics, notamment dans la population la plus jeune, n'ont pas de médecin traitant car ils n'ont pas besoin de recourir à un médecin étant en bonne santé ou estimant l'être.

Pour ce qui est de certains publics vulnérables, telles que **les personnes fréquentant les structures d'addictologie et les Centres médico-psychologiques (CMP)** les constats sont préoccupants.

Dans le parcours des personnes fréquentant **les structures d'addictologie**, le rôle du médecin traitant est particulièrement important. Or les intervenants en addictologie rencontrés font les constats suivants :

- nombre de ces patients n'ont pas de médecin traitant,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il y a des difficultés de compréhension/lisibilité dans l'organisation des soins de recours en addictologie,</li> <li>- le niveau d'acceptabilité par les médecins traitants de cette patientèle complexe est difficile à faire progresser,</li> <li>- les relations entre les médecins traitants, les structures d'addictologie et les patients pourraient être largement améliorées (connaissance du fonctionnement des CSAPA/« protocole » d'orientation vers la médecine de ville) et fluidifiées pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o éviter des ruptures dans les parcours,</li> <li>o rassurer les médecins traitants qui pourraient plus facilement s'engager dans une prise en charge de cette patientèle.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il faudra se poser la question du type de patients concernés, car il y a une différence de profil et de prise en charge suivant les produits.</p> <p>Dans le parcours des personnes fréquentant <b>les Centres médico-psychologiques adultes</b>, le rôle du médecin traitant est également particulièrement important. Sur le territoire Besançon et Grand Besançon métropole, il existe trois CMP adultes qui fonctionnent en lien avec le CH de Novillars :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CMP de Planoise, situé Rue Blaise Pascal</li> <li>- CMP des Montarmots, situé Chemin des Montarmots</li> <li>- CMP Jules Verne, situé rue de l'Industrie</li> </ul> <p>Les échanges avec leurs équipes ont permis de faire les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après une étude réalisée auprès de cette population, 30% des patients n'ont pas de médecin traitant (données file active 2022 : 724 patients sans médecin traitant parmi les 2477 patients suivis). Des quartiers tels que Planoise, Grette, Butte, Velotte et St Ferjeux présentent des taux de patients sans médecin traitant supérieurs à 50%.</li> <li>- C'est particulièrement vrai et important à prendre en compte pour ceux qui ont des comorbidités somatiques, c'est d'ailleurs en grande partie pour ce suivi que la demande est forte de la part des institutions qui suivent ces patients.</li> <li>- Comme pour les structures en addictologie, les relations entre les médecins traitants, les CMP et les patients pourraient être largement améliorées et fluidifiées pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o éviter des ruptures dans les parcours,</li> <li>o rassurer les médecins traitants qui pourraient plus facilement s'engager dans une prise en charge de cette patientèle ayant des troubles psychiques,</li> <li>o améliorer le suivi somatique des patients</li> </ul> </li> </ul> <p>De façon générale, il est donc constaté un déséquilibre entre l'offre et la demande de médecin généraliste traitant. En effet, la demande est importante avec deux difficultés à surmonter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trouver des médecins généralistes traitants,</li> <li>- lever les freins constatés pour suivre ces deux types de patientèle.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	Tous les usagers sans médecin traitant déclaré et/ou ayant des difficultés d'accès, notamment les plus vulnérables (en ALD, bénéficiant de la CSS, les 70 ans et plus, les personnes fréquentant les structures d'addictologie et les CMP) et les patients ne pouvant pas se déplacer.
Objectif	L'objectif général est de réduire le nombre d'usagers sans médecin traitant déclaré et faciliter leur accès.
Tâches opérationnelles	<b>1. Faciliter l'accès à un médecin traitant de proximité pour tous les usagers, avec une priorité pour les personnes en ALD, ayant la CSS, les 70 ans et plus, et de façon générale les publics les plus vulnérables.</b>

La CPAM du Doubs réalise depuis le mois de mai 2022 des actions auprès des assurés afin de les sensibiliser sur l'importance de déclarer un médecin traitant, notamment pour le suivi et l'orientation dans le parcours de soins. En complément, les délégués et conseillers de l'Assurance Maladie ont informé les médecins du nombre de patients vus plus de 3 fois par an sans que la démarche de déclaration médecin traitant n'ait été réalisée. Par ailleurs, pour accompagner davantage le volet communication, la CPAM du Doubs met à disposition un flyer sur le dispositif médecin traitant<sup>45</sup>.

Les propositions faites ci-après viennent en complémentarité avec les initiatives prises par la CPAM. Elles se feront en concertation étroite avec la Caisse.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Réaliser **une enquête périodique** auprès des médecins généralistes afin de cartographier les professionnels disponibles pour suivre de nouveaux patients. Cette démarche permettra d'avoir un repérage des zones de tension et identifier les médecins généralistes non saturés pour une meilleure orientation et communication auprès de la population. Cela permettra également d'anticiper des reports de patientèle en cas de départ en retraite des praticiens et suivre les nouvelles installations des professionnels de santé.
- **Identifier les patients du territoire sans médecin traitant** avec l'aide de la CPAM (cartographie actualisée tous les mois), en priorisant les sujets en ALD, les personnes bénéficiant de la CSS et les personnes âgées de 70 ans et plus pour leur proposer un accompagnement vers un médecin traitant. Après identification de ces sujets, une lettre d'information sur l'importance de déclarer un médecin traitant leur sera envoyée par mail et/ou courrier avec l'aide de la CPAM.
- **Mettre en place une adresse mail pour traiter les situations non résolues.** Si après réception de la lettre d'information, les patients ne trouvent pas de médecin traitant, ils pourront contacter l'adresse mail de la CPTS afin de les mettre en relation avec **un médecin traitant de proximité** (quartier ou bassin de proximité).
- Etablir des liens avec **les Centres hospitaliers et les établissements de santé (cliniques)** pour identifier les personnes sans médecin traitant.
- Sensibiliser les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières et les secrétaires médicales sur **l'importance pour les usagers de déclarer un médecin traitant après 3 consultations chez un même médecin non identifié comme médecin traitant** (cf. campagne CPAM)
- **Mettre en place et/ou conforter des campagnes d'information :**
  - o sur l'importance du médecin traitant et l'intérêt d'un suivi coordonné à l'attention des usagers en s'appuyant sur les outils de communication de la CPAM.
  - o en réalisant des affiches avec l'adresse mail distribuées dans tous les cabinets médicaux, pharmacies, cabinets infirmiers, kinésithérapeutes...

**2. Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients ne pouvant pas se déplacer**

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Sensibiliser les professionnels de la CPTS à l'importance de faire des visites à domicile.
- Faire un état des lieux des solutions possibles pour emmener les patients ayant des problèmes pour se déplacer au cabinet du médecin afin de gagner du temps de consultation (VSL, transports partagés...). Faire également un point sur les financements à envisager pour le recours à ces solutions.

<sup>45</sup> <https://extranet.infocpam.fr/partenaires/produit/flyer-medecin-traitant/>

- Promouvoir les dispositifs de délégation des tâches, notamment aux infirmier.ère.s qui elles (eux) se rendent au domicile, dans une perspective de mise en place d'équipe de soins primaires ou de maison de santé pluriprofessionnelle.
- Promouvoir la téléconsultation quand aucune autre solution n'est possible.

### **3. Promouvoir l'accès aux droits des patients, auprès des professionnels de santé et des patients eux-mêmes, afin de lutter contre le renoncement aux soins**

#### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Lors de l'enquête, recenser les professionnels capables de mener une consultation dans une langue étrangère et envisager la mise à disposition d'interprètes.
- Créer un outil regroupant les principales informations sur les droits des patients et le diffuser aux professionnels de la CPTS.
- Cartographier les professionnels du territoire en capacité d'accompagner l'ouverture des droits (CCAS, EAMS, dispositif PFIDASS, La Boussole des jeunes, pharmacies...)
- Promouvoir le dispositif Mission Accompagnement Santé (MAS)<sup>46</sup>.
- Sensibiliser et former les professionnels sur la pratique du tiers payant afin de limiter le reste à charge.
- Promouvoir en différentes langues la prise en charge du médecin traitant par l'Assurance Maladie auprès des publics les plus vulnérables.

### **4. Favoriser l'accès à un médecin traitant pour les patients fréquentant les structures d'addictologie et les CMP**

#### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

##### *Par rapport aux structures d'addictologie*

##### *Trouver des médecins traitants*

Il est proposé d'identifier à travers l'enquête qui sera réalisée :

- les médecins généralistes traitants en capacité d'accueillir une nouvelle patientèle,
- les médecins généralistes traitants ayant un champ de compétence en addictologie.

##### *Lever les freins constatés pour suivre cette patientèle*

Il est proposé d'organiser dans les quartiers et les secteurs, des rencontres destinées aux professionnels de santé pour présenter :

- l'organisation des structures en addictologie sur notre territoire,
- leur mode de fonctionnement et les « protocoles » d'orientation vers la médecine de ville,
- les possibilités de s'appuyer sur elles dans une relation simplifiée et fluide (par exemple à travers des outils adaptés et sécurisés),
- les perspectives de collaboration autour d'un même patient entre d'une part, les structures d'addictologie, et d'autre part, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmière et tout autre acteur de santé de proximité,
- l'existence de modalités d'accompagnement spécifiques de certains patients par un référent du CSAPA dans lequel ces derniers sont suivis pour faciliter la prise de rendez-vous et son accompagnement au cabinet du médecin,
- des études de cas et de partage de pratiques.

<sup>46</sup> Assurance maladie : Bénéficiaire d'un accompagnement personnalisé en cas de difficulté pour se soigner ; <https://www.ameli.fr/assurance/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/mission-accompagnement-sante>

	<p>Il faut insister sur le fait que ce ne sont pas des « sorties » des structures d'addictologie et que les médecins généralistes traitants peuvent continuer d'être en lien avec les CSAPAs qui restent en appui.</p> <p>Par ailleurs, Il pourrait être imaginé également des présentations en visio afin de proposer des modes d'information très facilement accessibles dans la perspective d'un travail de sensibilisation pluri professionnel et d'acculturation en addictologie.</p> <p>L'idée générale est de montrer que cette chaine organisationnelle peut être solidifiée et que le médecin traitant n'est pas seul face à des malades souvent complexes, notamment si une dimension sociale est présente (comme c'est souvent le cas).</p> <p><u>Par rapport aux CMP</u></p> <p><i>Trouver des médecins traitants</i></p> <p>Il est proposé (comme pour l'addictologie) d'identifier à travers l'enquête qui sera réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les médecins généralistes traitants en capacité d'accueillir une nouvelle patientèle,</li> <li>- les médecins généralistes traitants ayant un champ de compétence en psychiatrie.</li> </ul> <p><i>Lever les freins constatés pour suivre cette patientèle</i></p> <p>Il est proposé d'organiser dans les quartiers et les secteurs, des rencontres destinées aux professionnels de santé pour présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organisation sur notre territoire des structures de psychiatrie et de santé mentale en général et plus particulièrement les CMP adultes (cf. le guide des partenaires en santé mentale dans le Doubs qui vient de sortir à l'initiative des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale du Doubs –CH Novillars),</li> <li>- leur mode de fonctionnement,</li> <li>- les possibilités de s'appuyer sur elles dans une relation simplifiée et fluide,</li> <li>- les perspectives de collaboration autour d'un même patient entre, d'une part ces structures, et d'autre part, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmière et tout autre acteur de santé de proximité,</li> <li>- l'existence de modalités d'accompagnement spécifiques de certains patients par un référent du CMP dans lequel il est suivi pour faciliter la prise de rendez-vous et son accompagnement au cabinet du médecin,</li> <li>- des études de cas et de partage de pratiques,</li> <li>- la cellule de situation complexe portée par le Conseil Local de Santé Mentale du Grand Besançon afin d'en faciliter la saisie par les médecins traitants.</li> </ul> <p>Il pourrait être imaginé également des présentations en visio afin de proposer des modes d'information très facilement accessibles.</p> <p>L'idée générale est là aussi de montrer que cette chaine organisationnelle peut être solidifiée et que le médecin traitant n'est pas seul face à des malades souvent complexes, notamment si une dimension sociale est présente (comme c'est souvent le cas). Il est précisé que dans cette perspective une équipe de liaison en soins somatiques est un projet à l'initiative du CH de Novillars.</p>
<p>Calendrier de déploiement</p>	<p>2023</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enquête auprès des professionnels de santé sera élaborée au cours du premier semestre 2023 puis diffusée courant du second semestre 2023. Enfin, ces données seront analysées (troisième semestre 2023) et reconduites périodiquement pour suivre les évolutions.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des usagers sans médecin traitant avec la CPAM et création de campagnes d'information au second trimestre 2023.</li> <li>- Mise en place d'une adresse mail de contact pour les personnes sans solution à partir de juin 2023.</li> <li>- Recensement des professionnels parlant une langue étrangère ; il sera conduit en même temps que l'enquête principale de recensement des médecins généralistes.</li> </ul> <p>2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les tâches opérationnelles de la sous action n°4 commenceront début d'année 2024.</li> <li>- Lien avec l'hôpital et établissements de santé (cliniques) pour les patients hospitalisés à partir de 2024</li> <li>- La mise en place de l'action n°2 débutera à partir de 2024.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils informatiques pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• recenser et cartographier les professionnels de santé ;</li> <li>• réaliser l'enquête.</li> </ul> </li> <li>- Création de supports de communication pour les campagnes de sensibilisation.</li> <li>- Les moyens financiers nécessaires seront estimés dans un tableau budgétaire.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	L'ensemble des professionnels de santé, le CHU de Besançon et les cliniques, le CH de Novillars, la CPAM, l'ARS et les usagers, médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens et autres professionnels de santé, sociétés de VLS, Ginko, société de taxis, municipalités, CPAM, ARS, tous les organismes pouvant accompagner les personnes afin de faciliter l'ouverture des droits, les structures d'addictologie, les CMP (CH de Novillars), la Plateforme de Coordination en Santé Mentale (CH Novillars), les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels de santé, la CPAM, l'ARS.
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de l'enquête périodique et de la cartographie des acteurs disponibles.</li> <li>- Réalisation d'une campagne de promotion de la fonction de médecin traitant aux professionnels de santé et aux assurés, avec notamment l'incitation des usagers à les déclarer comme médecin traitant après trois consultations.</li> <li>- Mise en place d'une adresse mail générique pour les demandes non résolues.</li> <li>- Conventionnement avec le service mission d'accompagnement santé de la CPAM pour une mise à disposition de la cartographie des acteurs disponibles mise à jour, ainsi que l'adressage des publics en besoin d'accompagnement aux droits et aux soins.</li> </ul>
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du nombre de patients en ALD sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients de 65 ans et plus sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients C2S sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients fréquentant les CMP sans médecin traitant</li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la patientèle du territoire sans médecin traitant</li> </ul>



B. Permettre l'organisation et la coordination des parcours pluriprofessionnels autour du patient.

a. *Insuffisance cardiaque et personnes âgées (fiche action n°3)*

Repérage des signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque (IC) chez les personnes âgées (PA) de 65 ans et plus souffrant de pathologie cardiaque.	
Mission socle	Organisation et coordination du parcours pluriprofessionnels autour du patient.
Responsables de l'action	Florence DELCEY
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>De nombreuses études soulignent les difficultés de perception par les patients des signes et symptômes évocateurs d'une IC en voie de décompensation et pointent une faible connaissance générale de la maladie. Ceci entraîne une difficulté d'appropriation des points clés de la maladie et une sous-estimation de symptômes, certes non spécifiques<sup>47</sup>.</p> <p>Les objectifs opérationnels que s'est fixé l'Assurance Maladie visent à améliorer les parcours autour de quatre dimensions majeures :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuivre l'accompagnement des acteurs de soins investis dans la prise en charge de l'IC, en enrichissant les outils mis à leur disposition par de nouveaux supports basés sur les données du Système national des données de santé et décrivant l'épidémiologie de l'IC et la trajectoire de soins des patients sur leur territoire.</li> <li>2. Sensibiliser les patients à risque et les opérateurs de soins à la reconnaissance des signes et symptômes évocateurs d'une IC symptomatique.</li> <li>3. Organiser le suivi immédiat au décours d'une hospitalisation pour décompensation.</li> <li>4. Contribuer à la structuration et la coordination des soins, notamment pour les patients les plus sévères.</li> </ol> <p>Notre action se situe principalement au niveau de la 3<sup>ème</sup> dimension (début du parcours ; schéma ci-après) en ciblant non seulement les opérateurs de soins, mais tous les intervenants professionnels au domicile et en institutions des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque</b></p> <p>Source : Cnam</p> </div> <p>Par ailleurs, les données nationales montrent que la proportion de patients bénéficiant de soins infirmiers libéraux (IDE) concerne les ¾ des patients atteints d'IC et que ces derniers s'effectuent en général à domicile. Ces chiffres ont augmenté de plus de 4 points en 2020 et de 2 points supplémentaires en 2021. Cette évolution pourrait refléter l'adaptation de leur activité pour renforcer le suivi paramédical des pathologies chroniques au domicile. En 2021,</p>

<sup>47</sup> [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07\\_rapport-propositions-pour-2023\\_assurance-maladie\\_3.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf)

81,6% des patients ayant une IC ont eu un contact avec une IDE. Ces données montrent bien toute l'importance de l'entourage, notamment pour les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie et souffrant de troubles cognitifs plus ou moins importants. L'alerte ne viendra donc pas toujours de la personne elle-même, mais de son entourage et notamment des intervenants professionnels.

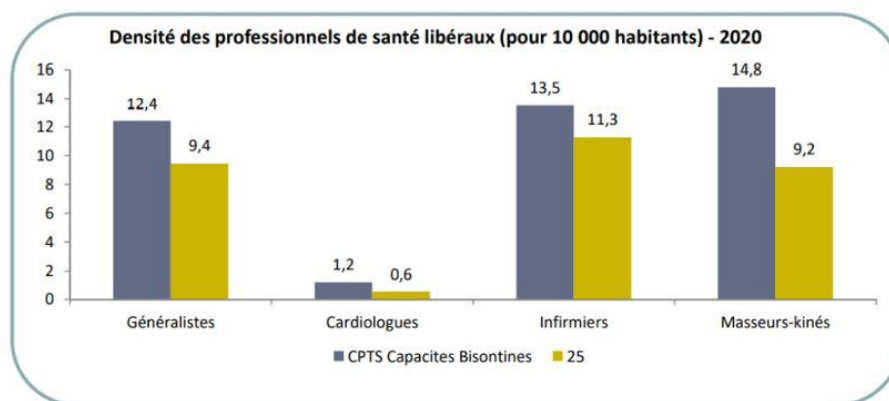
### Diagnostic territorial

D'après Rezone, pour notre territoire, le pourcentage de personnes concernées par « l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, une cardiopathie valvulaire grave et une cardiopathie congénitale grave », est de 1.8% soit 3 417 patients (chiffres au 04/05/2022) (Tableau 1)

Pathologies Patients consommants(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	1.8%* 3 417 pat.	2.1%	2.5%	2.2%	-0.3	-0.7	-0.4
Commune(s) neutralisée(s) (Audeux, Braillans, Champoux, Champvans-les-Moulins, Chaucenne, La Chevillotte, Chevroz, Le Gratteris, Larnod, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Noiron, Palise, Rancenay, Roset-Fluans, Tallenay, Thoraise, Velesmes-Essarts, Venise, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins)							
Maladie coronaire	2.3%* 4 444 pat.	2.5%	2.6%	2.2%	-0.2	-0.3	0.1
Commune(s) neutralisée(s) (Braillans, Busy, Champagney, Champoux, La Chevillotte, Chevroz, Le Gratteris, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Palise, Rancenay, Roset-Fluans, Tallenay, Thoraise, Villars-Saint-Georges)							

### Selon les données de l'ODT

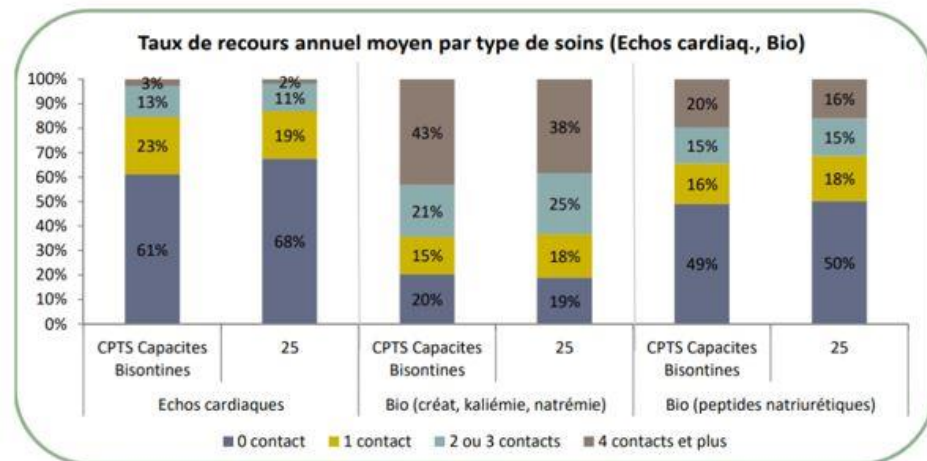
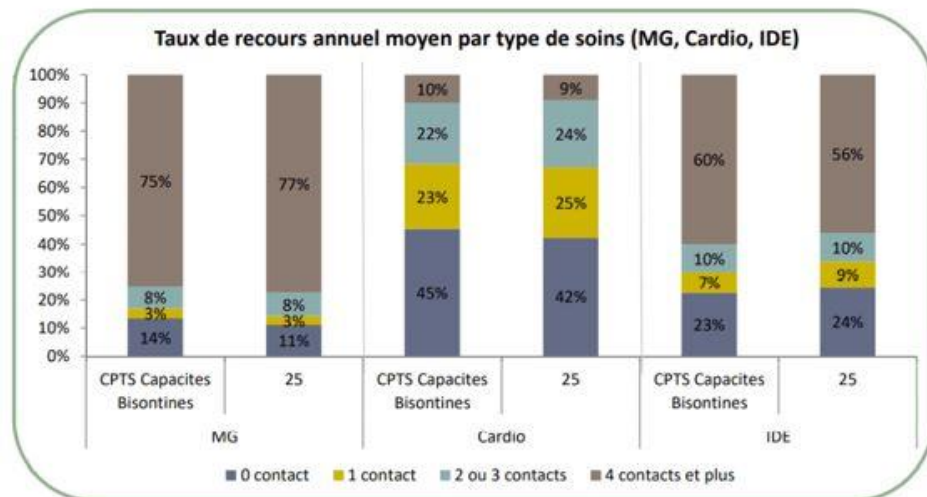
Globalement, la densité de professionnels de santé libéraux (généralistes, cardiologues, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) est supérieure sur notre territoire par rapport à l'ensemble du département du Doubs. Il est important de tenir compte du fait qu'une partie de la patientèle résidant hors du territoire de notre CPTS vient se faire soigner par les professionnels du territoire de la CPTS (Tableau 2).



Taux de recours sur l'année à un médecin généraliste, un cardiologue et une IDE (Tableaux 3 et 4) :

- 14% des patients n'ont eu aucun contact avec leur médecin traitant mais 75 % l'ont consulté au moins quatre fois.
- 45% n'ont eu aucun contact avec un cardiologue et seulement 10% l'ont consulté au moins quatre fois.
- 23% des patients n'ont jamais eu de contact avec une infirmière libérale alors que 60%

d'entre eux ont reçu des soins à domicile au moins 4 fois dans l'année.



Les données OPTIM sur l'IC indiquent que :

- le taux de prévalence de l'IC sur notre territoire est de 1.4 à 1.69
- le taux de mortalité des patients insuffisant cardiaque sur les deux dernières années est de 35 à 37.93

Sur le volet recours aux soins primaires, le nombre annuel de contacts avec un médecin généraliste est entre 7 et 7.91. La part des patients insuffisant cardiaque sans contact avec un médecin généraliste se situe entre 12 et 13.97 et celle des patients IC sans contact avec un cardiologue entre 45 et 47.89.


### En résumé

#### L'argumentaire

- L'IC est la 1ère cause d'hospitalisation après 65 ans.
- L'IC est une pathologie dont la gravité des symptômes est souvent sous-estimée par les patients.
- Les personnes âgées vivant à domicile ont des liens privilégiés avec des intervenants professionnels à domicile : infirmières, aides à la personne...

#### L'opportunité

La CNAM lance une campagne nationale autour des 4 signes d'alerte par rapport à cette

	<p>pathologie<sup>48</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essoufflement à l'effort,</li> <li>- Prise de poids rapide,</li> <li>- Œdèmes des membres inférieurs,</li> <li>- Fatigue excessive.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	<b>Le public concerné</b> est composé des patients âgés de 65 ans et plus, vivant à domicile, en foyer logement, en EHPAD ou autres structures d'accueil des personnes âgées, souffrant d'insuffisance cardiaque, pathologie connue ou non par le patient.
Objectif	Faire progresser le repérage précoce (signes d'alerte) de l'Insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 65 ans et plus, souffrant de pathologie cardiaque ou pas.
Tâches opérationnelles	<p><b>1- RECENSER TOUS LES ACTEURS CONCERNES</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>L'équipe de coordination de la CPTS en partenariat avec le DAC, se chargera de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les acteurs du territoire par différentes modalités de recherche dont le phoning et par courrier,</li> <li>- Établir et maintenir à jour une cartographie des différents acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées (<i>cités dans le paragraphe « Public bénéficiaire de l'action »</i>).</li> </ul> <p><b>2- INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROFESSIONNELS DE SANTE AINSI QUE LES AIDANTS AUX 4 SIGNES - ESSOUFFLEMENT, PRISE DE POIDS, ŒDEME, FATIGUE – (EPOF)<sup>49</sup></b></p> <div data-bbox="673 1025 1177 1496" data-label="Image">  </div> <p>La campagne de l'assurance maladie sera largement diffusée, notamment dans les salles d'attente des professionnels de santé. Elle pourra également être relayée dans les quartiers prioritaires grâce à la fiche EPOF adaptée (<i>voir ci-après</i>).</p> <p><b>Trois types de supports spécifiques</b> seront élaborés par un groupe de travail pluri disciplinaire (médecin généraliste traitant, cardiologue, infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, acteur du domicile, usager) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux webinaires (<i>l'un pour les professionnels de santé, un second pour les autres intervenants</i>) accompagnés d'un forum de questions/réponses à destination des acteurs concernés. Il s'agira d'harmoniser les connaissances des signes cliniques de repérage de l'IC (en particulier avec l'outil fiche EPOF – <i>voir ci-après</i>) et de donner une méthodologie</li> </ul>

<sup>48</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-diagnostic-precoce-indispensable>

<sup>49</sup> <https://giccardio.fr/patient/linsuffisance-cardiaque/epof-les-4-signes-les-plus-frequents/>

aux acteurs non professionnels de santé pour alerter les professionnels de santé en particulier le médecin traitant sur leur dépistage précoce.

- *Un flyer EPOF.* Il sera fortement inspiré des travaux réalisés par la Fédération française de cardiologie et du Groupe insuffisance cardiaque & cardiomyopathies (GICC)<sup>50</sup>. La méthode FALC<sup>51</sup> sera utilisée afin que le flyer EPOF puisse être diffusé par exemple auprès des publics défavorisés, ne parlant pas ou peu notre langue en collaboration avec les maisons de quartier et les relais santé de la Direction hygiène santé. (ADAPEI et autres structures, AVH association Valentin Haüy...)
- *Un logigramme expliquant la démarche à suivre en cas de repérage d'IC.* Si les signes sont identifiés par :
  - un professionnel de santé, l'information sera remontée directement au médecin traitant du patient qui pourra faire si nécessaire le lien avec le cardiologue.
  - les acteurs médico-sociaux, sociaux, aide à la personne ou des membres de la famille, l'information sera transmise via les professionnels de santé qui à son tour en rendra compte au médecin traitant.

**Les modalités d'utilisation** seront les suivantes :

- *Pour les webinaires,*
  - Ils seront utilisés dans le cadre de formations spécifiques « ad hoc » ou entrant dans des cycles de formation initiale (UFR Santé et Instituts de formation en santé ; médico-social et social) ou continue (exemple DPC).
  - ils seront également accessibles (en replay) à partir de différents sites CPTS et partenaires : Assurance maladie, ARS, FeMaSCo, URPS, Ordres, Ville (CCAS), structures d'aide à domicile, établissements de santé (par exemple la chaîne YouTube du CHRU) et médico-sociaux, Ireps...
- *Pour le flyer EPOF,*
  - il sera largement diffusé dans les cabinets et officines des professionnels de santé, dans et avec les structures partenaires,
  - il sera mis à disposition lors des formations,
  - il servira de support lors de l'organisation de « café santé » (ou d'autres formes d'initiatives du type « aller vers ») avec le soutien des usagers, de l'IREPS et des acteurs de proximité dans les quartiers et bassins de vie.
- *Pour le logigramme,*
  - il sera disponible sur les sites internet de tous les partenaires cités précédemment ainsi que sur le site de la CPTS,
  - Il sera mis à disposition lors des formations,
  - Il sera distribué dans les pharmacies, les cabinets médicaux...

**3- BON USAGE DES EXAMENS POUR LA DETECTION PRECOCE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**<sup>52</sup>

<sup>50</sup> <https://giccardio.fr/>

<sup>51</sup> [http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide\\_ReglesFacileAlire.pdf](http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf)

<sup>52</sup> <https://www.sfcardio.fr/sites/default/files/2021-10/2021-N14-Journal%20du%20CCF.pdf>

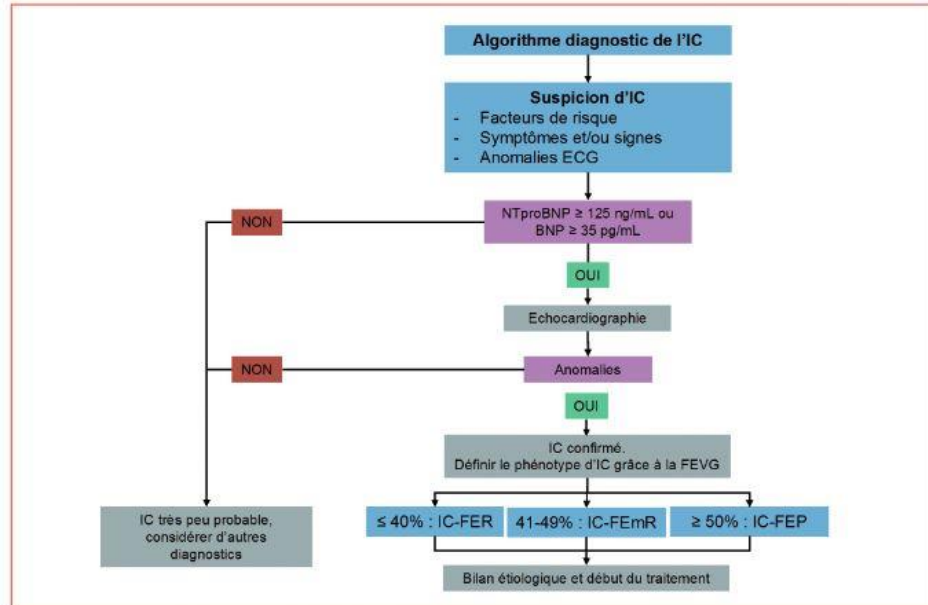


Figure 1 : Arbre diagnostique de l'insuffisance cardiaque chronique

### Les tâches à mettre en place pour déployer cette action

En raison de l'évolution des préconisations, notamment biologiques de suspicion de l'IC (notamment NT-proBNP), une fiche de recommandation (délai optimal de consultation avec le cardiologue, les recommandations de prescription médicamenteuse et biologique, les seuils d'alertes, le recours à l'écho cardiaque...) accompagnée d'un webinaire sur ces sujets sera élaborée par un groupe constitué de médecins généralistes, de cardiologues et de biologistes.

Ils auront pour objectifs de :

- renforcer la détection précoce (en complément de l'identification des signes d'alerte EPOF) notamment par des examens biologiques, mais pas seulement,
  - éviter les prises en charge « one shot »,
  - améliorer l'articulation médecin traitant/cardiologue,
- en inscrivant les patients dans un parcours de soin.

Les recommandations et le webinaire seront diffusés par certains canaux évoqués plus haut.

Calendrier de  
déploiement

#### 1 RECENSER TOUS LES ACTEURS CONCERNES

- Recensement : 2<sup>ème</sup> semestre
- Actualisation jusqu'à n+5

#### 2 INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROFESSIONNELS DE SANTE AINSI QUE LES AIDANTS AUX 4 SIGNES - ESSOUFFLEMENT, PRISE DE POIDS, ŒDEME, FATIGUE – (EPOF)<sup>53</sup>

- Relais des informations de l'Assurance maladie : dès la mise en place opérationnelle de la CPTS jusqu'à n+5
- Création des deux supports spécifiques : entre fin 2023 et mars 2024
- Diffusion et accompagnement des supports spécifiques : entre avril 2024 jusqu'à n+5

#### 3 BON USAGE DES EXAMENS POUR LA DETECTION PRECOCE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Rédaction : septembre 2023 à décembre 2023
- Diffusion : janvier 2024 jusqu'à n+5

<sup>53</sup> <https://giccardio.fr/patient/linsuffisance-cardiaque/epof-les-4-signes-les-plus-frequents/>

Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un logiciel permettant de compiler les informations collectées et de les mettre régulièrement à jour.</li> <li>- <i>Le webinaire</i> sera réalisé avec une société de production audio-visuelle et le forum questions/réponses sera animé par l'équipe de la CPTS.</li> <li>- <i>La fiche EPOF</i> sera réalisée avec l'aide d'un maquettiste.</li> <li>- Constitution du groupe de travail</li> <li>- Réalisation de la maquette de la fiche « méthode »</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurance maladie,</li> <li>- ARS,</li> <li>- FeMaSCo,</li> <li>- URPS,</li> <li>- Ordres,</li> <li>- Ville,</li> <li>- Etablissements de santé et médico-sociaux du territoire,</li> <li>- Ireps.</li> <li>- Les professionnels de l'accompagnement à domicile (CCAS - maison des séniors..., ELIAD, ADMR et les structures privées ainsi que les personnes employées à titre privé - CESU) et travaillant dans des établissements pour personnes âgées</li> <li>- La famille et l'entourage</li> <li>- Les professionnels de santé : médecins généralistes traitants, cardiologues, infirmières (dont les infirmières Asalée et en pratique avancée), pharmaciens<sup>54</sup>, kinésithérapeutes<sup>55</sup>, biologistes, aides-soignantes... travaillant en libéral ou dans différentes structures ou organisations (SSIAD, HAD, équipe mobile de gériatrie...)</li> <li>- Le Dispositif d'appui à la coordination (DAC)</li> <li>- Les associations d'usagers et les maisons de quartiers</li> <li>- Les associations œuvrant pour des publics en situation de handicap (ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...)</li> <li>- Le groupe constitué de médecins généralistes, de cardiologues, de biologistes, de pharmaciens, de kinésithérapeutes et d'infirmières, animé par l'équipe de la CPTS.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les acteurs de l'accompagnement à domicile et de la prise en charge des personnes de 65 ans et plus, dans le but de réaliser des formations auprès des différents acteurs.</li> <li>- Préparation des supports de formation à destination des professionnels de santé (en vue d'un déploiement au cours de l'année 2024).</li> <li>- Préparation des supports de formation à destination des non professionnels de santé et des aidants (en vue d'un déploiement au cours de l'année 2024).</li> </ul>
Indicateurs de résultat	

<sup>54</sup> Assurance maladie : Insuffisance cardiaque : un support d'information pour favoriser l'échange avec les patients ; <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-outil-pour-communiquer-avec-les-patients>

<sup>55</sup> Des possibilités de prise en charge avec cotation spécifique sont envisagées.

*b. Les entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans. (Fiche action n°4)*

<b>Organiser, coordonner et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus.</b>	
Mission socle	Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient
Responsables de l'action	Nicole PICARD
Diagnostic territorial	<p>Les questions liées aux personnes âgées sont des sujets récurrents dans le contexte démographique actuel. Ces problématiques ont donné lieu à de nombreuses initiatives, expérimentations ou dispositifs pérennes. La loi attendue sur le grand âge, mais différée à plusieurs reprises, devrait structurer une stratégie fondatrice, tant au niveau national, avec un rôle important confié à la CNSA, qu'au niveau des régions, avec les Conseils départementaux, les ARS, l'Assurance maladie et les Communes. Les expérimentations PAERPA (le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)<sup>56</sup> ou le programme ICOPE<sup>57</sup> sont deux exemples d'initiatives récentes sur le sujet. Par ailleurs, plusieurs rapports de Dominique Libault<sup>58</sup> <sup>59</sup> ont traité de ce thème en faisant des propositions innovantes.</p> <p><b>En Bourgogne Franche-Comté</b>, le programme PAERPA a été développé dans le Doubs<sup>60</sup>, le Gie IMPA (le Groupement d'Intérêt Economique Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées)<sup>61</sup> propose des dispositifs adaptés aux besoins des personnes âgées et le PGI (Pôle gérontologie et d'innovation Bourgogne Franche-Comté)<sup>62</sup> a pour finalité d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile, en institution ou en milieu hospitalier, par le développement de la recherche et de l'innovation. Ce ne sont pas les seules initiatives prises. En effet, il est aussi possible d'évoquer les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) présentés au moment de leur création comme un guichet unique de proximité (leur rôle est de conseiller, informer et orienter les aînés et leur famille, ainsi que l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées), mais également des réseaux de gérontologie ou des équipes mobiles, comme c'est le cas à Besançon avec « <i>une activité ambulatoire regroupant les activités d'une équipe mobile territoriale intra et extrahospitalière, une plateforme gériatrique d'appel et d'une activité de consultation et d'hôpital de jour</i> »<sup>63</sup>.</p> <p>Enfin, sur <b>les questions spécifiques de sortie d'hospitalisation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une enquête</b> a été réalisée sur le sujet auprès d'usagers fréquentant une structure d'exercice pluriprofessionnelle implantée sur le territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon &amp; Métropole (CPTS B&amp;M). Elle soulignait notamment « <i>l'absence d'information et de communication</i> » avant, pendant et après l'hospitalisation. Dans le but de répondre à ces carences, le groupe d'usagers a réalisé une brochure autour des items suivants :</li> </ul>

<sup>56</sup> IRDES : Evaluation de l'expérimentation : Le parcours de santé des aînés ; <https://www.irdes.fr/recherche/projets/paerpa-evaluation-du-parcours-sante-des-aines/actualites.html>

<sup>57</sup> INSPIRE – Vieillir en bonne santé : Le programme ICOPE ; <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

<sup>58</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

<sup>59</sup> Rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie - 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France ; [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_libault\\_spta\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf)

<sup>60</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : PAERPA dans le Doubs ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/paerpa-dans-le-doubs>

<sup>61</sup> Groupement d'Intérêt Economique Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées Gie IMPA ; <http://www.gie-impa.fr/>

<sup>62</sup> PGI – Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne Franche-Comté ; <https://www.pole-gerontologie.fr/Le-PGI>

<sup>63</sup> <https://www.chu-besancon.fr/offre-de-soins/les-services-et-activites/geriatrie.html>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Sur l'avant hospitalisation :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La consultation préopératoire avec anticipation ou repérage de la dénutrition, de l'anxiété, des troubles cognitifs....</li> <li>▪ Les conséquences à la sortie : date du retour prévisible, nécessité de contacter des personnels de santé pour des soins spécifiques, nécessité de prévoir des aides à domicile pour faciliter le retour (ménage, repas..), nécessité de location de matériel spécifique...</li> </ul> </li> <li>○ <i>Pendant :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demander à voir une personne du service social,</li> <li>▪ Cette personne pourra en principe prendre les contacts nécessaires pour un retour plus serein à la maison si les proches ne peuvent pas effectuer ces démarches.</li> </ul> </li> <li>○ <i>Après :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévenir du retour à domicile (qui, comment ?)</li> </ul> </li> </ul> <p>- <b>Le Gie IMPA</b> a mis en place depuis 2007 un dispositif de sortie d'hospitalisation<sup>64</sup> avec une plaquette « <i>Coordonner le retour à domicile des personnes âgées</i> »<sup>65</sup> et une fiche « <i>Être hospitalisé : ce qu'il faut savoir</i> »<sup>66</sup>.</p> <p>- <b>Le service social du CHU</b> est investi sur le sujet des sorties d'hospitalisation avec de nombreuses équipes hospitalières, en particulier la gériatrie et son équipe mobile. De plus, des réunions périodiques sont programmées tous les 15 jours concernant des cas complexes avec des organismes mobilisés sur le sujet, comme les services de soins à domicile, l'HAD, le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) ...</p> <p>- En effet, <b>le DAC</b> vient en appui aux professionnels de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients complexes. Dans ce contexte, le suivi et le soutien des sorties d'hospitalisation peuvent être accompagnés par le DAC. Il contribue ainsi à l'organisation de sorties dès qu'elles sont possibles en lien avec les établissements hospitaliers, les EHPAD (notamment hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation) et autres établissements médico-sociaux, les services d'aide et de soins à domicile<sup>67, 68</sup>.</p> <p>- <b>Concernant l'Assurance maladie</b>, le site Ameli bénéficie d'une rubrique « <i>Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer</i> »<sup>69</sup> et est annoncé la perspective de la mise en place sur tout le territoire français d'un Prado « <i>Retour à domicile après hospitalisation</i> »<sup>70</sup>. Des précisions sont apportées dans le flyer « <i>Je suis accompagné après mon hospitalisation pour une intervention en chirurgie</i> »<sup>71</sup>.</p> <p>Au total, il existe un paradoxe entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une part, le foisonnement des initiatives prises depuis plusieurs décennies,</li> <li>- d'autre part, une situation qui reste confuse d'accès à l'information et aux services, voir difficile pour les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles et les professionnels.</li> </ul>
--	--

<sup>64</sup> GIE IMPA : La sortie d'hospitalisation : un dispositif fédérateur, éprouvé et généralisable : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/bourgogne-franche-comte/article/la-sortie-d-hospitalisation-un-dispositif-federateur-eprouve-et-generalisable>

<sup>65</sup> Gie IMPA : Coordonner le retour à domicile des personnes âgées ; <http://www.gie-impa.fr/actualites-et-documentation/documents/sortie-d-hospitalisation/219-depliant-professionnel/file.html>

<sup>66</sup> Gie IMPA : Être hospitalisé : ce qu'il faut savoir ; <http://www.gie-impa.fr/actualites-et-documentation/documents/sortie-d-hospitalisation/215-flyer-sortie-hospitalisation/file.html>

<sup>67</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/dispositif-dappui-la-coordination-dac-0>

<sup>68</sup> DAC Franche-Comté : <https://www.dac-fc.org/>

<sup>69</sup> CNAM – Ameli : Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer ; <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation>

<sup>70</sup> CNAM – Ameli : Prado retour à domicile après hospitalisation : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation>

<sup>71</sup> CNAM – Ameli : Je suis accompagné après mon hospitalisation pour une intervention en chirurgie » ; [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/dep\\_chir\\_pour\\_ecran\\_20200107.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/dep_chir_pour_ecran_20200107.pdf)

	<p>Si dans l’avenir, la CPTS B&amp;M compte s’investir sur l’ensemble du parcours de vie, de santé et de soin de la personne âgée, <b>cette fiche action</b> souhaite dans un premier temps intervenir sur le recensement des organismes prenant en charge les entrées et sorties d’hospitalisation, puis sur une séquence spécifique de ce parcours, souvent cause de rupture : <b>l’hospitalisation programmée des personnes âgées de 65 ans et plus</b>. D’autres pistes de développement, plus larges telles que les entrées et sorties d’hospitalisation non programmées, seront développées dans un second temps.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	Les personnes âgées de 65 ans et plus.
Objectif	Fluidifier en aval et en amont les hospitalisations pour les personnes âgées de 65 ans et plus
Tâches opérationnelles	<p><b>1. Répertorier les acteurs qui interviennent dans le champ de l’entrée et la sortie d’hospitalisation.</b> Identifier les missions de chacun et leurs limites d’intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rencontrer les acteurs</b> impliqués dans les sorties et entrées d’hospitalisation, identifier leurs compétences, leurs limites</li> <li>- <b>Réaliser une cartographie</b> de ces acteurs du territoire afin d’avoir une idée plus claire de l’offre existante</li> <li>- <b>Construite un annuaire régulièrement actualisé</b> contenant l’ensemble des ressources disponibles : DAC avec les coordinatrices de parcours, ELIAD, SSIAD, Plateforme téléphonique gériatrie CHU / St Vincent...</li> <li>- Engager une réflexion pour <b>une meilleure utilisation des outils numériques</b> déjà disponibles (eTICSS, Mon Espace Santé...) pour faciliter les parcours de soins dans le cadre d’entrées ou sorties d’hospitalisation ; ce sera le travail du groupe CPTS « Mon Espace Santé/e-santé ».</li> </ul> <p><b>2. Travailler en collaboration avec les institutions (CPAM, ARS) sur l’articulation existante.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontrer les institutions et discuter <b>des points d’amélioration et de la place de la CPTS</b> dans ce parcours de soins.</li> <li>- Présenter le dispositif <b>PRADO Hospitalisation</b></li> <li>- Mettre en place <b>une expérimentation</b> avec les MSP et les acteurs du territoire pour le repérage de la fragilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Exemple : Pre-éligibilité PRADO.</li> </ul> <p><b>3. Organiser et sécuriser les entrées et sorties d’hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En amont de l’hospitalisation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Une fiche de recommandations et conseils avant hospitalisation</b> sera rédigée et remise lors des consultations préhospitalisation en contact avec les personnes concernées, avec si possible des explications et commentaires donnés par ces derniers.</li> <li>○ <b>Un courrier l’entrée sera rédigé par le médecin traitant</b> contenant un certain nombre d’informations harmonisées.</li> </ul> </li> </ul>

- **Rédiger une fiche d'information générale à destination des soignants en cas d'hospitalisation et en possession de chaque usager concerné.** Cette fiche qui pourra être affichée sur le frigidaire de la personne contiendra :
  - les contacts de l'équipe soignante
  - le contact de la personne de confiance
  - les allergies...
  - les traitements en cours
  - les directives anticipées

- **Pendant et en aval de l'hospitalisation :**

- **Une fiche de recommandations et conseils** sera élaborée, remise et commentée par les équipes des établissements de santé.
- **Un courrier de sortie** sera rédigé et une procédure sera mise en place pour que celui-ci soit remis au médecin traitant et aux soignants concernés au moment de sa sortie (et pas des jours ou des semaines après...). Rappel surtout au niveau des cliniques qui ne font pas toujours cette lettre.
- **Uniformisation des ordonnances par le médecin traitant**

**Un point de vigilance :** assurer la continuité de tous les traitements pendant et après l'hospitalisation.

**Le travail de la CPTS sera :**

- d'engager cette mission avec les équipes soignantes, les établissements de santé et les usagers,
- de rédiger les deux fiches de recommandations et conseils d'entrée et de sortie,
- d'établir des préconisations pour la rédaction harmonisée des courriers d'entrée et de sortie,
- de favoriser l'usage de ces supports tant au niveau de la médecine de ville que dans les établissements publics ou privés avec une campagne de communication auprès des professionnels et des usagers.
- de développer également les usages pour les différents courriers (entrée et sortie) ainsi que les autres informations utiles à travers "Mon Espace Santé".

**4. Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées chez les personnes âgées de 65 ans et plus**

Cette action sera développée dans un second temps. Après avoir fait l'évaluation des actions précédentes (intérêt, limite) auprès des acteurs et des patients dont l'hospitalisation était programmée.

Une attention particulière sera portée **aux personnes âgées de 75 ans et plus dépendantes et/ou présentant des troubles neurocognitifs**. Ce sont les personnes les plus à risque de réhospitalisation. Ce risque est d'autant plus important lorsque la première hospitalisation est non programmée, qui se fait donc le plus souvent via les urgences. Les personnes âgées dépendantes avec des troubles neurocognitifs ont généralement plus de 75 ans. Par exemple, dans le service de gériatrie du CHU, il est exceptionnel qu'une personne de moins de 75 ans y soit hospitalisée. En revanche, dans les autres services de médecine et de chirurgie, les sujets de plus de 75 ans y sont également en grand nombre et ce sont eux qui vont être à risque de réhospitalisation (syndromes gériatriques souvent non dépistés/traités, problématique sociale parfois sous-évaluée voire non recherchée).

Calendrier de déploiement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cartographie sera réalisée dans les 12 premiers mois de l'action</li> <li>- L'équipe projet prendra contact avec les autorités dans les 6 premiers mois de l'action.</li> <li>- Le déploiement d'actions « de terrain » débutera au premier semestre 2024 et sera mis en œuvre durant toute la période de l'ACI.</li> <li>- L'action concernant les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées sera développée dans un second temps à partir de 2025.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moyens humains</li> <li>- Outils informatiques</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	Les médecins traitants (et les équipes traitantes dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel), les chirurgiens, les anesthésistes et les cardiologues, les professionnels de santé de proximité (infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes...), la CPAM, l'ARS, les usagers, les assistantes sociales et les équipes d'aide à la personne, le CCAS, le réseau gérontologie bisontin, les gériatres, le DAC, l'équipe mobile de gériatrie, le CHRU et les cliniques.
Indicateurs de moyens	Réalisation du recensement des acteurs travaillant dans le champ de la prise en charge de l'hospitalisation de la personne de 65 ans et plus et de leurs missions (amont et aval).
Indicateurs de résultat	

## C. Développer des actions de prévention

### a. Dépistage du cancer colo-rectal (fiche action n°5)

Dépistage du cancer colorectal (CCR)																					
Mission socle	Développement des actions territoriales de prévention																				
Responsables de l'action	Leila HANNOUNI																				
Diagnostic territorial	<p>Deux constats peuvent être faits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de participation au dépistage de ce cancer ne progresse pas suffisamment malgré les multiples initiatives prises pour rejoindre la population cible des 50-74 ans<sup>72</sup>. Pour notre territoire, <b>il est de 37.7% de participants</b> (cf les données ci-après).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Dépistage Cancers : Colorectal</b></p> <p>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)</p> <p><b>Commune(s) neutralisée(s) : Champoux, La Chevillotte, Palise</b> Taux de commune(s) neutralisée(s) : 4.4 %</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Territoire</th> <th colspan="3">Taux</th> <th colspan="3">Différence territoire et</th> </tr> <tr> <th>Dép.</th> <th>Rég.</th> <th>Fr.</th> <th>Dép.</th> <th>Rég.</th> <th>Fr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37.7% 16 961 pat.</td> <td>37.3%</td> <td>35.5%</td> <td>32.3%</td> <td>0.4</td> <td>2.2</td> <td>5.4</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)</small></p> <p>Il est important de préciser que ce taux ne tient pas compte de la population de cette tranche d'âge qui est exclue pour les raisons suivantes (Tableau I) :</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid black; text-align: center; width: 200px;">             Personne ayant réalisé un test et/ou eu une exploration digestive           </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de recherche de sang occulte dans les selles &lt; 24 mois</li> <li>• Coloscopie &lt; 5 ans</li> <li>• Coloscanner ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner &lt; 24 mois</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid black; text-align: center; width: 200px;">             Personne nécessitant une exploration coloscopique           </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rectorragies, mélæna</li> <li>• Douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente</li> <li>• Troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation, inhabituelle)</li> <li>• Anémie ferriprive</li> <li>• Amaigrissement récent inexplicable</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid black; text-align: center; width: 200px;">             Personne à risque élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique           </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents personnels d'adénomes ou de CCR</li> <li>• Antécédents familiaux d'adénomes ou de CCR (parents du 1<sup>er</sup> degré)</li> <li>• Antécédents personnels de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid black; text-align: center; width: 200px;">             Personne à risque très élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique           </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch ou autre</li> </ul> </div> </div> <p><small>Source : Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), HAS, 2013</small></p> <p>Ce public exclu est pour notre département estimé à 12% de la population cible. Le taux de participation, tel qu'il est calculé par le Centre régional de coordination des dépistages des cancers de Bourgogne Franche-Comté (CRCDC BFC) tient compte de ces exclusions. Il est transmis à Santé publique France pour son exploitation. Cependant, il n'est disponible que tardivement (un à deux ans après). Cette situation pose problème pour utiliser cet indicateur corrigé comme traceur de suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans tous les cas le taux de participation est très éloigné des objectifs fixés et bien inférieur aux recommandations européennes (minimum acceptable 45 % et 65 % recommandé). Certains pays européens ont des taux de participation bien supérieurs à 45 %.</li> </ul> </div>	Territoire	Taux			Différence territoire et			Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.	37.7% 16 961 pat.	37.3%	35.5%	32.3%	0.4	2.2	5.4
Territoire	Taux			Différence territoire et																	
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.															
37.7% 16 961 pat.	37.3%	35.5%	32.3%	0.4	2.2	5.4															

<sup>72</sup> Dernières données de Santé publique France :

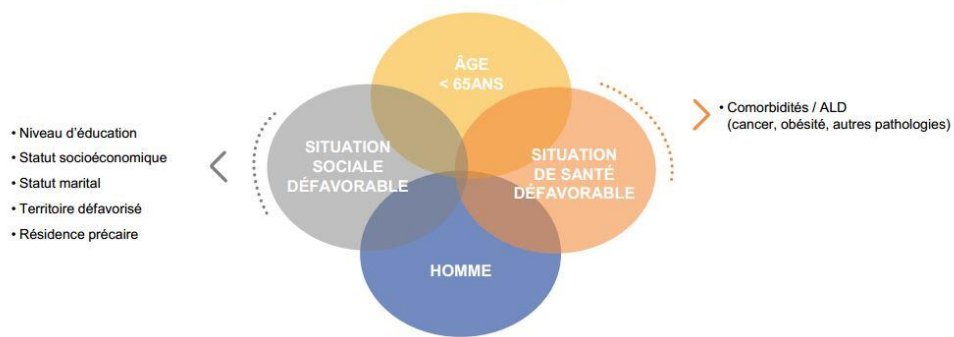
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees/#tabs>

	<p>Par ailleurs, <b>plusieurs éléments complémentaires sont à prendre en compte</b> dans la perspective de développer des actions pour favoriser la participation au dépistage de ce cancer et l'effectivité de ce dépistage sur notre territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4% des tests ne sont pas analysables et une partie de ces patients (25%) ne veulent pas refaire le test.</li> <li>- 5% des personnes ayant un test positif ne pratiquent pas la coloscopie recommandée mais ce chiffre peut aller jusqu'à 10 % et plus.</li> <li>- D'après le CRCDC BFC, les délais sont « corrects » entre les résultats d'un test positif et la coloscopie : 3 mois en moyenne pour notre territoire<sup>73</sup>. Cependant, il faut noter que les médecins traitants du secteur de Besançon/Grand Besançon Métropole déclarent qu'il est difficile d'avoir pour leurs patients un rendez-vous rapide chez un gastroentérologue dans le but de pratiquer une coloscopie après un test positif.</li> <li>- L'équipe du CRCDC BFC constate chaque année après « Mars bleu » un effet positif de cette campagne sur le taux de participation à ce dépistage.</li> <li>- La MSPU des 3 Provinces (Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire) lance un projet de recherche à l'échelle de la région visant à améliorer la couverture des dépistages organisés : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus. La FeMaSCo s'est associée au projet afin de faciliter la participation des maisons de santé. Ce dispositif vient en complément des actions mises en place pour favoriser la participation des usagers au dépistage et ne remplace pas les dispositifs régionaux (envoi de courrier, DMP...)<sup>74</sup>.</li> <li>- Enfin, des dispositifs récents ont été mis en place par l'Assurance maladie pour encourager et faciliter ce dépistage<sup>75</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les pharmaciens disposent de nouvelles compétences dans le cadre du suivi du dépistage avec un accompagnement du patient dans la remise du kit en 2023 et ensuite dans la remise et réalisation du dépistage. Le CRCDC BFC a mis en place des formations à destination de cette profession. A ce jour, plus de la moitié des pharmaciens d'officine a été formée.</li> <li>o Les patients peuvent commander eux-mêmes les kits de dépistage.</li> <li>o Les médecins généralistes vont recevoir début décembre 2022 la liste des patients n'ayant pas réalisé leur dépistage organisé. Les populations concernées en ont été informées au cours de l'automne 2022. Concernant les invitations et les relances, elles se font actuellement de la manière suivante : après une invitation initiale par le CRCDC BFC une première relance est faite 6 mois puis 9 mois après.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Public Bénéficiaire de cette action</p>	<p>L'ensemble de la population des hommes et des femmes de 50 à 74 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'exclusion des publics non concernés et identifiés dans le tableau 1,</li> <li>- avec une priorité pour les personnes qui n'ont pas fait le test de dépistage du cancer colorectal dans les délais et avec la périodicité recommandée.</li> </ul> <p>Par ailleurs seront également ciblés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes qui ont pratiqué un test non analysable,</li> <li>- les sujets n'ayant pas pratiqué une coloscopie après un test positif.</li> <li>- Les personnes en situation de handicap.</li> </ul>

<sup>73</sup> Corley DA, Jensen CD, Quinn VP, Doubeni CA, Zauber AG, Lee JK, Schottinger JE, Marks AR, Zhao WK, Ghai NR, Lee AT, Contreras R, Quesenberry CP, Fireman BH, Levin TR : Association Between Time to Colonoscopy After a Positive Fecal Test Result and Risk of Colorectal Cancer and Cancer Stage at Diagnosis JAMA. 2017 Apr 25;317(16):1631-1641

<sup>74</sup> Optimisation du dépistage organisé du cancer par les structures de soins primaires - OPTIDEC : <https://femasco-bfc.fr/actualites/actualites-federations/1625-optidec.html>

<sup>75</sup> Ameli : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-50-74-ans>

Objectif	Augmenter le taux de dépistage du cancer colorectal à l'aide de tests exploitables et faire progresser la réalisation effective d'une coloscopie après un test positif.
Tâches opérationnelles	<p>Un certain nombre de travaux identifie les populations non participantes à ce dépistage (Tableau II)</p> <p style="text-align: center;"><b>Caractérisation des non-participants</b></p>  <p>• Niveau d'éducation • Statut socioéconomique • Statut marital • Territoire défavorisé • Résidence précaire</p> <p>• Comorbidités / ALD (cancer, obésité, autres pathologies)</p> <p>Source : Guessous et al., Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. Preventive Medicine, 2010 ; Gimeno-García, Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, Gastroenterology Research and Practice, 2012 ; Denters et al., Assessing knowledge and attitudes towards screening among users of faecal immunochemical test (FIT). Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care et Health Policy, 2015; El-Haddad et al., Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA, Colorectal Dis, 2015 – Traitement INCa, 2020</p> <p>...et également les freins (Tableau III) et les leviers (Tableau IV) :</p> <p style="text-align: center;"><b>Le dépistage du CCR : quels freins ?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Les freins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Méconnaissance des programmes de dépistages</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Méconnaissance de la pathologie et de son dépistage</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Manque d'informations pour une décision éclairée</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Ne se sent pas concerné(e)</b> (âge, symptômes, précédent test négatif, etc.)</p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Gêne à l'égard de la localisation (sujet tabou, partie intime)</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Gêne à l'égard du test et de la manipulation des selles</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Peur du résultat</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Peur de la coloscopie</b></p> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Manque de temps des professionnels de santé pour donner l'information sur le dépistage</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Remise du kit sans explication</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Indisponibilité du kit chez les professionnels de santé</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Facteurs d'inégalité (niveau d'éducation, CSP, culture, pathologies chroniques, obésité, handicap, etc.)</b></p> </li> </ul> <p style="text-align: center; font-size: small;">Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017</p> <p style="text-align: center;"><b>Le dépistage du CCR : quels leviers ?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Les leviers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Implication du médecin dans les dépistages</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Qualité de la relation médecin-patient*</b> (confiance et légitimité du médecin)</p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Information et compréhension de la personne</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Bénéfices du test immunologique</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Influence de l'entourage familial et amical</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Diversification des professionnels de santé pouvant remettre le kit de dépistage</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Envoi du kit à domicile en relance 2**</b></p> </li> </ul> <p style="font-size: x-small;">*Force de conviction importante dans l'adhésion et fidélité au programme de dépistage : 9/10 personnes réalisent le test lorsqu'il est remis par un médecin ** Pour les personnes ayant participé au moins à l'une des trois dernières campagnes</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017</p> <p>Les propositions faites ci-après tiennent compte de ces travaux, mais également des constats effectués sur notre territoire, notamment la différence entre les délais actuels et le ressenti des généralistes et des patients pour effectuer une coloscopie après un test positif.</p>

## Les tâches opérationnelles qui en découlent

### 1- SPECIFIER LES FREINS EXISTANTS ET LES LEVIERS POSSIBLES SUR NOTRE TERRITOIRE CONCERNANT CE DEPISTAGE

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

A partir des fichiers fournis aux médecins traitants par l'Assurance maladie, une enquête qualitative sera réalisée auprès d'un échantillon raisonné <sup>76</sup> en se basant sur les principales caractéristiques précisées dans le tableau II. Ce travail sera mené pour la réalisation d'une thèse de médecine, en spécialité médecine générale et en lien avec le Département de médecine générale de l'UFR santé de Besançon.

### 2- FAVORISER DES ACTIONS D'INFORMATION ET D'EDUCATION SUR LES TERRITOIRES AINSI QUE LES NOUVELLES MODALITES D'ACCES AUX TESTS

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

Elles seront développées suivant trois approches :

- L'une à travers l'encouragement à la participation de tous les acteurs concernés sur notre territoire et en tenant compte des initiatives prises localement à l'occasion de chaque « **Mars bleu** ». La CPTS les amplifiera et en assurera le suivi, notamment pour :
  - o impliquer un maximum de professionnels de santé du territoire,
  - o toucher les publics les plus éloignés du système de santé.
- L'autre approche se fera **tout au long de l'année** à travers des démarches relevant du « **aller vers** » avec les relais et/ou référents santé de proximité comme les personnes relais dans le cadre du projet régional Ambassadeurs (notamment avec la formation au Dépistage organisé du cancer colo-rectal - DOCCR par le CRCDC)<sup>77</sup>, les médiateurs en santé, les infirmières Asalée, les intervenants sociaux dans les quartiers et bassins de vie de Besançon et Grand Besançon métropole (travail avec la Ville de Besançon – Direction hygiène santé/CCAS), mais également dans les centres pour handicapés.
- Un travail sera engagé pour que les **IDE libérales** et les **sages-femmes** (ces dernières étant déjà impliquées dans les dépistages gynécologiques) afin qu'elles puissent mettre à disposition des kits de dépistage et/ou encourager leurs patients à s'en procurer. Elles pourront donner des informations claires et impliquantes. Dans cette perspective et en lien avec le CRCDC et les gastroentérologues :
  - o une fiche « méthode » pluriprofessionnelle sera élaborée,
  - o un webinaire sera organisé.
 Ces initiatives seront réalisées, notamment en lien étroit avec les URPS et les Ordres des IDE et des sages-femmes.
- Enfin, la promotion de l'accès aux tests par **les pharmaciens** ou à travers **une commande directe par les patients des kits de dépistage** sera faite.
- Une sensibilisation auprès **des personnes en situation de handicap** sera réalisée en collaboration avec les associations œuvrant pour ces publics (ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...)

Pour tous ces acteurs, des formations seront organisées en proximité, en lien avec le CRCDC BFC et les gastroentérologues (CHU et libéraux).

<sup>76</sup> Joëlle Kivits - Barbara Houbre : Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils ; [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod\\_resource/content/1/co/Module\\_Investig\\_Quali.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Module_Investig_Quali.html)

<sup>77</sup> <https://www.depistagedescancers-bfc.fr/programme-des-ambassadeurs>



	<p><b>3- DEVELOPPER LES RELANCES</b></p> <p><i>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</i> Elles concerneront trois types de population :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les publics dans la tranche d'âge concernée, mais n'ayant pas répondu à l'invitation après plusieurs relances,</li> <li>- les sujets ayant un test non exploitable,</li> <li>- les personnes testées positives, mais n'ayant pas fait leur coloscopie.</li> </ul> <p>Elles seront mises en œuvre sous la forme d'appel téléphonique utilisant l'entretien motivationnel<sup>78</sup>.</p> <p><b>4- ASSURER UN SUIVI CHEZ LES PERSONNES TESTEES POSITIVES</b></p> <p><i>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</i> Suivant les données nationales, après un test positif, les résultats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune anomalie détectée : 3/10 cas</li> <li>- Lésions précancéreuses bénignes détectées et retirées : 5/10 cas</li> <li>- Cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans radiothérapie ni chimiothérapie : &lt; 1/10 cas</li> <li>- Cancer à un stade avancé : &lt; 1/10 cas</li> </ul> <p>Pour notre région<sup>79</sup>, les résultats de coloscopies suite à un FIT positif sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coloscopie normale : 48 %</li> <li>- polypes bénins et à risque 44 %</li> <li>- cancer 8 %</li> </ul> <p>La CPTS facilitera le suivi des personnes ayant un test positif. Pour ce faire, elle développera, en lien avec l'équipe de télé-médecine de l'ARS, la télé-expertise entre le 1<sup>er</sup> recours (médecin généraliste traitant) et le 2<sup>ème</sup> recours (spécialiste en gastroentérologie du CHU et de ville).</p> <p>Des formations seront organisées pour présenter les recommandations actualisées autour du dépistage du cancer colorectal en général et sa prise en charge, avec un suivi notamment des patients ayant eu un test positif n'ayant pas donné lieu au diagnostic d'un cancer, mais par exemple à un adénome avec polypectomie<sup>80</sup>.</p> <p>Un protocole sur la démarche à suivre pour un patient après la réalisation d'un test positif sera formalisé entre les gastro-entérologues et les médecins généralistes.</p>
<p>Calendrier de déploiement</p>	<p><b>1 SPECIFIER LES FREINS EXISTANTS ET LES LEVIERS POSSIBLES SUR NOTRE TERRITOIRE CONCERNANT CE DEPISTAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du protocole de l'enquête janvier 2023</li> <li>- Réalisation du terrain de février à avril 2023</li> <li>- Exploitation de l'enquête mai/juin 2023</li> </ul>

<sup>78</sup> Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher Butler : Pratique de l'entretien motivationnel, Inter-Editions Dunod, Paris 2009 ; [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=J6vS9hdj\\_BQC&oi=fnd&pg=PP4&dq=entretien+motivationnel+sant%C3%A9&ots=lu9SuL3GPX&sig=kF6MnxYr8ho55RW0sYcmm8j6tx0#v=onepage&q=entretien%20motivationnel%20sant%C3%A9&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=J6vS9hdj_BQC&oi=fnd&pg=PP4&dq=entretien+motivationnel+sant%C3%A9&ots=lu9SuL3GPX&sig=kF6MnxYr8ho55RW0sYcmm8j6tx0#v=onepage&q=entretien%20motivationnel%20sant%C3%A9&f=false)

<sup>79</sup> Source : CRCDC BFC

<sup>80</sup> Michel Robaszkiwicz : Recommandations pour le suivi après polypectomie (Recommandations SFED 2021) ; <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/recommandations-pour-le-suivi-apres-polypectomie-recommandations-sfed-2021/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction finale et présentation de la thèse début juillet 2023</li> </ul> <p><b>2 FAVORISER DES ACTIONS D'INFORMATION ET D'EDUCATION SUR LES TERRITOIRES AINSI QUE LES NOUVELLES MODALITES D'ACCES AUX TESTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour le « Mars bleu », la mobilisation se fera chaque année.</li> <li>- Les initiatives « aller vers » et la promotion de l'accès aux tests par les pharmaciens seront déployées avec une programmation annuelle décidée à la suite des « Mars bleu » au sein de chaque quartier et bassin de vie.</li> <li>- Les formations seront déployées, elles aussi, par quartier et bassin de vie pour favoriser une mobilisation pluriprofessionnelle. Elles seront programmées de préférence en amont de chaque « Mars bleu ».</li> </ul> <p><b>3 DEVELOPPER LES RELANCES</b></p> <p>Le démarrage de cette action se fera à partir de septembre 2023 avec un déploiement par quartier et bassin de vie.</p> <p><b>4 ASSURER UN SUIVI CHEZ LES PERSONNES TESTEES POSITIVES</b></p> <p>Cette activité commencera en septembre 2023. Elle débutera par les formations et se poursuivra par la mise en place du dispositif de télémédecine. Ensuite, seront organisés par l'équipe de la CPTS les contacts et les suivis personnalisés.</p>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les entretiens se feront par téléphone et l'exploitation des résultats sera réalisée à l'aide d'un logiciel adapté aux enquêtes qualitatives.</li> <li>- Pour le « Mars bleu », l'action s'appuiera sur les outils mis à disposition chaque année par les promoteurs de cette opération ; éventuellement et si nécessaire des supports spécifiques seront créés.</li> <li>- Concernant les actions « aller vers », elles seront réalisées dans des lieux partagés comme les maisons de quartier ou les salles communales.</li> <li>- Pour les pharmaciens, les supports de l'Assurance maladie seront promus.</li> <li>- le travail de relance se fera par téléphone depuis le siège de la CPTS.</li> <li>- Les formations et la télé expertise</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<p>Le travail sera conduit par un interne en médecine général en liaison avec son Directeur de thèse, le Département de médecine générale de l'UFR santé et l'équipe de la CPTS, en lien avec les médecins généralistes traitants dont certains patients auront été choisis pour l'enquête.</p> <p>Les équipes du CRCDC BFC, l'Assurance maladie, la Direction Hygiène santé de la Ville de Besançon, le CCAS, l'Ireps, les Ordres, les URPS et l'ARS, ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...</p> <p>Les relances téléphoniques seront réalisées par l'équipe de la CPTS en lien étroit avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les médecins traitants n'étant pas en exercice pluriprofessionnel (avec une approche par quartier ou bassin de vie),</li> <li>- l'assurance maladie,</li> <li>- le CRCDC BFC.</li> </ul> <p>Les gastroentérologues du CHU et de ville</p>
Indicateurs de moyens	<p><b>Favoriser des actions d'information et d'éducation sur les territoires ainsi que les nouvelles modalités d'accès aux tests :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation auprès des professionnels de santé concernés ainsi que les structures accueillant des personnes en situation de handicap via un webinaire et une plaquette.</li> </ul>

	- Réalisation des actions programmées pour chaque « Mars Bleu » tout au long de l'année dans les différents bassins de proximité.
Indicateurs de résultat	Augmentation du taux de dépistage du cancer colorectal

## 5 Développer une réponse aux crises sanitaires graves

### a. Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS (fiche action n°6)

<b>Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS</b>	
Mission socle	Développer une réponse aux crises sanitaires graves
Responsables de l'action	Audrey AOURAGH LABORIE
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général national</b></p> <p>Les crises sanitaires graves sont gérées au niveau national par le Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) du Ministère chargé de la santé. Sa mission : assurer 24h/24 et 7J/7 la réponse opérationnelle aux urgences sanitaires ayant un impact sur le territoire national<sup>81</sup>. Le CORRUSS est composé d'une équipe pluridisciplinaire et d'un vaste réseau de partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Equipe pluridisciplinaire définit et coordonne la réponse aux urgences sanitaires identifiées. Elle est composée de : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Médecins</li> <li>o Pharmaciens</li> <li>o Ingénieurs spécialisés en santé publique</li> <li>o Gestionnaires de crises</li> <li>o Equipe de communicants de crise</li> <li>o Juristes et experts du Ministère</li> </ul> </li> <li>- Le réseau de partenaires signale et informe des situations sanitaires préoccupantes. Ce réseau se compose de : <ul style="list-style-type: none"> <li>o L'ARS</li> <li>o Les Agences de sécurité sanitaire nationales (Santé publique France, Agence Nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, Etablissement Français du Sang...)</li> <li>o Les Ministères contribuant à la sécurité sanitaire des Français sur le territoire ou à l'étranger : Intérieur, Affaires étrangères, Agriculture et Alimentation, Environnement, Transport, Armées...</li> <li>o Les Institutions internationales : Organisation mondiale de la santé, Commission Européenne...</li> </ul> </li> </ul> <p>Le CORRUSS réalise une veille nationale et internationale permanente pour assurer, le cas échéant, la réponse à toute alerte ou urgence sanitaire. Si une situation préoccupante nécessite une prise en charge, le CORRUSS active le Centre de Crise Sanitaire (CCS). L'activation du Centre de Crise Sanitaire constitue l'élément-clé du dispositif de réponse de la Direction générale de la santé (DGS) à une crise sanitaire ou à un impact sanitaire. Les missions du CCS sont les suivantes :</p>

<sup>81</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, La gestion es alertes et des crises sanitaires, le 20 décembre 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crisis-sanitaires>

- pilotage des actions du secteur sanitaire,
- suivi et coordination de la gestion de crise en relation avec les ARS,
- déploiement de moyens humains,
- organisation et suivi du dispositif "santé".

Le CCS est en contact avec les structures dédiées des instituts, établissements et agences sanitaires placés sous la tutelle du Ministère chargé de la santé (Santé publique France, Réserve Sanitaire, ANSM...), mais également avec les centres de crise mis en place dans les ARS et ARS de zones, d'une part pour centraliser et analyser les remontées d'informations concernant les éléments de situation du terrain, et d'autre part, pour leur venir en appui dans la gestion de l'évènement.

Cette organisation de la gestion de crise a été mise à l'épreuve récemment avec la crise COVID. Le rapport final sur l'évaluation de la gestion de la crise sanitaire présenté au Président de la République en mai 2021 dresse un bilan de l'épidémie de COVID en France, de son impact et de ses effets en comparaison internationale. La France fait partie des pays "*très affectés*" par la crise sanitaire avec 1332 décès par million d'habitants, beaucoup plus que la moyenne européenne (1092 décès par million). La crise a eu un impact sanitaire important sur toute la population, essentiellement les personnes âgées (au moins 15% de la population affectée)<sup>82</sup>. Les conséquences sanitaires indirectes (déprogrammation de soins, report de diagnostics...) ne seront connues que dans quelques années.

Afin d'améliorer les capacités de réaction et de gestion du modèle socioéconomique français face à une crise sanitaire, le rapport suggère trois axes d'amélioration :

- se préparer aux prochaines crises (formation et ressources des Ministères et des opérateurs),
- renforcer la santé publique (formation, recherche...), l'expertise scientifique (recherches en virologie et prévention du risque infectieux) et l'offre de soins (biologie, médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, traitement des données),
- organiser un retour d'expérience (institutions et société) et évaluer les impacts de la crise (efficacité des réponses sanitaires et sociales).

### **Contexte régional**

Au niveau local, les crises sanitaires sont gérées par plusieurs institutions avec un rôle central des services de l'Etat et notamment de l'ARS Bourgogne Franche-Comté. Ce fonctionnement a montré durant la crise COVID la nécessité de l'implication de nombreux acteurs et le rôle clef des professionnels de santé. En effet, ces derniers sur le Grand Besançon se sont organisés en association, la Communauté Bisontine Pluriprofessionnelle de Santé (CBPPS), pour faire face à l'épidémie de COVID. Les initiatives prises par la CBPPS aux côtés de l'ARS, de la CPAM, de la municipalité et d'autres acteurs ont été nombreuses :

- Mise en place de tournées spéciales COVID de soins infirmiers
- Astreinte des médecins généralistes pour assurer une réponse rapide concernant les patients COVID
- Coordination du suivi des patients par les kinésithérapeutes.
- Organisation de récolte et de stockage des Equipements de Protection Individuelle (EPI).

<sup>82</sup> Vie publique, Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? 18 mai 2021, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279852-covid-19-gestion-de-la-crise-sanitaire-en-france>

	<p>- Mise en place de centres de vaccination tel que le centre Résal.</p> <p>Face à une crise inédite, ces actions ont montré la réactivité des professionnels de santé et leur capacité d'innovation. Cela a également révélé l'importance d'une réponse coordonnée sur le terrain pour assurer une meilleure gestion de la crise. Les professionnels de santé en première ligne sont un maillon essentiel dans la résolution d'une crise sanitaire grave.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	L'ensemble de la population habitant sur le territoire de Besançon & Métropole.
Objectif	Elaborer et piloter un plan d'action en cas de crise sanitaire grave sur le territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole
Tâches opérationnelles	<p><b>ECRITURE D'UN PLAN D'ACTION EN CAS DE CRISE SANITAIRE EN ACCORD AVEC LA TRAME NATIONALE DEVELOPEE PAR L'ARS.</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Concertation avec les autres CPTS de la région afin de mutualiser l'écriture du plan d'action.</b> Mutualisation des compétences entre CPTS avec éventuellement l'identification d'un spécialiste de la gestion de crise sanitaire partagé.</li> <li>- <b>Constitution d'un groupe de travail pluriprofessionnel au sein de la CPTS afin de suivre l'évolution de la rédaction du plan d'action.</b> Ce petit groupe participera aux réunions inter CPTS pour la rédaction du plan d'action régional. Le groupe pluriprofessionnel sera aussi l'interlocuteur privilégié de l'ARS afin de s'assurer de la bonne articulation avec les plans d'urgence nationaux.</li> <li>- <b>Adaptation du plan d'action régional au niveau local.</b> Le plan devra être adapté au territoire de la CPTS avec les ressources et les moyens de chaque bassin de proximité. Un référent par bassin de proximité devra être nommé et répertorié comme personne contact dans le plan d'action de la CPTS. Le plan d'action devra également être accordé avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>o les MSP du territoire qui développent elles aussi leur propre plan d'action en cas de crise sanitaire grave<sup>83</sup>,</li> <li>o Le Contrat local de santé de Besançon &amp; Métropole.</li> </ul> </li> <li>- <b>Présentation du plan d'action aux professionnels de santé et aux établissements sanitaires concernés</b> (CHRU, cliniques, EHPAD...). Ainsi les professionnels de santé du territoire seront informés de la démarche à suivre en cas de crise sanitaire grave.</li> <li>- <b>Réaliser un annuaire des personnes, institutions ressources en cas de crise.</b> Cet annuaire sera actualisé tous les ans et sera mis en annexe du plan d'action.</li> <li>- <b>Réaliser une liste des besoins en équipement pour les 5 typologies de crises</b> et faire remonter les besoins aux autorités compétentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>o prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendie, explosions, émeutes, ...)</li> <li>o prise en charge de malades (notamment des populations fragiles : personnes âgées ou enfants) : épidémie saisonnière (grippe, bronchiolite), canicule, grand froid, pollution ;</li> <li>o prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales, arboviroses, ...) et le cas échéant mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;</li> </ul> </li> </ul>

<sup>83</sup> Femasco : Memento pour un plan de crise sanitaire en Maison de santé pluriprofessionnel ; <https://femasco-bfc.fr/actualites/actualites/federations/1636-plan-de-crise-sanitaire-en-msp.html>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ prise en charge immédiate de patients atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires, radiologiques ou chimiques) et suivi à moyen et long termes des éventuels effets induits ;</li> <li>○ altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Actualisation annuelle du plan d'action en cas de crise sanitaire.</b> Modification des personnes ressources en cas de changement, actualisation des protocoles à suivre en cas de crise...</li> <li>- <b>Création d'une adresse mail d'urgence pour les professionnels.</b> Cette adresse pourra être utilisée par tous les professionnels pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ informer/déclarer une situation suspecte ou de crise</li> <li>○ poser toute question sur le plan d'action à suivre en cas de crise</li> <li>○ faire remonter des besoins urgents (matériel, médicament...)</li> </ul> </li> </ul>
Calendrier de déploiement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réunions avec les autres CPTS seront organisées dès que possible</li> <li>- Le plan d'action devra être opérationnel avant la fin de l'année 2023.</li> <li>- Annualisation du plan d'action tous les ans.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils informatiques, moyens humains (équipe de coordination).</li> <li>- Les moyens financiers nécessaires seront estimés dans un tableau budgétaire.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	Professionnels de santé du Grand Besançon Métropole, ARS, CPAM, MSA, les structures d'exercice coordonné, les professionnels en charge des autres CPTS, le CHRU, les cliniques...
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un plan d'action est rédigé la première année.</li> <li>- Le plan est actualisé tous les ans</li> </ul>
Indicateurs de résultat	Capitalisation d'une crise sanitaire et impact du plan d'action dans la résolution de la crise.

## 2. Les missions complémentaires optionnelles de l'ACI

### A. Développer la qualité et la pertinence des soins

#### a. Antibiotiques et Test Rapide d'Orientation de Diagnostic (TROD) angine (fiche action n°7)

Le bon usage des antibiotiques par le développement de l'utilisation des TROD angine dans le contexte plus général de la lutte contre l'antibiorésistance	
Mission socle	Qualité et pertinence des soins
Responsables de l'action	Hervé FEIN
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général national et régional</b></p> <p>Au cours de l'année 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La France a été le 4ème pays d'Europe le plus consommateur d'antibiotiques.</li> <li>- 92 % des antibiotiques ont été dispensés en médecine de ville et 8 % en établissements de santé.</li> <li>- En ville, cette prescription a été effectuée trois fois sur quatre (72%) par un généraliste<sup>84</sup>.</li> </ul>

<sup>84</sup>Source : WEBINAIRE ANNUEL des organisations nationales Pr Céline PULCINI Cheffe de la Mission ministérielle de Prévention des infections et de l'antibiorésistance Ministère de la Santé et de la Prévention ; 15 juin 2022.

« Lutter contre l'antibiorésistance est un véritable enjeu de santé publique responsable de 5 500 décès annuels et 139 000 hospitalisations par an en France » (CNAM/Juillet 2022)<sup>85</sup>. La surconsommation d'antibiotiques favorise l'émergence et la diffusion de souches résistantes, susceptibles de provoquer des impasses thérapeutiques (absence de molécules efficaces). L'antibiorésistance est un risque important notamment pour certaines classes thérapeutiques comme les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération ou les fluoroquinolones.

**La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp)**, promue par l'Assurance maladie dans un cadre conventionnel avec les professionnels de santé vise à contribuer à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis. Elle concerne notamment les médecins traitants. Pour les adultes et les enfants, un des thèmes est l'antibiothérapie. Les objectifs sont les suivants<sup>86</sup>:

<b>Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
45 %	20 %	5 patients	35

<b>Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
52 %	≤ 11 %	5 patients	35

<b>Part des patients MT de 4 ans et plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
31 %	≤ 7 %	5 patients	35

**Une évaluation récente de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance** a été réalisée notamment par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Elle note qu'à l'hôpital, il y a eu des « progrès notables » mais que « les actions conduites en matière de médecine de ville ne sont pas à la hauteur des enjeux quantitatifs (plus de 90% de la dispensation d'antibiotiques) ni qualitatifs, au vu de l'ampleur persistante des usages inadaptés ». Ce rapport recommande que « les actions visant au meilleur usage des antibiotiques doivent être intensifiées (formation amplifiée, déploiement des TROD, de l'ordonnance dédiée, de la dispensation à l'unité...) »<sup>87</sup>.

En conformité avec les instructions ministérielles<sup>88</sup>, **le Schéma de l'organisation régionale et locale en matière de prévention de l'antibiorésistance pour la région Bourgogne Franche-Comté** est en cours de déploiement. Il est piloté par l'ARS Bourgogne Franche-

<sup>85</sup>CNAM : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 ; JUILLET 2022 ; Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 (loi du 13 août 2004) ; <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

<sup>86</sup>CNAM : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs>

<sup>87</sup>Évaluation et préparation de l'actualisation de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance (2022) ; <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article864>

<sup>88</sup> JO : Décret n° 2022-1445 du 18 novembre 2022 relatif aux centres régionaux en antibiothérapie ; Arrêté du 18 novembre 2022 fixant le cahier des charges des centres régionaux en antibiothérapie

Comté en lien étroit avec le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Centre régional en Antibiothérapie (CRAtb) de Bourgogne-Franche-Comté. Les textes précisent : « *Les Centres Régionaux en Antibiothérapie (CRAtb) apportent un appui à l'Agence régionale de santé (ARS) dans le pilotage de la politique du bon usage des antibiotiques pour la région. Ils collaborent de manière formalisée et étroite avec les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) à la prévention de l'antibiorésistance dans toutes ses composantes. Les CRAtb animent le réseau des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA), le réseau des référents en antibiothérapie et le réseau de médecins généralistes formés à l'antibiothérapie* ».

Autre acteur local, la CISA (Consultation inter-services en antibiothérapie et infectiologie) portée par le Service de maladies infectieuses et tropicales du CHRU de Besançon. Il permet aux prescripteurs d'obtenir une expertise via une ligne téléphonique d'avis direct en antibiothérapie et prise en charge infectieuse.

### **Diagnostic régional et territorial**

**Concernant la Bourgogne-Franche-Comté**, on note une consommation d'antibiotiques dans la moyenne des autres départements français (c'est-à-dire à un niveau très élevé par rapport aux autres régions européennes) : 18.8 DDJ/1000 habitants /jour en Bourgogne-Franche-Comté contre 18.1 DDJ/1000hab/j au national<sup>89</sup>.

**Sur le territoire de Besançon et Grand Besançon métropole**, le rapport entre la population susceptible d'être traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) et le nombre de patients traités par au moins un antibiotique, est de 34,1%.

### **Antibiorésistance**

*Rapport entre la population consommante 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.
34.1% 18 711 pat.	33.8%	36%	36.3%	0.3	-1.9	-2.2

source: DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Sur le même territoire bisontin, le rapport entre le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins une 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, est de 13,3%. Concernant les enfants de 4 ans ou plus de 16 ans, est de 7,9%.

### **Antibiorésistance chez les enfants de moins de 4 ans**

<sup>89</sup>Sources : OSCAR- rapport ville 2020 pour les données régionales Santé publique France pour les données nationales



*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*

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 95.6 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
13.3% 339 pat.	21.7%	29.1%	25.4%	-8.4	-15.8	-12.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

*médecin traitant*

**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*

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 89.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
7.9% 443 pat.	11.5%	15.6%	13.9%	-3.6	-7.7	-6

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

L'utilisation des TROD Tests Rapide d'Orientation de Diagnostic est un dispositif ancien (20 ans). Cependant on constate une assez faible utilisation chez les médecins généralistes. D'autant plus que cet acte n'étant pas facturé, la traçabilité de leur utilisation est difficile à mesurer. Dans le Grand Besançon, seulement 39% des médecins généralistes ont commandé des TROD (information à confirmer avec la Caisse), et il est impossible de savoir si ces tests ont été utilisés.

Enfin, le contexte actuel de rupture des stocks de certaines classes d'antibiotiques accentue la nécessité de renforcer les plans d'action sur ce sujet.

Public Bénéficiaire de cette action	L'ensemble de la population habitant sur le territoire de Besançon & Métropole dans une démarche d'information et d'éducation sur leurs lieux de vie dans les quartiers et bassins de proximité.
Objectif	L'objectif général est la diminution de la consommation d'antibiotiques en médecine de ville, avec une priorité donnée dans un 1 <sup>er</sup> temps au développement à l'utilisation des TROD angine.
Tâches opérationnelles	<p><b>1- PROMOUVOIR L'UTILISATION DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) ANGINE</b></p> <p><b>Réaliser deux enquêtes qualitatives pour évaluer les freins et les leviers en relation avec l'utilisation des TROD</b></p> <p>Il semble qu'aussi bien au niveau des médecins que des pharmaciens (le décret n°2021-1631 du 13 décembre 2021 et l'arrêté du 13 décembre 2021<sup>90</sup> facilitent le recours aux TROD</p>

<sup>90</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/le-ministère-annonce-la-prise-en-charge-des-trod-angine-en-pharmacie>

de l'angine en officine de pharmacie), l'utilisation des TROD en pratique courante et notamment sur le plan organisationnel pose des difficultés. Afin de pouvoir lever ces problèmes et trouver des pistes de solution, deux enquêtes seront réalisées.

**Amplifier les informations et les formations sur la question de l'antibiothérapie et la maîtrise de l'antibiorésistance avec un focus sur l'utilisation des TROD**

Si l'utilisation des TROD est la priorité de cette fiche action, cette pratique doit s'inscrire dans un contexte plus large d'information et de formation autour de l'antibiothérapie. L'évolution des connaissances et des recommandations est une dimension clé pour le bon usage des antibiotiques. Il sera donc proposé d'organiser en associant médecins et pharmaciens, mais également d'autres professionnels de santé concernés, comme les dentistes :

- **Un webinaire** sur ce sujet, avec accès à un replay à partir du site de la CPTS et des sites partenaires.
- **Une publication** qui pourrait s'inspirer du périodique Antibio'Mag<sup>91</sup>.

Deux possibilités seront discutées :

- Le fait de renouveler ces webinaraires en fonction de l'évolution de l'actualité.
- D'envisager des rencontres entre professionnels de santé dans les quartiers et les bassins de vie puisque par exemple l'utilisation des TROD par les pharmaciens nécessite des relations étroites avec les médecins qui sont en général en proximité (cf. Logigrammes décisionnels)<sup>92</sup>.

Par ailleurs, **une campagne de sensibilisation** sera faite auprès des médecins. Le but est de « réactiver » l'utilisation des TROD et rappeler que les TROD peuvent être commandés sur « Amelipro » gratuitement. Ce suivi de l'utilisation des TROD sera effectué par la CPTS auprès d'un échantillon aléatoire de médecins.

**Réaliser une cartographie des pharmaciens formés à la pratique du TROD angine.**

Cette cartographie permettra aux professionnels de santé de mieux orienter les patients ayant besoin de réaliser un TROD en officine.

**Une campagne d'information auprès du grand public**

Avec l'aide des associations de patient, la CPTS développera cette action dans le but de sensibiliser les usagers sur ce dispositif afin de favoriser une prescription plus adaptée et mieux comprise de la part des patients (notamment par rapport à la non prescription). Par ailleurs, une promotion du site d'information Antibio'Malin pourra être faite<sup>93</sup>.

**A noter** : l'utilisation des TROD chez les enfants (3 à 10 ans) est fortement envisagée par le Ministère dans un délai rapide (information de l'ARS) ; dans ce cas son utilisation sera promue.

<sup>91</sup>[https://www.cpiasbfc.fr/surveillance/oscar/Antibiomag\\_2\\_fevrier\\_2018.pdf](https://www.cpiasbfc.fr/surveillance/oscar/Antibiomag_2_fevrier_2018.pdf)

<sup>92</sup> Assurance maladie : Logigrammes décisionnels TROD angine ; [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-logigramme-realisation-trod-officine\\_assurance-maladie\\_0.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-logigramme-realisation-trod-officine_assurance-maladie_0.pdf)

<sup>93</sup> Ministère de santé et de la prévention : Antibio'Malin - Les antibiotiques : soyons malins, utilisons-les mieux ; [https://www.sante.fr/antibiomaline?gclid=Cj0KCQiA\\_P6dBhD1ARIsAAGI7HBw7CZO4CzKxuPDMi03m\\_gXmy9ShCe6thz3FpxURQILENkvl4iINwaAt5cEALw\\_wcB&gclid=aw.ds](https://www.sante.fr/antibiomaline?gclid=Cj0KCQiA_P6dBhD1ARIsAAGI7HBw7CZO4CzKxuPDMi03m_gXmy9ShCe6thz3FpxURQILENkvl4iINwaAt5cEALw_wcB&gclid=aw.ds)



Lors des différentes concertations, d'autres propositions ont été faites. Elles pourront être mises en œuvre dans un deuxième temps :

- **Soutenir la communication auprès de la population sur le bon usage des antibiotiques** en s'appuyant sur les intervenants de la Direction hygiène santé (Ville de Besançon), les travailleurs sociaux des maisons de quartiers et des associations pour aller transmettre les messages sur le bon usage, notamment dans les quartiers prioritaires avec possibilité de traduction. Une campagne concernant la petite enfance pourra éventuellement être envisagée.
- Depuis plusieurs années, la CISAI (Consultation inter-services en antibiothérapie et infectiologie) portée par le service de maladies infectieuses et tropicales du CHRU de Besançon permet aux prescripteurs d'obtenir une expertise via une ligne téléphonique d'avis direct en antibiothérapie et prise en charge infectieuse. Ce service est unanimement apprécié des acteurs du 1er recours. Ce service va évoluer vers **une télé expertise pour les maladies infectieuses**. La mise en place de l'EMA du CHU va permettre de donner un accès à un infectiologue hospitalier pour réaliser une prescription plus précise, notamment dans des situations complexes. La CPTS fera connaître ce service, notamment auprès des acteurs du 1<sup>er</sup> recours.
- Une **expérimentation des ordonnances dédiées** sur lesquelles figureraient de nouvelles mentions dont l'indication, le respect des référentiels, l'usage de TROD, des messages de santé publique... devrait être lancée prochainement dans deux régions françaises dont la Bourgogne Franche-Comté. Des échanges ont eu lieu à ce sujet avec l'ARS et il a été évoqué le fait que le territoire de notre CPTS puisse être concerné.

Calendrier de déploiement	Les actions auprès des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de santé se feront en amont des actions en direction de la population.
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les supports de l'Assurance maladie et du Ministère seront utilisés.</li> <li>- D'autres outils de communication seront créés, de préférence en mutualisant avec d'autres CPTS de la région travaillant sur ce thème.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	L'équipe projet travaillera en lien étroit avec les différents acteurs spécialisés (CISAI et EMA du CHRU de Besançon et régionaux : le CRATb et le CPias de Bourgogne-Franche-Comté), mais également avec l'Assurance maladie et l'ARS
Indicateurs de moyens	<p><b>Promouvoir l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) angine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Auprès des médecins et des pharmaciens</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des deux enquêtes qualitatives sur l'utilisation des TROD</li> <li>• Mise en place d'informations et de formations</li> </ul> </li> <li>- <i>Auprès des pharmaciens :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie annuelle des officines pouvant réaliser des TROD angine.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Auprès du grand public :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de campagne d'information sur l'existence du TROD angine et sur l'automédication en cas de maux de gorge</li> </ul> </li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la délivrance de TROD angine aux médecins</li> <li>- Augmentation de la réalisation de TROD angine chez les pharmaciens</li> </ul>

## B. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

### a. *Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours (fiche action n°8)*

<b>Développer l'exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	
Mission socle	Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire
Responsables de l'action	Patrick VUATTOUX
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>« <i>L'exercice coordonné des soins de premier recours permet d'organiser une meilleure prise en charge des patients en termes de prévention, d'orientation dans le système de santé, de programmation des étapes diagnostique, thérapeutique et de suivi.</i></p> <p><i>Les équipes de soins primaires traduisent un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé fédérant plusieurs professionnels de santé assurant des soins de 1<sup>er</sup> recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. L'initiative de création d'une équipe de soins primaires peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premiers recours (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, sage-femme, professionnel de la PMI). Elles peuvent prendre la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), <b>mais aussi des formes plus légères.</b></i></p> <p><i>En tant que structure de proximité, l'équipe de soins primaire favorise l'accès aux soins (...). La composition pluriprofessionnelle permet d'apporter au patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Un accès aux soins pour tous : par le maintien et/ou le renforcement de la démographie des professions de santé, et son maillage territorial ;</i></li> <li>- <i>Une fluidité du parcours de soins : préparation de l'hospitalisation en amont et en aval, suivi des pathologies chroniques ;</i></li> <li>- <i>Une plus grande qualité des prises en charge : continuité des soins, système d'information partagé ;</i></li> <li>- <i>Un meilleur développement du champ de la prévention en matière de santé publique ;</i></li> </ul> <p><i>...et de réponse à la demande des professionnels :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Travail en équipe pluriprofessionnelle, échanges de pratiques, possibilité d'exercice mixte ou à temps partiel ;</i></li> <li>- <i>Ouverture à d'autres modes de rémunération que la rémunération à l'acte (forfait, temps de salariat) ;</i></li> <li>- <i>Expérimentation et innovation dans les modes d'intervention autour du patient : protocoles de coopération, télémedecine, travail par missions »<sup>94</sup>.</i> <p><i>L'Assurance maladie précise : « La CPTS est une organisation ouverte : le nombre et le type de professionnels impliqués peut varier selon le projet et évoluer dans le temps. Elle s'appuie sur les compétences présentes sur le territoire, qui peuvent être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>tout professionnel de santé ;</i></li> </ul> </li></ul>

<sup>94</sup> ARS : l'exercice coordonné en Bourgogne Franche-Comté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/l'exercice-coordonne-en-bourgogne-franche-comte>

- une ou plusieurs structures d'exercice coordonné : **maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**, centres de santé, ou toute autre forme d'organisation pluriprofessionnelle de proximité (équipes de soins spécialisées, **équipes de soins primaires**, etc.) ;
- les établissements de santé et les hôpitaux de proximité ;
- les structures médico-sociales et sociales : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), etc. ;
- les dispositifs d'appui pour la prise en charge des cas complexes »<sup>95</sup>.

### **Diagnostic territorial**

#### **Des équipes en exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours en nombre insuffisant sur notre territoire**

La tension démographique médicale est moins forte sur le territoire de notre CPTS que sur le reste du département et de la région. Cependant des difficultés existent pour :

- trouver un médecin traitant,
- accéder à certaines spécialités.

Face à cette situation, et dans le but d'améliorer l'organisation de la prise en charge des patients, les autorités de santé encouragent l'exercice coordonné (cf. le *paragraphe précédent*).

Sur notre territoire, il existe 5 MSP et aucune équipe de soins primaires :

- La Maison de Santé Saint Claude à Besançon
- La Maison de Santé Vauban à Besançon
- La Maison de Santé des Mercureaux à Beure
- La Maison de Santé de Roche-lez-Beaupré
- La Maison de Santé de Avicenne-Grandfontaine



<sup>95</sup>CNAM : Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi ; <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

Dans le cadre du Contrat de Ville du Grand Besançon Métropole<sup>96</sup>, 5 quartiers sont prioritaires :

- Planoise (Programme National de Rénovation Urbaine d'intérêt national)
- Cité Brûlard (Programme National de Rénovation Urbaine d'intérêt régional)
- Clairs-Soleils
- Orchamps-Palente
- Montrapon

**Le quartier de Planoise** fait l'objet d'une attention spécifique en raison **d'une situation de tension particulière et qui s'est amplifiée au fil du temps**. La population de Planoise-Châteaufarine a connu une croissance démographique de +1,6% entre 2013 et 2018. En 2018, elle s'établit à 18 141 personnes, **ce qui veut dire que près d'un Bisontin sur six habite ce quartier**. Les indicateurs de précarité continuent de s'intensifier. En 2020, les ménages à bas revenus sont deux fois plus nombreux qu'en moyenne à Besançon (38,7% contre 20,1%)<sup>97</sup>. Dans ce quartier, il est fait le constat **d'un mésusage des services de santé et des soins**, avec un recours très fréquent à SOS Médecins et aux services du CHU. Par ailleurs, toutes les études concernant les publics en situation de précarité sociale montrent<sup>98</sup> que :

- ces derniers ont plus rarement que d'autres un médecin traitant,
- une des conséquences est la difficulté de s'inscrire dans un parcours de santé cohérent et souvent à un renoncement des soins (ou un mésusage).

#### **Encourager les futurs professionnels à travailler en exercice coordonné**

Par ailleurs, outre la longueur des études, il existe aujourd'hui un laps de temps important, notamment chez les médecins, entre la fin de leurs études et l'installation effective. D'après une enquête réalisée en 2018 par le Bureau de l'Intersyndicale nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (Isnar-IMG), près des 2/3 (65%) n'envisagent pas de s'installer dans les trois ans suivant la fin de leur internat. En revanche, 95,5% des internes en dernière année ou diplômés thésés interrogés plébiscitent des projets d'exercice pluriprofessionnel<sup>99</sup> (cf. également la fiche action « équipe de soins primaires »).

Un échange avec **le Président du Syndicat des Résidents Comtois et Internes de Médecine Générale** a permis de mieux approcher les projets envisagés par ces internes, concernant leur avenir. Ces futurs professionnels ont certes une vision différente par rapport à leurs aînés de leur activité médicale à venir et ils ont des perspectives intéressantes. Elles pourraient être résumées de la façon suivante :

- Un certain nombre d'entre eux envisagent **une activité mixte**, c'est-à-dire pour partie en cabinet de ville, pour partie en établissement.
- Nombre de ces futurs médecins réfléchissent à une installation sur Besançon ou dans sa périphérie, une pratique en zone rurale n'est pas exclue, sous réserve qu'elle puisse se faire dans **une organisation pluriprofessionnelle** de type maison ou centre de santé. Dans tous les cas, cette modalité d'exercice est plébiscitée, avec pour certains le souhait d'un salariat.

<sup>96</sup>Le Contrat de Ville de Grand Besançon Métropole : <https://www.grandbesancon.fr/infos-pratiques/citoyennete/le-contrat-de-ville-de-grand-besancon-metropole/>

<sup>97</sup>Observatoire socio-urbain –Parie II : les quartiers bisontins – Février 2022 : [https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2022/03/2\\_ABS-2021\\_AUDABFichesQuartiers-.pdf](https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2022/03/2_ABS-2021_AUDABFichesQuartiers-.pdf)

<sup>98</sup>Médecins du monde : Rapport 2022 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins ; [https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022\\_SYNTHESE\\_WEB\\_PLANCHES\\_OK2-1.pdf](https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_SYNTHESE_WEB_PLANCHES_OK2-1.pdf)

<sup>99</sup> Enquête de l'ISNAR-IMG : Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS – Janvier 2020 ; <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Documents-ISNAR-IMG.pdf>

	<p>- Enfin, la pratique dans des <b>quartiers « politique de la ville »</b> a été abordée, avec la dimension sociale à prendre en compte. D'après le Président des internes, ce n'est pas une difficulté majeure, bien au contraire. Cette composante sociale et les liens à établir avec des professionnels de ce secteur (assistant.e.s et travailleurs sociaux) donnent au contraire de l'intérêt à une pratique médicale qu'ils souhaitent largement pluriprofessionnelle.</p> <p>Aujourd'hui à Besançon, <b>deux initiatives existent</b> pour faciliter le travail en équipe pluriprofessionnelle, une facilitation à l'installation et une ouverture vers les questions médico-sociales ou sociales :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. D'après le Président des internes le goût de « <b>travailler ensemble</b> » a été stimulé par des séminaires organisés à Besançon depuis plusieurs années lors de la formation initiale des internes de médecine générale et d'autres futurs professionnels<sup>100</sup>.</li> <li>2. La FeMaSCO propose un séminaire intitulé « <b>Incubateur d'installation en médecine générale : deux jours pour s'installer</b> »<sup>101</sup>. Il concerne uniquement les internes en médecine générale, les remplaçants, les jeunes diplômés médecins en réflexion...</li> </ol> <p><b>En conclusion</b>, il est important à la fois de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser la constitution d'équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours, car elles sont encore trop peu nombreuses sur notre territoire,</li> <li>- accompagner les jeunes professionnels des champs de la santé, du médico-social et du social afin de faciliter une installation ou une prise de fonction précoce, pluriprofessionnelle et coordonnée.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population habitant sur le territoire de Besançon &amp; Métropole qui ne bénéficie pas actuellement dans son quartier ou sur son bassin de proximité d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>- Les étudiants de l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et de l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC).</li> </ul>
Objectif	<p>L'objectif général est de favoriser la constitution d'au moins une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours dans chaque quartier ou bassin de proximité qui ne bénéficie pas actuellement de cette offre et de cette organisation, en s'appuyant sur les professionnels en activité dans ces territoires et les jeunes/futurs professionnels en cours de formation.</p>
Tâches opérationnelles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>La constitution des équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours</b></li> </ol> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>La constitution d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours se fera dans chaque quartier ou bassin de proximité en s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>la méthodologie décrite dans le Guide d'accompagnement des projets de santé des équipes de soins primaires pour la Bourgogne Franche-Comté (ARS)</b><sup>102</sup>,</li> <li>- l'expérience des personnes ressources du territoire ayant contribué à mettre en place des équipes coordonnées de soin de 1<sup>er</sup> recours sous la forme d'une maison de santé.</li> </ul> <p><b>Certains points de vigilance</b> seront à respecter :</p>

<sup>100</sup> Françoise Annézo, Florence Chauvin : Apprendre à travailler ensemble en formation initiale; Afdet/Santé éducation : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21555.pdf>

<sup>101</sup> Femasco : séminaire « Incubateur d'installation en médecine générale : deux jours pour s'installer » <https://femasco-bfc.fr/actualites/actu-federations/1621-seminaire-incubateur-22-23.html>

<sup>102</sup> Guide d'accompagnement des projets de santé des équipes de soins primaires pour la Bourgogne Franche-Comté – ARS Bourgogne Franche-Comté Edition 2019 ; file:///C:/Users/Univ%C3%A9t%C3%A9/Downloads/Guide%20accompagnement\_Projet-sant%C3%A9\_Equipe-soins-primaires\_oct19\_0-1.pdf

- La réalisation pour chaque quartier et bassin de proximité **d'un diagnostic à la fois quantitatif et qualitatif**.
- Le fait **d'associer de façon étroite les professionnels de santé, mais également tous les acteurs concernés** pour que la dynamique s'appuie sur les forces vives de chaque territoire (quartier/bassin de proximité).
- De ne pas considérer que **le bâti** soit la priorité, mais **le projet de santé** pour chaque équipe de soins primaires en cours de constitution.
- Faire le lien avec **des jeunes professionnels de santé, du médico-social et du social** en cours de formation ou sortant de l'UFR santé ou des instituts concernés implantés sur notre territoire.

## 2. Accompagner les jeunes professionnels

Les tâches décrites ci-après visent à :

- renforcer **les deux dispositifs existants** : séminaires « travailler ensemble » et « incubateur d'installation »,
- **élargir ces dispositifs** en place ou à venir, qui aujourd'hui sont principalement centrés sur les médecins, **aux autres professionnels de santé et aux professions du médico-social et du social**, dans une vision plus globale des pratiques pluriprofessionnelles,
- mettre en œuvre **un accompagnement sur la durée** avant et après la fin des études avec une notion de **tutorat** entre les jeunes professionnels et professionnels en activité de notre Communauté ; pour les futurs généralistes, la recherche des tuteurs pourra se faire en lien avec la perspective d'une 4<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale et la nécessité d'avoir de nouveaux maîtres de stage afin de les encadrer ; dans ce contexte, la priorité sera donnée aux quartiers « politique de la ville » de la CPTS où les projets d'Equipes de soins primaires/Maisons de santé pluriprofessionnels seront particulièrement soutenus.

### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

Il est proposé de :

- Constituer **une Cellule de suivi et d'aide au sein de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole** pour les étudiants en fin de parcours universitaire :
  - Cette cellule veillera à la mise en place et au suivi des groupes de jeunes professionnels de santé, du médico-social et du social encore en formation pour préparer concrètement leur installation ou leur prise de fonction en équipe pluriprofessionnelle sur notre territoire.
  - Le lien avec le terrain (l'existant) est un élément indispensable pour la bonne installation à venir. Elle se fera à travers **la notion de tutorat** avec les professionnels de notre CPTS.
- Elaborer **un nouveau module d'enseignement**, sous la forme de séminaire pluri professionnel, dont le contenu sera adapté aux réalités de l'évolution de l'organisation de l'offre de santé : nouveaux métiers, nouvelles compétences, équipes coordonnées...
- **Rendre ce module systématique** dans les Unités d'enseignement rattachées à l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et à l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC).
- Travailler avec les deux équipes pédagogiques qui pilotent actuellement **les deux séminaires** (« travailler ensemble » et « incubateur d'installation ») afin de mettre l'accent sur les **possibilités d'installation rapide et d'accompagnement par un tuteur** sur notre territoire.



Calendrier de déploiement	<p><b>1 La constitution des équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours</b> Les chantiers se mettront en place progressivement avec une priorité donnée aux quartiers « politique de la ville » et/ou l'émergence d'un travail collaboratif entre professionnels de santé est naissante.</p> <p><b>2 Accompagner les jeunes professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif sera mis en place au cours de l'année 2024.</li> <li>- Il sera déployé tout au long de la période couverte par l'ACI.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<p>La méthodologie de projet sera mise en œuvre en s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le guide ARS</li> <li>- L'expérience des équipes des MSP déjà implantées sur le territoire</li> <li>- Les compétences de la Région Bourgogne Franche-Comté en matière d'aménagement du territoire.</li> </ul> <p>Ils relèveront de composantes à dimensions principalement pédagogiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration du contenu du nouveau séminaire, son animation et son intégration dans les différentes maquettes pédagogiques actuelles des enseignements.</li> <li>- La mise en place du cadre d'accompagnement par les tuteurs des jeunes professionnels.</li> <li>- L'adaptation des maquettes pédagogiques des deux séminaires déjà existants (« travailler ensemble » et « incubateur d'installation »).</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé des différents quartiers et bassins de proximité exerçant dans un quartier ou un bassin de proximité qui ne bénéficient pas actuellement d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>- Principalement les équipes d'enseignants de ces organismes de formation, mais également les professionnels en activité susceptibles d'accompagner ces publics (tuteurs).</li> <li>- L'équipe de la CPTS pilotera ces chantiers en lien étroit avec la FeMaSCo, l'ARS, la CPAM, la Région de Franche-Comté et la Direction hygiène santé de la Ville de Besançon. Une équipe projet sera constituée à cet effet.</li> <li>- L'équipe de la CPTS pilotera ce chantier en lien étroit avec les enseignants de l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et de l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC), ainsi que la FeMaSCo, le CCAS, en concertation avec la Région de Franche-Comté et l'ARS dans le cadre de leurs compétences respectives sur ces sujets de formation.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	Mise en place d'équipes de soins de premier recours dans un quartier bisontin et dans un bassin de proximité du Grand Besançon
Indicateurs de résultat	

### 3. Les missions qui seront développées durant les 5 prochaines années

#### A. Perspectives globales

Nos missions s'inscrivent dans les valeurs et les orientations portées par notre CPTS et son logo : **solidarité, innovation et participation.**

Nous les déploierons autour de **plusieurs orientations structurantes** dont certaines sont présentées dans l'introduction de ce document :

- **Les publics vulnérables** constituent pour notre communauté un public prioritaire, que cela soit pour des raisons médicales (sujets âgés ou en situation de handicap, personnes souffrant de maladies chroniques) ou sociales.
- **L'implication des usagers de la santé** est pour nous une composante essentielle et une force pour

la démocratie en santé.

- **La promotion de la santé et la prévention** doivent porter et apporter la santé et le bien-être tels que définis par l’OMS, avec une vision positive non culpabilisante. Elle ne peut pas être uniquement centrée sur les maladies et ses facteurs de risque.

**Sur un plan plus stratégique et organisationnel :**

- Il est important de rappeler que **la CPTS n’est pas un offreur de soins**, mais qu’elle a **une mission de coordination**, avec un point de vigilance essentiel : **ne pas ajouter de la complexité à la complexité**. Si l’on souhaite que les professionnels et les usagers s’engagent à nos côtés et donc bénéficient pleinement des actions mises en place par notre communauté, n’ajoutons pas de la coordination à la coordination. **Notre but est de fluidifier les parcours et d’en faciliter la lisibilité et l’accessibilité pour tous.**
- **L’exercice coordonné de proximité et pluriprofessionnel** est une dimension clef. Il doit installer sur la durée une offre de santé et de soin répondant aux enjeux actuels et permettre une nécessaire innovation organisationnelle.
- Un de nos atouts majeurs est d’avoir sur le même territoire un Contrat local de santé (CLS). **CPTS et CLS sont deux éléments structurants et cohérents de la politique de santé**. Agir avec un souci d’équité dans les 68 communes du Grand Besançon est un défi, mais également une nécessité. Il nous faut impliquer en proximité tous les acteurs et répondre aux besoins différenciés des habitants de secteurs géographiques divers (urbain, semi-urbain et rural).
- Enfin, nous avons la conviction que **l’amélioration de l’offre de santé ne peut pas être compartimentée et segmentée** entre la ville et l’hôpital, le médical et le social ou le médico-social, le soin et la promotion de la santé/prévention, les professionnels, les élus et les usagers, l’administration et l’associatif... C’est la raison pour laquelle la composition de notre Conseil d’administration est plurielle et que toutes nos actions mobilisent toujours des acteurs et des compétences aussi diversifiés qu’essentiels.

**B. Perspectives spécifiques par rapport aux huit fiches actions**

<b>Les soins non programmés</b>	La mise en place du Service d’accès aux soins (SAS) devrait intervenir dans les prochains mois. Il nécessitera un ajustement du dispositif actuel.
<b>Le médecin traitant</b>	Cette fiche action aborde la question du parcours des personnes fréquentant les structures d’addictologie et celles qui vont dans les Centres médico-psychologiques. Il sera important dans le futur, comme le demandent actuellement ces structures, d’élaborer deux fiches actions distinctes et complémentaires sur les parcours complexes de ces publics fragiles.
<b>Insuffisance cardiaque (IC) et personnes âgées</b>	La fiche action aborde actuellement le repérage très en amont de l’IC. L’organisation et la prise en charge des parcours de ces patients font l’objet actuellement d’une organisation bien structurée. La CPTS pourra participer au renforcement de ce parcours et au développement de la dimension « Education thérapeutique du patient ».

<b>Entrée et sortie d'hospitalisation des personnes âgées</b>	Aujourd'hui, les deux premières « sous actions » de la fiche action visent d'abord à identifier et faire connaître les multiples dispositifs existants, et ensuite mettre en place un accompagnement pour « des cas simples » d'entrée et de sortie d'hospitalisation. Par ailleurs, il sera important de prendre en compte les publics ayant de nombreux points de rupture (forte fragilité, grande dépendance, isolement, pathologie lourde...) pour se mobiliser sur l'ensemble du parcours de ces personnes âgées et apporter une réponse adaptée.
<b>Dépistage du cancer colorectal</b>	Les deux autres dépistages (sein et col) devront être pris en compte et certainement nécessiter de la part de notre CPTS une mobilisation.
<b>Crises sanitaires</b>	Un travail sera indispensable avec l'ARS pour préciser la fiche action actuelle et au fil du temps l'actualiser.
<b>Bon usage des antibiotiques</b>	La fiche action s'est centrée sur les TROD angine. Dans le futur, des actions complémentaires seront développées en cohérence avec les politiques portées par l'Etat (ARS) et l'Assurance maladie (CPAM), adaptées à la réalité de notre territoire.
<b>Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	L'essaimage de ce type d'organisation dans les quartiers et bassins de proximité devra être poursuivi tout au long des 5 ans.

C. Deux axes transversaux à déployer à travers toutes les fiches actions : promotion de la santé/prévention et Mon espace santé/ e-santé

Deux ateliers et deux groupes de travail se sont réunis sur ces sujets et ont formulé des 1<sup>ers</sup> constats, objectifs et préconisations. Ce sont des points de départ pour engager des projets à la suite de la signature de l'ACI.

*a. Promotion de la santé/prévention*

*Constats*

Globalement, il y a sur notre territoire beaucoup d'initiatives de promotion de la santé/prévention, souvent pertinentes, mais qui dans les quartiers et les bassins de proximité n'associent pas suffisamment les professionnels de santé de ces différents secteurs géographiques.

Il y a aussi le souci de rejoindre non seulement les populations de Besançon intramuros, où il existe déjà une offre de prévention importante, mais également les habitants des communes périphériques. Les enjeux sont donc différents :

- Nous faisons le constat qu'à Besançon, si les initiatives sont nombreuses, il s'agit (entre autres) de les faire connaître.
- Sur les communes périphériques, le constat est plus nuancé, les acteurs/actions de promotion de

la santé/prévention sont parfois moins présents et/ou les habitants rencontrent des freins de mobilité pour y accéder.

### Objectif

Un des objectifs initiaux est de mettre en place dans les quartiers et les bassins de proximité des rencontres pour développer sur des thèmes de santé « *une alliance de prévention* » entre les professionnels et la population, avec le souci de rejoindre les publics les plus défavorisés afin de ne pas creuser les inégalités sociales de santé, mais bien au contraire de les réduire (universalisme proportionné).

### Proposition

Comme évoqué précédemment, les initiatives ci-après seront concertées avec les promoteurs du CLS. Par ailleurs, la CPTS s'attachera à les faire connaître auprès des professionnels de santé et à encourager leur implication.

Plusieurs propositions non hiérarchisées se dégagent :

- Travailler de façon prioritaire sur **les fiches actions actuelles qui ont une forte composante prévention** comme le dépistage du cancer colorectal, l'antibiothérapie et l'insuffisance cardiaque (ETP), mais aussi d'autres fiches pour lesquelles la composante éducative est importante. C'est le cas des soins non programmés autour « du bon usage des soins ».
- Profiter de l'enquête qui se fera sur le médecin traitant et les soins non programmés pour interroger les médecins, afin de savoir, d'après eux et sur leurs secteurs, **les priorités en matière de promotion de la santé et prévention**. Elle pourra être complétée par des enquêtes auprès des autres professionnels de santé. Des enquêtes « miroirs » pourront également avoir lieu sur les mêmes territoires en direction des habitants.
- **Favoriser des initiatives de terrain à priori prometteuses ou prioritaires** comme dans les quartiers politiques de la ville (nombreux acteurs mobilisables) et les territoires où il y a une maison de santé (équipes pluriprofessionnelles dont nombre d'entre elles sont déjà engagées dans la prévention). Parmi les acteurs mobilisables de ces quartiers, il est important d'associer les comités consultatifs des habitants (CCH) qui existent sur Besançon. Par ailleurs, il est nécessaire de préciser que les besoins ne sont pas identiques d'un bassin de proximité à l'autre (par exemple sur Planoise et Palente qu'aux Montboucons ou à Bregille...)
- Ne pas négliger, bien au contraire, **les secteurs géographiques**, notamment en périphérie de Besançon, **sans dynamique** concertée de santé particulière, mais où la prévention peut constituer une approche d'amorçage, par exemple en s'appuyant sur un professionnel motivé ou un projet fédérateur.
- Profiter des impulsions locales autour de la prévention pour fédérer les professionnels concernés autour d'une action de prévention et les encourager grâce à ce levier à développer **un exercice pluriprofessionnel coordonné** (possibilité qui rejoint l'objectif d'une des fiches actions sur l'exercice coordonné).
- Envisager de développer **des formations** sur la promotion de la santé/prévention destinées aux professionnels de santé, pour que ces derniers puissent acquérir une compétence dans ce domaine. Afin de leur donner l'envie de participer à ces formations, elles pourraient être rattachées à un projet de promotion de la santé et de prévention très concret.
- Enfin, des liens pourraient être faits avec **les institutions de formation** des étudiants en santé pour impliquer par exemple les étudiants du service sanitaire (possibilité qui rejoindrait également l'objectif d'une des fiches actions sur l'exercice coordonné). Il pourra en être de même pour l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (Irts).

## *b. Mon Espace Santé/e-santé*

### *Constat*

Aujourd'hui, les professionnels de santé ont de la difficulté à développer les usages de certains outils numériques, ce qui est un frein au développement d'activités qui seraient facilitées par cet usage.

Par ailleurs, il existe un certain scepticisme, à la fois des professionnels et de la population, face aux tentatives successives de déploiement du numérique en santé qui malheureusement, pour beaucoup d'entre elles, ont été un échec.

Le Ségur du numérique a donné quelques espoirs que nous souhaiterions concrétiser dans notre CPTS. Dans ce but, il est utile d'accompagner et d'amplifier en proximité les dynamiques actuelles portées par l'Assurance maladie, l'ARS et le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS).

### *Objectif*

Il porte essentiellement sur le développement de l'usage et donc de l'appropriation de certains de ces outils numériques par les professionnels de santé et la population, dans le but d'améliorer l'offre de santé et de soin sur notre territoire.

### *Propositions*

Elles concernent essentiellement deux axes :

- mettre à disposition des professionnels de santé du territoire un outil numérique de communication et de partage d'informations,
- faciliter l'usage de « Mon Espace Santé » et de son DMP.

Sur le premier sujet « **communication entre professionnels** ».

L'utilisation de Globule est la recommandation la plus consensuelle, d'autant plus que les professionnels actuellement utilisateurs en sont plutôt satisfaits et qu'il ne sera pas possible de continuer à utiliser des outils de communication non sécurisés comme WhatsApp. Si Globule a un lien avec eTICSS, l'usage d'eTICSS n'est pas une condition pour se servir de Globule.

Concernant **Mon Espace Santé et les logiciels métiers** :

- la priorité est de s'adresser aux professionnels santé,
- mais également (dans un deuxième temps) à la population

**Pour les professionnels de santé :**

- organiser des réunions/ateliers d'information sur le numérique santé orientés « pratico-pratique » : qu'apportent les décisions en cours de déploiement dans l'amélioration de notre système de santé ? qu'est-ce que cela change concrètement dans ma pratique quotidienne (tout de suite et dans l'avenir) ? ; ces réunions peuvent s'organiser en distanciel et/ou en présentiel (si c'est en présentiel, cela pourrait se faire par territoire dans les quartiers ou les bassins de proximité) ;
- avoir dans l'équipe de la CPTS une personne qui puisse apporter un appui technique et pratique au sein des cabinets, en complément des démarches effectuées actuellement par l'Assurance maladie ou les éditeurs ;
- constituer un annuaire des médecins référents pour chaque logiciel présent sur la CPTS et faciliter une aide par les pairs (un professionnel qui maîtrise un logiciel aide un confrère).

**Pour la population :**

- une démarche d'accompagnement est aussi nécessaire car c'est le patient qui ouvre son Espace santé,
- il faudra en définir la forme en lien avec l'Assurance maladie.

**La télé expertise pour améliorer l'accès au second recours**

L'accès aux médecins spécialistes est aujourd'hui une vraie problématique, non seulement pour les médecins spécialistes en médecine générale (médecin traitant), mais également dans la plupart des autres spécialités. Dans le but de faire évoluer favorablement cette situation, des solutions s'appuyant sur la télé expertise sont en cours de déploiement au niveau du CHRU avec le soutien de l'ARS. L'objectif de la CPTS sera de mobiliser les spécialistes de ville autour de ces solutions (*cf. par exemple la fiche action dépistage des cancers colorectaux et les gastroentérologues*) et de faire connaître les solutions proposées (*cf. par exemple la fiche action sur l'antibiothérapie et les infectiologues*).

**D. Autres**

**a. Prévention du Sur-Handicap dans les 1000 premiers jours**

Une équipe de pédiatres libéraux (pilote : Pascale Vurpillat) en lien avec de nombreux autres acteurs institutionnels ou associatifs de la petite enfance propose ce programme dont l'objectif principal et les objectifs secondaires sont les suivants :

*Objectif principal :*

Promouvoir une action de prévention initiée par les professionnels de santé pour améliorer la qualité de vie des femmes enceintes et des jeunes enfants en favorisant l'activité physique, la sensori-motricité et la nutrition saine.

*Objectifs secondaires :*

- Permettre aux professionnels de santé de mieux repérer les situations à potentiel handicapant pour mettre en place précocement des interventions de remédiation et les coordonner.
- Mettre à disposition de l'enfant en situation de précarité, vulnérabilité ou handicap des ressources adaptées à un bon développement par un accueil en crèche, une alimentation saine et des explorations sensori-motrices adaptées à l'âge.
- Proposer un accompagnement à la parentalité dans un cadre transculturel.

*La CPTS, lorsqu'elle sera en place, pourra poursuivre le dialogue avec cette équipe pour préciser l'implication de notre communauté dans ce programme important pour la santé et la prise en charge de cette population.*

**b. Autres thématiques**

Elles pourront être traitées dans les 5 ans à venir en fonction de l'évolution de l'offre de soin (par exemple l'accès direct à certains protocoles), des sujets liés à la pertinence des soins (par exemple la iatrogénie médicamenteuse) ou encore à l'attractivité du territoire (bien-être des soignants).

## 4. Autres actions hors du champs de l'ACI CPTS

### A. Projet de l'Institut de la vulnérabilité

Dans le cadre de ce projet, et de l'article 51, il est proposé la création d'une consultation des vulnérabilités qui serait dirigée vers l'évaluation des différents champs de la vulnérabilité d'une personne dont l'indépendance et/ou l'autonomie est ou peut être altérée du fait de la maladie ou d'une intervention médicale. L'idée est d'expérimenter une évaluation de la vulnérabilité, suivie d'une analyse et d'un diagnostic, pour orienter ensuite la personne dans son environnement personnel et professionnel avec une prise en soin et un accompagnement personnalisé. Cette intervention est à penser dans le réseau de proximité autour du lieu de vie et de soins de la personne. Tout le projet se construirait alors autour d'une approche en trois temps :

- Une consultation interprofessionnelle et/ou interdisciplinaire de la personne directement après le stade aigu de la maladie.
- Un suivi, ne prenant pas nécessairement la forme d'un suivi en présentiel, mais plutôt d'une mise en lien et d'une mise en réseau avec/entre les professionnels de santé, les acteurs sociaux et les représentants des usagers intervenant à proximité du lieu de vie de la personne.
- Une évaluation de l'impact de cette prise en soins et de cet accompagnement personnalisé.

*La CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole a été sollicitée par l'équipe promotrice (responsable Régis Aubry) pour participer à cette expérimentation.*

### B. Création d'un poste innovant en médiation de la santé sur le quartier de Planoise

La Préfecture du Doubs, en lien étroit avec l'ARS et de nombreux autres partenaires, souhaite développer sur le quartier de Planoise **un Pacte pour l'émancipation des jeunes**. Quatre axes d'actions ont été proposés dont un porte sur l'accès à la santé.

De son côté le Conseil local d'appui à la santé publique (CLASP) a préconisé « *d'adopter pour le quartier de Planoise un projet de santé spécifique avec des réponses urgentes et structurantes en matière d'offre de santé* » avec deux orientations fortes :

- mettre en place une maison de santé participative (dispositif en cours de déploiement – Ministère de la santé et de la prévention)<sup>103</sup>
- avoir sur ce quartier un médiateur en santé

La création de ce poste permettrait de répondre à plusieurs problématiques spécifiques rencontrées sur le quartier de Planoise :

- contribuer à lutter contre les inégalités de santé des personnes vulnérables, et plus particulièrement les habitants du quartier de Planoise ;
- favoriser le « mieux vivre ensemble » entre les habitants du quartier de Planoise et leur environnement au sens large ;
- faciliter les échanges et (r)établir le dialogue entre les personnes et les institutions.

Le médiateur en santé est un poste clé à plusieurs titres :

- d'une part, il fait le lien entre le soin et l'accompagnement social afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins pour les habitants d'un quartier prioritaire ;

---

<sup>103</sup>Ministère de la santé et de la prévention : Maisons et centres de santé « participatifs » ; [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp\\_centres\\_et\\_maisons\\_de\\_sante\\_participatifs\\_20220131.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_centres_et_maisons_de_sante_participatifs_20220131.pdf)

- d'autre part, il sensibilise les acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. La Haute Autorité de santé (HAS) a d'ailleurs élaboré un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la médiation en santé<sup>104</sup>.

*La CPTS a été sollicitée pour être partie prenante de cette mobilisation sur Planoise, notamment par l'ARS.*

## IV. Organisation et fonctionnement de la CPTS

### 1. Fonctionnement de la CPTS

La CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est une association loi 1901. Elle est composée actuellement d'un Conseil d'Administration (CA), d'un Bureau et d'une équipe de coordination.

#### A. Rôle des instances décisionnelles

Le CA et le Bureau sont les organes décisionnels de la CPTS CaPacITÉS B&M. Ensemble, ils superviseront la mise en place des actions prévues dans le projet de santé.

Le Conseil d'Administration dispose des pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances.

Le Bureau quant à lui, assure la gestion des affaires courantes et la coordination des actions en lien avec les référents de chaque action. Il est composé de 8 membres pluriprofessionnels, reflétant la volonté de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole de représenter chaque collège d'adhérents. Il se réunit une fois par mois pour discuter de la stratégie opérationnelle de l'association.

Pour plus de précisions sur le rôle et les fonctions du CA et du Bureau, **les statuts constitutifs de l'association sont disponibles en annexe.**

La mise en application des actions du projet de santé est et sera effectuée par l'équipe de la CPTS.

#### B. Rôle et missions l'équipe

L'équipe travaille et travaillera en lien étroit avec le Bureau. Elle sera constituée de personnes salariées de l'association à temps partiel ou mi-temps en fonction des missions, sous la responsabilité d'un.e coordinateur.ice (*fiche de poste consultable en annexe*).

Les tâches du coordinateur sont multiples :

- Mise en œuvre du projet de santé
- Suivi du projet de santé et évaluation
- Pilotage de l'équipe
- Suivi administratif de l'association.
- Rencontre avec les acteurs de santé du territoire

---

<sup>104</sup>HAS : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ; [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins)



- Gestion de la communication autour de l'association

### C. Démarche d'élaboration du projet dans une dynamique d'inclusion et d'ouverture

Après une première élaboration de deux lettres d'intention pour deux secteurs géographiques de Besançon et Grand Besançon Métropole, la CPAM et l'ARS ont demandé aux promoteurs de rédiger une seule lettre d'intention pour tout le territoire. Cette demande a conduit la Communauté Bisontine Pluriprofessionnelle de Santé (CBPPS) à réunir le 15 novembre 2021 les acteurs concernés lors d'une rencontre de travail pour élaborer les grandes orientations de la future CPTS. A l'issue de cette rencontre, une nouvelle lettre d'intention a donc été rédigée et validée par l'ARS et la CPAM le 31 mars 2022<sup>105</sup>. La CBPPS s'est alors transformée en CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole et plusieurs réunions de travail et/ou rencontres avec les professionnels de santé se sont tenues :

- le 14 juin 2022 à Besançon (réunion de travail par groupes)
- le 29 septembre 2022 à Thise (rencontre)
- le 6 octobre 2022 à Saint-Vit, (rencontre)
- le 13 octobre 2022 à Saône, (rencontre)
- le 20 octobre 2022 à Châtillon-le-Duc, (rencontre)
- le 15 novembre 2022 à Besançon. (réunion de travail par groupe)

En plus des réunions de présentation de la CPTS organisées dans le Grand Besançon, l'équipe a également participé au Forum Santé organisé par le CLS et la ville de Besançon. Ces échanges ont permis de rencontrer des professionnels qui ne connaissaient pas le concept d'une CPTS.

Par ailleurs, de nombreuses réunions se sont tenues avec, d'une part, le bureau et l'équipe de coordination, et d'autre part, différents acteurs (à leur demande ou à celle de la CPTS), comme sur l'antibiothérapie, la e-santé et la télémédecine, les addictions, la Ville de Besançon (Direction Hygiène Santé, CCAS...), le CHRU (Direction, différents services), élus, l'ACORELI, les autres CPTS...

Deux groupes de travail transversaux sont en cours de constitution :

- l'un sur la e-santé et « Mon Espace santé »,
- l'autre concerne la promotion de la santé et la prévention.

Enfin, il est important de préciser que la particularité de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est sa volonté d'inclusion de chaque acteur de santé, notamment les usagers.

**Au total**, ces différentes rencontres ont permis et permettront dans l'avenir d'établir et d'approfondir les problématiques de santé rencontrées sur le territoire par les acteurs et d'envisager des pistes de solutions. Ainsi, les différentes fiches actions présentées précédemment résultent des réflexions instaurées durant ces réunions et rencontres.

<sup>105</sup> La validation par l'ARS de la lettre d'intention se trouvent en annexe du présent document.

## D. Communication et fonctionnement opérationnel

Afin de mobiliser le maximum de professionnels de santé du territoire, la communication est passée par la création d'un logo et l'envoi d'une newsletter informant régulièrement les acteurs du territoire des différents rendez-vous et avancées de la CPTS. L'ARS et la CPAM ont été des relais essentiels pour nos invitations auprès des acteurs du territoire.

La communication s'est faite également à travers un groupe WhatsApp de professionnels de santé de Besançon, initié lors de la crise de la Covid 19. Cet outil sera transformé pour être étendu à tous les adhérents de la CPTS et sécurisé. Un site internet, une adresse mail et un numéro de téléphone de contact seront mis en place dans les prochains mois.

### 2. Les professionnels de santé adhérents de la CPTS

Professionnels et organisations de santé	Nombre et/ou pourcentage de professionnels ayant adhéré à la CPTS	Nombre et/ou pourcentage de professionnels participant à la gouvernance
Médecin généraliste	59 (33,7%)	1 (7,7%)
Médecins spécialistes	16 (9,1%)	
Infirmiers	22 (12,6%)	3 (23,1%)
Pharmacie	36 (20,6%)	2 (15,4%)
Masseurs-kinésithérapeutes	5 (2,9%)	
Laboratoire	2 (1,1%)	1 (7,7%)
Orthophonistes	5 (2,9%)	
Opticiens	1 (0,6%)	
Psychologues	1 (0,6%)	
Ostéopathe	1 (0,6%)	
Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)	5 (2,9%)	1 (7,7%)
Cliniques	2 (1,1%)	1 (7,7%)
Centre de Soins	1 (0,6%)	
CHRU	1 (0,6%)	2 (15,4%)
Usagers	2 (1,1%)	1 (7,7%)
DAC	1 (0,6%)	
EHPAD	2 (1,1%)	
Etudiant IPA (promotion 2021-2023)	1 (une adhésion pour toute la promotion) (0,6%)	
Associations	9 (5,1%)	1 (7,7%)
Mutualité Française Comtoise	2 (1,1%)	
PMI	1 (0,6%)	

La liste des adhérents à la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole est plutôt variée. Cependant, il y a certaines professions que nous ne parvenons pas pour l'instant à mobiliser :

- les chirurgiens-dentistes,
- les sages-femmes,
- les radiologues,

- les podologues,
- les diététiciens...

De prochaines réunions d'information seront organisées pour rencontrer ces professionnels.

### 3. Liste des services/ établissements partenaires de la CPTS

Service/Etablissement	Nom du représentant	Localisation	Partenariat formalisé (oui/non)	Participation à la gouvernance (Oui/non)
CHRU de Besançon	Emmanuelle PIDOUX	Besançon		Oui
Clinique Saint-Vincent	Aline BONDY/ Jean-Pierre VERDOT	Besançon		Oui
de Polyclinique Franche-Comté		Besançon		Oui
Laboratoire CBM25	Marie Carole PAOLINI	Besançon		Oui
Laboratoire LPA	Mathilde LUGAND	Besançon		Non
Contrat Locale de Santé	Stéphanie THOMAS	Besançon	En cours	Non
CCAS de Besançon	Alban SUCARROS	Besançon		Non
CH Novillars	Florent FOUCARD	Novillars		oui
Groupement d'Addictologie Franche-Comté	Morgane JACQUOT NOUREDDINE/Julien BOUVRET	Dole	En cours	Non
DAC	Laure BORNOT	Besançon		Non

## Annexes

### 1. Annexe 1 : liste des communes du territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole

**2. Tableau I**

COMMUNES	CODE Commune	Population	Particularité du territoire (QPV, ZIP, ZAC)
Amagney	25014	929	
Audeux	25030	430	
Avanne-Aveney	25036	2 227	
Besançon	25056	117 912	5 Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)
Beure	25058	1 345	
Bonnay	25073	830	
Boussières	25084	1 166	
Braillans	25086	210	
Busy	25103	636	
Byans-sur-Doubs	25105	588	Zone d'Aménagement Concerté (ZAC)
Chalezeule	25112	1 312	
Chalèze	25111	362	
Champagney	25115	279	
Champoux	25117	91	
Champvans-les-Moulins	25119	235	
Chaucenne	25136	502	
Chemaudin et Vaux	25147	2 021	
Chevroz	25153	132	
Châtillon-le-Duc	25133	2 023	
Cussey-sur-l'Ognon	25186	1 044	
Dannemarie-sur-Crète	25195	1 522	ZAC
Deluz	25197	616	
Devecey	25200	1 379	
Ecole-Valentin	25212	2 633	

Fontain	25245	1 251	
François	25258	2 295	
Geneuille	25265	1 317	
Gennes	25267	682	
Grandfontaine	25287	1 771	
La Chevillotte	25152	158	
La Vèze	25611	478	
Larnod	25328	786	
Le Gratteris	25297	169	
Les Auxons	25035	2 515	
Mamirolle	25364	1 795	
Marchaux-Chaufontaine	25368	1 479	
Mazerolles-le-Salin	25371	211	
Miserey-Salines	25381	2 555	
Montfaucon	25395	1 570	
Montferrand-le-Château	25397	2 180	
Morre	25410	1 342	
Mérey-Vieilley	25376	154	
Nancray	25418	1 259	
Noironte	25427	394	
Novillars	25429	1 497	
Osselle-Routelle	25438	956	ZAC
Palise	25444	141	ZAC
Pelousey	25448	1 526	
Pirey	25454	2 127	
Pouilley-Français	25466	828	ZAC
Pouilley-les-Vignes	25476	1 982	
Pugey	25473	731	
Rancenay	25495	396	
Roche-lez-Beaupré	25495	2 157	
Roset-Fluans	25502	546	ZAC
Saint-Vit	25527	4 922	ZAC

Saône	25532	3 231	
Serre-les-Sapins	25542	1 764	
Tallenay	25557	425	
Thise	25560	3 020	
Thoraise	25561	348	
Torpes	25564	1 019	
Vaire	25575	807	
Vesmes-Essarts	25594	352	ZAC
Venise	25598	522	
Vieilley	25612	692	
Villars-Saint-Georges	25616	280	ZAC
Vorges-les-Pins	25631	601	
<b>Total</b>	<b>68 communes</b>	<b>195 745 habitants</b>	<b>10 sur 68</b>

3. Données INSEE (MAJ 2022- Recensement 2019)

#### 4. Annexe 2 : PV Assemblée Générale Constitutive



### Compte rendu de l'assemblée générale ordinaire de CaPaCiTÉS bisontines du 28 juin 2022

Association CaPaCiTÉS bisontines

57 Rue des Fluttes-Agasses, 25000 Besançon

[cptsnebesancon@gmail.com](mailto:cptsnebesancon@gmail.com)

#### **Ordre du jour :**

- **Changement de nom de l'association qui sera désormais CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole**
- **Changement d'adresse de l'association**
- **Validation des statuts de l'association par l'assemblée**
- **Rapport moral de l'année 2021**
- **Rapport financier de l'année 2021**
- **Budget Prévisionnel 2022**
- **Présentation des retours d'ateliers de la soirée du 14/06/2022**
- **Election des membres du bureau**
- **Questions diverses**

#### **Présents :**

<p>Hoggas Samia : cheffe de service csapa solea  Grand Maud : coordinatrice résado  Picart Nicole : usager  Negri Florine : ROC-CPAM  Levacher Philippe : Directeur FEMASCO  Previtali Clément : Directeur ASPET/MSA  Ngoma Gérard : DAC-FC  Luigi Emmanuel : DTA CHU  Poisot Marie : IDEL  Fouchard Romain : MG APF  Flammarion Phillipe : usager  Helias Pierre Louis : MG  Chanut Anne Suzy : IPA  Tiv Patrick : MG  Vuattoux Patrick : MG  Lamblot Virgine : IDEL  Formet Géraldine : IDEL  Ray Delaunay Nathalie : IDEL  Delcey Florence : IDEL  Renard Thierry : pharmacien  Cabaud Laetitia : IDEL  Lucas Anna : orthophoniste  Schweizer Anne Catherine : Cheffe de service CCAS  Zambelli Catherine : médecin conseil CPAM  Poulen Stephanie : IDEL  Pidoux Emmanuelle : directrice adjointe CHU  Quenaud Céline : MG  Zemmahi Zineb : pharmacien  Tirel Pierre Emmanuel : pharmacien  Tissot Edgar : PCME CH Novillars  Vieillard Raphael : orthophoniste  Spicher Gilles : adjoint à la mairie  Hakkar Lazar : MG  Leuci Vivianna : MG  Duret Olivier : MG</p>	<p>Detournay Anaïs : responsable d'étude  Arnoux Laurent : pharmacien  Garbuio Camille : pharmacien  Boccaro Patrick : président croix-rouge  Khouri Jacques : MG  Aubry Regis : médecin  Grand Wilfried : responsable PMI du Doubs  Nier Astride : Cheffe de service ELIAD  Quenaud Florence : pharmacien  Vurpillat Pascale : pédiatre  Ehlinger (prénom non communiqué): usager  Schwartzler Remy : médecin directeur hygiène santé de la ville  Mathieu Grégoire : directeur adjoint du CH Novillars  Boursin Bertrand : MG  Gillot Emmanuelle : MG  Paulin Philippe : MG  Vauthier Crellier Michel : MG  Baudier François : chargé de mission auprès de la CPTS  Detot Pepin Elodie : médecin addictologue  Sillan Aline : coordinatrice MSP vauban  Roch Jean François : médecin coordinateur DAC  Perrot Jean Michel : MG  Jacquin Hervé : MG  Bonvalot Marion : MG  Aubry Maud : MG  Vieira Da Silva Flora : MG  Badois Stéphanie : IDEL  Debost Carole : pharmacien  Cardot Stéphane : médecin  Boullicaut Lilian : MG  Barthelet Valérie : kinésithérapeute</p>
---	---

**Les membres présents ont signé une feuille d'émargement. Le quorum étant atteint, l'assemblée peut valablement délibérer.**

**Déroulé de la réunion :**

**-Bilan moral du président pour l'année 2021 présenté par Mme Delcey et définition d'une CPTS**

**- Présentation du nouveau nom de l'association par Mme Delcey. La Communauté Bisontine Pluri Professionnelle de Santé, désormais intitulée CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole.**

- Vote du changement de nom

**Le changement de nom est approuvé à l'unanimité.**

**- Demande de changement d'adresse du siège social de l'association par Mr Arnoux.**



Actuellement basé au 55 rue de Vesoul 25 000 Besançon, le nouveau siège social sera domicilié au 57 rue des flûtes Agasses, 25 000 Besançon.

- Vote du changement d'adresse

**Le changement d'adresse est approuvé à l'unanimité.**

**-Présentation des statuts par Mr Arnoux**

Question de Mme Pidoux concernant la durée d'élection du bureau ?

Réponse 3 de Mme Delcey, 3 ans

Question de Mme Gillot : Les actions des membres de la CPTS sont-elles rémunérées ?

Réponse de Mme Delcey, nos tutelles de la CPAM ici présentes pourront répondre précisément à cette question.

Question de Mme Quenaud: Quelle est la définition des professions non profession de santé pouvant adhérer à la CPTS ?

Réponse de Mme Delcey: Les demandes d'adhésion provenant de professionnels non-inscrits au code de santé publique feront l'objet d'une évaluation individuelle par le conseil d'administration de l'association.

Question : Les salariés pourront-ils adhérer à la CPTS ?

Réponse de Mme Delcey: Oui, les salariés peuvent adhérer individuellement en tant que personne physique

- **Vote des statuts :**

1 vote contre et 4 abstentions. **Les statuts sont approuvés à la majorité absolue.**

- **Présentation du rapport financier de l'année 2021 Par Mr Fein**

Question Mr Previtali: Doit ont faire appel à un commissaire aux comptes ?

Réponse de Mme Delcey: A l'avenir Oui.

Question de Mr Flammarion : Quelle est l'origine des fonds de l'activité 2021 ?

Réponse de Mme Delcey : il s'agit d'un fond FIR vaccination de l'ARS et d'un fond d'amorçage de l'ARS.

- Vote du rapport financier 2021:

**Le rapport financier est approuvé à l'unanimité.**

**- Présentation du budget prévisionnel par Mme Negri.**

Question de M Flammarion : Sur quelles missions la CPTS s'engage-t-elle ?

Réponse de Mme Delcey : Nous avons priorisé nos missions sur les 3 missions socle mais à terme nous comptons répondre à toutes les missions prévues dans le cadre de l'ACI.

Question de Mme Gillot : Avez-vous des exemples de missions ?

Réponde de Mme Delcey : Nous répondrons à cette question plus tard

Question : Le FIR est-il pérenne ?

Réponse de Mme Negri : Notre financement n'est pas un FIR, il s'agit d'un ACI (ndlr : Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui est signé pour 5 ans.

**- Vote du budget prévisionnel :**

**Le rapport est approuvé à l'unanimité.**

**- Présentation des étapes à venir par Mr Baudier et rappel de l'appel à candidature pour le poste de coordination.**

**- Présentation de la planification des déploiements par Mme Negri**

**- présentation des retours d'atelier de la soirée du 14 juin 2022 :**

- Groupe accès aux soins par le Dr Vuattoux

- Groupe parcours de soin par Mme Boisot

Question : La création d'un site web ne ferait-il pas doublon avec "Mon espace santé" ?

- Groupe prévention Mr Flammarion

**- Election des membres du bureau :**

Présidence :

Election de Mme Florence Delcey et Mr Laurent Arnoux en tant que Co-Présidents à l'unanimité.

Vice-présidence :

Election de Mmes Leila Hannouni et Nicole Picard en tant que Vice-Présidentes à l'unanimité.

Secrétariat :

Election de Mme Audrey Aouragh Laborie, et des Drs Olivier Duret et Patrick Vuattoux en tant que Secrétaires à l'unanimité.

Trésorier :

Election de Mr Hervé FEIN en tant que Trésorier à l'unanimité.

**- Questions diverses :**

Aucune.

Clôture de la réunion à 22h30

Fait à Besançon le 28 juin 2022.

Co-Présidents

Florence Delcey



Laurent Arnoux



## 5. Annexe 3 : Statuts CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole

### Association

### CaPaciTÉS Besançon & Métropole

### Statuts

### Sommaire

<a href="#">Titre I : FORME – OBJET – DENOMINATION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL</a>	97
<a href="#">Article 1 : Forme</a>	97
<a href="#">Article 2 : Objet</a>	97
<a href="#">Article 3 : Dénomination sociale</a>	97
<a href="#">Article 4 : Durée</a>	97
<a href="#">Article 5 : Siège social</a>	97
<a href="#">TITRE II : COMPOSITION – ADESIONS – COTISATION</a>	98
<a href="#">Article 6 : Composition de l'Association</a>	98
<a href="#">Article 7 : Condition d'adhésion</a>	99
<a href="#">Article 8 : Perte de qualité de membre</a>	99
<a href="#">Article 9 : Cotisation</a>	99
<a href="#">TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT</a>	99
<a href="#">Article 10 : Assemblée Générale</a>	99
<a href="#">Article 11 : Mandat de représentation</a>	101
<a href="#">Article 12 : Conseil d'Administration (CA)</a>	102
<a href="#">Article 13 : le Bureau</a>	103
<a href="#">Article 14 : Rétributions</a>	104
<a href="#">Article 15 : Règlement intérieur</a>	104
<a href="#">TITRE IV RESSOURCE DE L'ASSOCIATION – COMPTABILITE</a>	104
<a href="#">Article 16 : Ressources</a>	104
<a href="#">Article 17 : compte annuel – Exercice</a>	105
<a href="#">Article 18 : Fonds de réserve</a>	105
<a href="#">TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION</a>	105
<a href="#">Article 19 : dissolution et dévolution des biens</a>	105
<a href="#">TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES</a>	105
<a href="#">Article 20 : Formalités administratives</a>	105
<a href="#">TITRE VII : LIBERALE</a>	105

## **Titre I : FORME – OBJET – DENOMINATION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL**

### **Article 1 : Forme**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association CPTS régie par les principes généraux du droit applicable au contrat et obligations, par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ainsi que les présents statuts ayant pour titre :

CaPacITÉS Besançon & Métropole

### **Article 2 : Objet**

Cette Association a pour but de porter la CPTS de Besançon et Besançon Métropole.

Son objet est :

- D’initier les projets de santé et de les promouvoir sur son territoire ;
- D’organiser les réponses à un besoin de santé de la population de son territoire ;
- D’assurer et faciliter la coordination et/ou la structuration de l’offre de santé de proximité et du parcours coordonné du patient ; la continuité, la qualité et l’efficacité des soins curatifs et préventifs de sa population ;
- De faciliter l’accès aux soins ;
- De développer toute collaboration nécessaire avec les autres acteurs dans le respect de l’indépendance professionnelle, du respect du secret médical et du libre choix du patient ;
- La gestion de crise.

Le territoire retenu à sa création est l’ensemble des communes de Besançon et Besançon Métropole soit :

Amagney, Audeux, Avanne-Aveney, Besançon, Beure, Bonnay, Boussière, Braillans, Busy, Byans-sur-Doubs, Chalezeule, Chalèze, Champagny, Champoux, Cha+6mpvans-les-Moulins, Chaucenne, Chemaudin et Vaux, Chevroz, Châtillon-le-Duc, Cussey-sur-l’Ognon, Dannemarie-sur-Crète, Deluz, Devecey, Ecole-Valentin, Fontain, Franois, Geneuille, Gennes, Grandfontaine, La Chevillotte, La Vèze, Larnod, Le Gratteris, Les Auxons, Mamirolle, Marchaux-Chaufontaine, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Miserey-Salines, Montfaucon, Montferrand-le-Château, Morre, Nancray, Noiron, Novillars, Osselle-Routelle, Palise, Pelousey, Pirey, Pouilley-Français, Pouilley-les-Vignes, Pugey, Rancenay, Roche-lez-Beaupré, Roset-Fluans, Saint-Vit, Saône, Serre-les-Sapins, Tallenay, Thise, Thoraise, Torpes, Vaire, Velesmes-Essarts, Venise, Vieille, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins.

### **Article 3 : Dénomination sociale**

La dénomination sociale de l’association est Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPacITÉS Besançon & Métropole.

### **Article 4 : Durée**

L’association CaPacITÉS Besançon & Métropole a une durée de vie illimitée

### **Article 5 : Siège social**

Le siège social est situé à l’adresse du lieu d’exercice du (de la) président (e) et en cas de coprésidence, au siège de l’un des coprésidents en l’occurrence :

- CaPacITÉS Besançon& Métropole 57, rue des Fluttes Agasses 25000 Besançon

Il pourra être transféré sur proposition de la présidence en tout autre lieu après validation du Conseil d’Administration.

## TITRE II : COMPOSITION – ADESIONS – COTISATION

### **Article 6 : Composition de l'Association**

#### Membres fondateurs

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration du projet de santé initial.

Parmi eux, il est voté la composition du bureau initial.

#### Membres actifs

Sont membres de l'association CaPacITeS Besançon & Métropole tout professionnel de santé ou non qui en fait la demande exerçant dans le territoire géographique de santé défini dans l'article 2 ; ou limitrophe.

Ce sont des professionnels de santé mais aussi des personnes physiques ou morales, acteurs du territoire défini selon l'article 2, qui adhèrent à son projet de santé en apportant leur concours à la réalisation des projets. Ils versent annuellement une cotisation à l'association, fonction du collège d'appartenance, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale (AG) et qui auront communiqué leur mail pour répondre aux convocations des AG et pour communication des comptes rendus.

De facto, l'adhésion emporte de plein droit l'acceptation du règlement intérieur qui pourrait être mis en place par l'Assemblée Générale.

#### Membres sympathisants

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales qui approuvent les actions menées par l'association CaPacITeS Besançon & Métropole et qui participent à ses manifestations sans en être membre. Ils sont exempts de cotisation.

#### Membres d'honneur

Ce titre peut être décerné par délibération du Conseil d'Administration (CA) aux personnes physiques ou morales qui par leurs compétences ou autorité ou actions, ont rendu des services importants à l'association. Ils peuvent participer au CA et à l'AG au sein desquelles ils disposeront d'une voix consultative. Ils ne sont ni électeurs ni éligibles.

Ils sont exempts de cotisation.

Les personnes morales membres de l'association sont représentées par leur représentants légal ou toute personne dûment habilitée. Toute personne physique ou morale ne dispose que d'une voix.

Les membres de l'association sont répartis en collège :

- **Collège 1** : professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné (MSP ou CDS par exemple), du domaine médical ou paramédical. Ce collège bénéficie de 60% des droits de vote répartis de la manière suivante :
  - Sous collège : libéraux isolés => 30%
  - Sous collège : professionnels coordonnés => 30%

- **Collège 2** : établissements, structures de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers (CHU, EHPAD, clinique, collectivités locales...). Ce collège bénéficie de 30% des droits de vote.
- **Collège 3** : personnes morales (association d'usagers) ou physiques intervenant dans le champ d'action de l'association. Ce collège bénéficie de 10% des droits de vote.

Intégreront les professionnels assimilés de santé qui ne figurent pas au code de santé public après acceptation du CA. (Psychologue, réflexologue, médecine douce, etc. : liste non exhaustive).

#### **Article 7 : Condition d'adhésion**

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire défini par l'article 2, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les présents statuts.

L'adhérent s'engage à respecter les présents statuts. Chaque membre de l'association s'engage également à respecter la charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle et les textes fonctionnels régissant le fonctionnement de l'association CaPaciTÉS Besançon & Métropole.

#### **Article 8 : Perte de qualité de membre**

La qualité de membre de l'association tel que défini se perd :

- En cas de décès de la personne physique ;
- Pour les personnes morales en cas de dissolution, cessation d'activité, disparition ou fusion ; changement d'activité professionnelle ou transfert de cette dernière en dehors du territoire défini pour la présente CPTS et pour les personnes physiques représentant une personne morale ayant perdu leur qualité au sens des institutions qu'elles représentent ;
- Par démission adressée par Lettre Recommandée ou Accusé de Réception à la présidence de l'association ;
- Radiation, exclusion :  
L'exclusion est prononcée par le Bureau, pour infraction aux présents statuts, motif grave portant préjudice moral, matériel à l'association ou pur défaut de contribution à l'objet de l'association et non-respect de la charte, et après que le membre intéressé ait été préalablement invité par lettre recommandée à fournir des explications écrites au Conseil d'Administration.
- Pour non-paiement de la cotisation.

#### **Article 9 : Cotisation**

La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf que les membres d'honneur et les membres sympathisants, elle est fixée tous les ans par décision de l'Assemblée Générale Ordinaire (AGO).

Son versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

### **TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

#### **Article 10 : Assemblée Générale**

Les Assemblées Générales sont Ordinaires (AGO) ou Extraordinaires (AGE).

Elles se réunissent sur convocation du (de la) Président (e) ou par demande d'une partie du CA.

Elles comprennent l'ensemble des membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés.

Seuls les membres à jour de leur cotisation ont le droit de vote. Le vote par procuration est autorisé dans la mesure où le mandat est remis à un autre membre à jour de cotisation de l'association par remise d'un bon pour pouvoir et dans la limite de 2 pouvoirs par représentant. Le vote électronique (visioconférence) est possible selon les modalités définies dans le règlement intérieur s'il existe et/ou dans la convocation et l'ordre du jour adressés. Il est établie une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté.

L'assemblée ne peut délibérer valablement que si les 50% au moins des membres du collège 1 sont présents ou représentés.

Chaque collège participe au vote selon les mêmes modalités.

Seules sont valables les résolutions prises par l'AG sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Les modalités de vote sont définies en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

### **L'AGO**

Chaque année, l'Assemblée se réunit sur convocation du conseil d'Administration et chaque fois que nécessaire dans les conditions prévues.

#### **L'AGO entend :**

- Les rapports sur la gestion du Bureau présentés par le (la) Président (e) ;
- Le rapport financier, les comptes annuels présentés par le (la) Trésorier(ière) et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes. Le (la) Trésorier(ière) soumet le bilan financier à l'approbation de l'Assemblée ;
- Le rapport d'activités de l'association présenté par le (la) Secrétaire. Le (la) Secrétaire organise les votes.

Elle vote le budget et approuve les comptes de l'exercice. Le rapport annuel et les comptes peuvent être communiqués chaque année aux membres de l'Association sur simple demande.

#### **L'AGO est compétente pour :**

- Voter le budget de l'exercice et approuver les comptes de l'exercice ;
- Délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour ;
- Définir le montant de la cotisation annuelle de ses membres et des différentes catégories de membres ;
- Rédiger, approuver, mettre en œuvre, réviser le règlement intérieur ;
- Définir, valider, suivre la politique salariale de l'association qu'elle assure elle-même ou en délègue la responsabilité au bureau ;
- Déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au (à la) Président (e) ou au Bureau ;
- Définir les grandes orientations de la politique de l'association et assurer le suivi des actions qu'elle mène en application de ces orientations ;
- Procéder au renouvellement des membres du Bureau par tiers tous les 3 ans après appel à candidature selon les dispositions prévues à cet effet ;
- Désigner le comptable et/ou le (s) commissaire (s) aux comptes

Les décisions de l'AGO sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents exige que le scrutin soit tenu à bulletin



secret. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante. Le vote pour les membres du CA conformément est réalisé à bulletin secret.

Si les conditions (le quorum) n'est pas atteint, l'Assemblée est convoquée à nouveau dans un délai d'au moins deux semaines et se déroulera selon les mêmes modalités ; dans ce cas, ses délibérations sont validées quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Les délibérations font l'objet d'un procès-verbal signé par le (la) Président (e) et le (la) Secrétaire joint par courriel au compte rendu d'Assemblée.

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

## **L'AGE**

L'AGE est exclusivement compétente pour :

- Modifier les statuts de l'association ;
- Se prononcer sur toute prorogation ou sur la dissolution de l'association ; sa fusion ou son union avec toute autre association dans un but analogue ;
- Se prononcer sur la liquidation et la dévolution des biens conformément aux règles énoncées au titre 5 des présents statuts.

L'AGE ne peut être réunie que sur convocation du (de la) Président (e), du Bureau ou à la demande de 50% des membres à jour de leur cotisation.

Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents.

Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents. Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Les modalités de vote sont définies en début d'AGE par le président de séance. La visioconférence sera autorisée sous modalité particulière.

Dans tous les cas les résolutions portant sur la modification des statuts sont prises à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

### **Article 11 : Mandat de représentation**

Les membres de l'association sont des personnes physiques ou morales représentées par des personnes physiques.

Dans l'hypothèse où le représentant de la personne morale dument mandaté ne peut plus assurer ses fonctions (démission, mutation, décès ou toute autre cause), le Bureau demande à la personne morale concernée de nommer un nouveau représentant.

La volonté des parties est de s'assurer que les représentants des personnes morales soient stables et assidus dans leur fonction au sein de l'Association.

## **Article 12 : Conseil d'Administration (CA)**

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration (CA) composé de 10 à 20 membres représentatifs des collèges de ses membres.

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau. Il n'y a pas de quorum pour les réunions du Conseil.

Les modalités de vote peuvent être validées en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

L'ordre du jour figure sur les convocations.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion, le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis. Les votes se font à main levée mais peuvent être à bulletin secret à la demande d'un tiers des membres présents.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le secrétaire et le président.

Le (la) Président (e) convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA.

L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et par visioconférence est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le (la) Secrétaire et le (la) Président (e).

Il est composé de 10 à 20 membres selon le schéma suivant :

- 6 à 10 représentants pour le collège 1 (60%)
- 2 à 5 représentants pour le collège 2 (30%)
- 2 à 5 représentants pour le collège 3 (10%)

Les administrateurs sont élus à la majorité simple pour trois ans par l'Assemblée Générale Ordinaire (AGO). Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé.

Le conseil d'administration est renouvelé par tiers tous les trois ans. Chaque membre du conseil d'administration est rééligible deux fois sauf pour le collège 3.

Le conseil d'administration choisit parmi les membres adhérents à jour de leur cotisation les chargés de projets ou les représentants pour siéger dans d'autres associations partageant un objectif commun à celui de notre Association.

En cas de vacances d'un poste au conseil d'administration entre deux AGO, ledit conseil pourvoit provisoirement au remplacement du ou de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif lors de la prochaine AGO.

Est éligible au Conseil d'Administration tout membre de l'Association présent ou dûment représenté lors de l'AGO et à jour de ses cotisations.

Dans le cas où une personne morale est membre du Conseil d'Administration, celle-ci est représentée par son représentant légal.

Le conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances, sous réserve de pouvoirs expressément et statutairement réservés à l'Assemblée Générale.

La présidence est mandatée par le CA pour ester en justice, signer les contrats et conventions engageant l'Association et statuer quant aux embauches.

### **Article 13 : Bureau**

Le CA choisit parmi ses membres, au scrutin secret, pour trois ans, un bureau comprenant à minima :

- Un (e) Président (e) ou 2 coprésidents (es) ;
- Un (e) Vice-Président (es) ou 2 co Vice-Présidents (es) ;
- Un (e) secrétaire et éventuellement un (e) adjoint (e) ;
- Un (e) trésorier (ière) et éventuellement un (e) adjoint (e)

Les membres du Bureau sont issus d'au moins deux collèges différents (au minimum un usager et/ou un représentant d'organisation autre que libéral). Ils sont élus pour deux ans.

Le Bureau est en charge de la gestion des affaires courantes de l'Association. Il se réunit sur convocation de la Présidence chaque fois que nécessaire et au moins 1 fois par an

Le membre absent à plus de trois réunions consécutives du Bureau pourra être déclaré démissionnaire par la présidence. Il sera remplacé conformément aux dispositions prévues à cet effet.

A l'issue de chaque réunion, un procès-verbal est dressé, qui prend compte de l'ensemble des points discutés et décisions prises.

#### **- La présidence**

La présidence est chargée d'exécuter les décisions du Bureau, de l'Assemblée Générale et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association qu'elle représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

La présidence peut ester en justice. Elle a la charge de convoquer les Assemblée Générales et de présenter le rapport moral annuel. La présidence est élue par le Conseil d'Administration pour une durée de trois ans, dans le cadre d'un mandat renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, de démission, d'incapacité prolongée, ou de décès du (de la) Président (e), celle-ci sera remplacée par le (la) Vice-Président (e), ou selon les modalités du règlement intérieur jusqu'à la tenue d'une nouvelle élection – partielle le cas échéant – lors d'une AGO convoquée par le (la) Secrétaire.

#### **- Le (la) Vice-Président (e)**

Assiste le (la) Président (e) dans l'exercice de ses fonctions et la remplace en cas d'empêchement.

- Le (la) Secrétaire

Agit sur délégation de la présidence et assure à ce titre l'administration, l'organisation et le bon fonctionnement de l'Association. Il (elle) a notamment pour mission l'organisation, la tenue des Assemblées Générales et de dresser les procès-verbaux. Il (elle) présente à chaque AGO un rapport d'activité.

- Le (la) Trésorier (ière)

Tient les comptes de l'Association, décide des dépenses courantes et présente à chaque AGO un rapport financier.

Il (elle) effectue tous paiements et reçoit toutes sommes ; il (elle) procède, avec l'autorisation du Bureau, au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs. Les actes de disposition qui dépassent la gestion courante des affaires financières et patrimoniales seront en revanche sous à l'approbation de l'Assemblée Générale.

#### **Article 14 : Rétributions**

Les fonctions de membre du CA sont par défaut bénévoles. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés au vu des pièces justificatives.

Un ou plusieurs membres du CA peuvent être indemnisés pour leur fonction de dirigeant de l'association dans le cadre du dispositif prévu par la loi n°2001-1275 du 28 décembre 2001 de finance pour 2002. Les modalités de cette indemnisation sont soumises à l'approbation annuelle de l'AGO.

Le rapport financier annuel présenté à l'AGO fait mention des indemnisations et remboursements effectués à chacun des membres du CA.

#### **Article 15 : Règlement intérieur**

Un règlement intérieur pourra être établi par le Conseil d'Administration et être approuvé par l'Assemblée Générale. Ce règlement intérieur devra préciser certains points des statuts, notamment ceux qui ont traités à l'administration interne de l'Association.

Il sera établi une charte de valeurs de collaboration pluriprofessionnelle destinée à déterminer en tant que de besoin le détail d'exécution des présents statuts.

### **TITRE IV : RESSOURCE DE L'ASSOCIATION – COMPTABILITE**

#### **Article 16 : Ressources**

Les ressources de l'Association proviennent de toutes ressources prévues par la loi :

- Des cotisations ;
- Des subventions de l'état de l'Assurance Maladie et tout autre acteur institutionnel privé ;
- Du mécénat ;
- Des revenus et intérêts des biens et valeurs appartenant à l'Association ;
- Des rétributions perçues pour service rendus dans le cadre de l'objet de l'Association ;
- Des dons manuels faits à l'Association ;
- Des legs et libéralités.

Cotisation : se référer à l'article 9.

### **Article 17 : Compte annuel – exercice**

L'Association par son (sa) Trésorier (ière) établit des comptes annuels faisant apparaître un compte de résultat, un bilan conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations établie dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice annuel.

Comptabilité d'engagement selon le principe « créances acquises et dettes certaines ».

### **Article 18 : Fonds de réserve**

Afin d'une part, de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de constituer un fond de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, qu'elle qu'en soit la nature.

Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fond sont fixés par l'Assemblée Générale.

## **TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION**

### **Article 19 : dissolution et dévolution des biens**

En cas de dissolution volontaire ou statutaire dans le cadre des disposition prévues à l'article 10 des présents statuts ou de dissolution judiciaire, l'AGE désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et du décret du 16 aout 1901.

En aucun cas les membres de l'Association pourront se voir attribuer une part quelconque de l'actif net de l'Association, sauf reprise d'un apport. Les actifs nets seront ainsi donnés à une autre association dont les missions seront similaires pour le même territoire.

## **TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES**

### **Article 20 : Formalités administratives**

Le (la) Président (e) est chargé (e) au nom du bureau d'accomplir toutes les formalités de déclaration de publication prévues par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 tant au moment de la création qu'au cours de l'existence ultérieure de l'Association. Le (la) Président (e) s'engage à faire connaître dans les trois mois à la Préfecture tous les changements survenus dans l'administration et à présenter les registres et les pièces de comptabilité sur réquisition du Préfet.

## **TITRE VII : LIBERALE**

Le rapport et les comptes annuels sont adressés chaque année au Préfet du département.

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

Fait à Besançon le 28 juin 2022

Les Co Présidents

Florence DELCEY



Laurent ARNOUX



Le Trésorier

Hervé FEIN



La Secrétaire

Audrey AOURAGH LABORIE



## 6. Annexe 4 : Liste des adhérents à la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole

Mr/Mme	Nom	Prénom	Adresse	CP	Ville	Structure
Mme	Achard	Geneviève	1 a Place de la Fontaine	25220	Chalezeule	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Acheche	Mégane	48 avenue Georges Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Alfonsi	Thierry	6 rue Pasteur	25320	Montferrand le Chateau	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Ammari Youala	Samira	6 avenue du parc	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Aouragh Laborie	Audrey	20 avenue du Commandant Marceau	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Arnoux	Laurent	57 rue des fluttes agasses	25000	Besançon	Pharmacie Arnoux
Mr	Aubry	Regis	2 rue du porteau	25720	Avanne	CHRU Jean Minjot
Mme	Aubry	Maud	16 rue madeleine bres	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Avis	Nicole	15 rue du Commerce	25660	Morre	Pharmacie Avis
Mme	Badois	Stéphanie	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Barata	Christophe	24 Ter rue de Besançon	25220	Thise	Maison Médicale
Mme	Bardol	Clémentine	9 bld Leon Blum	25000	Besançon	
Mr	Barlet	Cyril	2 b rue de l'église	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mr	Barthelet	Rodolphe	1 B rue du Faubourg Briand	25410	Saint-Vit	Cabinet de médecine générale
Mme	Barthelet	Valérie	14 b rue Lafayette	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Baudet	Chloé	29 rue de l'église	25720	Avanne	Orthophoniste
Mr	Benjoar	David	26 rue Mathias Ullmann	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Beurtheret	Sophie	57 rue des Fluttes agasses	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Boccaro	Gabriel	19 rue Rivotte	25000	Besançon	Croix-Rouge Besançon
Mme	Boichard-Chays	Catherine	47 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie de Saint Claude

Mr	Boileau	Lionel	34 rue de Belfort	25000	Besançon	scp Boileau Coulon Roy
Mme	Bonnet	Claire	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Borg	Christophe	3 boulevard Flemming	25000	Besançon	CHRU Jean Minjoz oncologie
Mme	Borlot	Sandrine	6 rue de chatillon	25480	Ecole-Valentin	Cabinet de médecine générale
Mme	Bornot	Laure	3 allée l'île au moineaux	25000	Besançon	DAC-FC
Mr	Boulicaut	Lilian	Rue des corvées	25870	Cussey-sur-l'Ognon	Cabinet de médecine générale
Mr	Boursin	Bertrand	1 a rue des près charlots	25220	Roche les beauprés	Maison de santé pluridisciplinaire de roche
Mme	Bouvier-Slekovec	Céline	3 Bd Fleming	25030	Besançon	Cpias Bfc/ Chu de Besançon/ Ufr Santé
Mme	Bralet-Fraysse	Claire	1 bis rue de la Craie	25410	Saint Vit	Cabinet Médical
Mme	Braud	Anne	7 rue des iris	25000	Besançon	Cabinet médical de Palente
Mme	Bregand	Edith	27 rue Ronchoux	25000	Besançon	Pharmacie du théâtre
Mme	Bresson	Marine	2 grande rue	25770	Francois	Pharmacie du Médipôle
Mme	Brice	Patricia	8 rue rivotte	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Buet	Anne-Laure	3 place flore	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Buffet	Sophie	125 grande Rue	25000	Besançon	
Mme	Bugnon	Julie	2 place Saint Jacque	25000	Besançon	Reppop-bfc
Mme	Cabaud	Laetitia	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet infirmier Viotte
Mme	Cantonnet	Marine	37 chemin champ Melin	25000	Besançon	smerra
Mr	Chambre	Alain	26 b rue de l'église	25036	Avanne	Pharmacie chambre
Mme	Chanut	Anne-Suzy	1 rue giacomotti	25000	Besançon	UFR sante Besançon promotion ipa 2021-2023
Mme	Chevenement	Stéphanie	11 rue André Coudrey le Bousier	25000	Besançon	EPHAD Granvelle
Mr	Cheviron	Cedric	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale Avicenne sisa
Mme	Clément	Annie	15 a Route de Lyon	25720	Beure	Maison de Santé de Mercureaux
Mme	Combe	Lucie	1 rue d'Arcier	25220	Roche-lez-Beauprés	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Corde	Noël	28 rue de la Mairie	25660	Saône	Pharmacie du marais



Mr	Cornut	Gilles	20 B rue Alexis Chopard	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Coulon	Benoit	34 rue de Belfort	25000	Besançon	scp Boileau Coulon Roy
Mme	Courtot	Sylvie	6 rue de Chatillon	25 480	Ecole Valentin	Cabinet infirmier
Mme	Dancer-Brenet	Isabelle	6 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie régionale
Mme	De Tricornot	Stéphanie	16 rue madeleine Bres	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	De Vesvrotte	Pierre	42 rue de Vesoul	25000	Besançon	Maison de sante de Saint Claude
Mme	Debost	Carole	4 route de Bornay	25000	Besançon	Pharmacie de Devecey
Mme	Delcey	Florence	55 rue de Vesoul	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Delettre	Christophe	2 rue madeleine bres	25000	Besançon	Pharmacie Lafayette des Tilleroyes
Mme	Detot-Pepin	Elodie	2 place Payot	25000	Besançon	Solea
Mr	Donard	Thierry	3 avenue clemenceau	25000	Besançon	Pharmacie saint Charmont
Mme	Dragani	Graziella	18 rue de la préfecture	25000	Besançon	Service pmi
Mme	Ehlinger	Marie-Catherine	1 route de Marchaux	25000	Besançon	France asso sante bfc
Mr	El Ouazzani	Soufiane	85 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie de la Citadelle
Mr	Esposito	Raphael	18 avenue du commandant marceau	25000	Besançon	Espace santé mazagran
Mr	Fauchard	Stéphane	39 c rue du Muguet	25000	Besançon	Cabinet d'infirmier
Mme	Faure	Clémentine	67 rue des Cras	25000	Besançon	Mutualité Française Comtoise/Centre de Santé Dentaire
Mr	Fein	Herve	27 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie Fein
Mr	Flammarion	Philippe	39 rue Jacques Prévert	25000	Besançon	France assos santé bfc
Mr	Flesch	Jean Benoit	1 bis rue de la Craie	25410	Saint Vit	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Formet	Géraldine	32 av du Commandant Marceau	25000	Besançon	Idel Libérale
Mr	Fouchard	Romain	Avenue Clemenceau	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Fumey	Marie-Hélène	36 rue Ernest Renan	25000	Besançon	Pédiatre

Mme	Futin	Karen	44 rue urbain Leverrier	25000	Besançon	Cabinet d'ostéopathie
Mme	Garbuio	Camille	29 c avenue de Montrapon	25000	Besançon	Pharmacie de Montrapon
Mr	Gauthier	Nicolas	45 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie des Chaprais
Mme	Gauthier	Sophie	26 avenue Carnot	25000	Besançon	Pharmacie flore
Mme	Girardin	Claire	9 bld Leon Blum	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Grandjean	Stéphanie	8 rue de Rivotte	25000	Besançon	Cabinet infirmier Rivotte
Mme	Grillet	Jacqueline	11 rue de la grange du collège	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Gosperrin	Laetitia	4 rue du docteur Charcot	25220	Novillars	Centre hospitalier plateforme de santé mentale et psychiatrie
Mme	Gruillot	Marie	2 rue Pasteur	25320	Montferrand-le-Château	Pharmacie Gruillot
Mr	Guillermont	Jean	82 rue de Belfort	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mr	Hakkar	Lazhar	7 avenue de l'Observatoire	25000	Besançon	Cabinet Médical
Mme	Hannoui	Leila	13 places des lumières	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Havet	Claire	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Helias	Marianne	7 b rue des granges	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Herbelin	Margaux	17 avenue Leo Lagrange	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Hong Vang	Élodie	2 rue des corroyeurs boite ff6	21000	Dijon	unaass-uraass bfc-France asso sante bfc
Mr	Jacquier	François	10 rue Victor Delavelle	25000	Besançon	Cabinet médecine
Mme	Jacquot	Lydie	3 boulevard Flemming	25030	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Kichenaradja	Chित्रa	46 b chemin du sanatorium	25030	Besançon	Centre de soins des Tilleroyes
Mme	Krieger	Uta	6 av de Bourgogne	25000	Besançon	Pédiatre
Mme	Labbaci	Sonia	Avenue de la Longeau	25220	Novillars	Cabinet médical
Mme	Laguet	Flavie	101 rue de Vesoul	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie

Mme	Lambert-Briquez	Cécilia	48 avenue Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Lamblot	Virginie	32 L av du Commandant Marceau	25000	Besançon	IDE Libérale
Mme	Langlais	Aline	4 rue Victor Delavelle	25000	Besançon	Cabinet de pédiatre
Mme	Lebeau	Amandine	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison de sante avicenne
Mr	Lhosmot	François	118 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie LHOSMOT
Mme	Lieb	Françoise	5 rue du Luxembourg	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Limito	Marie-Laure	15 rue de la Mouillère	25000	Besançon	Pharmacie de la Mouillère
Mr	Lugand	Julien	5 rue des prés culots	25220	Roche lez Beauprés	Pharmacie Lugand
Mme	Lugand	Mathilde	12 rue Françoise Dolto	25000	Besançon	Laboratoire de proximité associées - Ipa
Mr	Luigi	Emmanuel	3 boulevard Alexandre Flemming	25000	Besançon	CHU Jean Minjoz
Mr	Mahut	Yves	6 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie régionale
	Maison de sante		6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale avicenne ssa
Mme	Malot	Delphine	19 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie Malot
Mme	Mayar	Proserpine	14A rue Lafayette	25000	Besançon	Cabinet d'Orthophonie
Mr	MAZZUCOTELLI	Serge	57 rue des flutes agasses	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Meraux	Sébastien	1 rue Rodin	25000	Besançon	Cabinet de pédiatre
Mr	Meynard	Guillaume	3 boulevard Flemming	25000	Besançon	CHU Jean Minjoz oncologie
Mme	Micic	Marielle	11 rue des rosiers	25220	Roche-lez-Beauprés	ide iterim+ sophrologue+ instructrice protocole pleine conscience
Mme	Milesi	Claire	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Morand	Marion	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Morgado Da Eira	Maria	32 d chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet de médecine libérale
Mme	Mousson	Nicole	Résidence le Vauban, 3 avenue de Bourgogne	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Moyse	Manon	39 ch des Montarmots	25000	Besançon	Montarmots sport sante

	MSP	Vauban	9 a rue stephane mallarme	25000	Besançon	Maison de sante Vauban
Mme	Nier	Astrid	41 rue thomas Edison	25000	Besançon	eliad
Mme	Oléron	Nathalie	1 A place de la Fontaine	25220	Thise	Cabinet Médical
Mr	Orbegozo	Jacques	42 B av Clemenceau	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mr	Oudot	Pascal	15 rue de la Mouillere	25000	Besançon	Pharmacie de la Mouillere
Mme	Paguet-Contoz	Estelle	2 rue Marcel Troncin	25220	Amagney	Cabinet infirmier
Mme	Paratte	France	1 rue Rodin	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mr	Parcelier	François	3 rue de Clousey	25720	Pugey	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Paulin-Tattu	Carole	1 A place de la Fontaine	25220	Chalezeule	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Pelletier	Pascale	2 avenue de la Longeau	25220	Novillars	Pharmacie de Novillars
Mr	Perrot	Jean-Michèle	49 grande rue	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Perry	Héloïse	7 rue des iris	25000	Besançon	Cabinet médical de Palente
Mme	Petit	Bénédicte	13 place des Lumières	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Petit	Marie-Christine	2 rue de la carrière	25170	Champvans-les-Moulins	Usager
	Pharmacie du Stade		2 rue du Gard	25000	Besançon	Pharmacie du Stade
Mme	Picard	Christelle	2 grande rue	25770	Francois	Pharmacie du Médipôle
Mme	Pillet	Anne-Marie	33 ch des Tilleroyes	25000	Besançon	cabinet infirmier
Mme	Poisot	Marie	5 bis rue de Trey	25000	Besançon	Cabinet infirmier libéral ipa
Mme	Poulen	Stéphanie	39 c rue du muguet	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Pougiat Tonnelier	Virginie	1 rue d'Arcier	25220	Roche-lez-Beaupré	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Previtali	Clément	13 avenus Elysée Cusenier	25000	Besançon	asept fcb msa fc
Mr	Prunier	Nicolas	97 grande rue	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Quenaud	Florence	4 route de Bonnay	25870	Devecey	Pharmacie de Devecey
Mme	Quenaud	Céline	70 grande rue	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Raguin	Thomas	55 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie des hauts de Vesoul

Mme	Reverchon-Billot	Emma	30 rue de la Gare	25620	Mamirolle	Pharmacie du Marronnier
Mme	Rey-Delaunay	Nathalie	16 rue de Trey	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Ribere	Vincent	Place de la Mare	25330	Chemaudin	Cabinet de Médecine Générale
Mr	Richard	Benoit	15 route de Lyon	25720	Beure	Pharmacie de beure
Mme	Rigolot	Anne-Claude	3 r madeleine Brès	25000	Besançon	Pédiatre
Mr	Rizzone	Jean-Charles	132 rue de Belfort	25000	Besançon	Ehpad La Retraite Auxons Saint-Vit
Mr	Roman	Lionel	2 rue du Rondey	25220	Thise	Opticien à domicile
Mr	Saade	Bechara	2 place Payot	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mme	Saade	Christine	8 rue Paul Bert	25000	Besançon	Pharmacie des Buis
Mme	Saintpère	Charlène	97 Grande rue	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Santenac	Nadine	22 boulevard Leon Blum	25000	Besançon	Pharmacie du boulevard
Mme	Schevingt	Sophie	4 rue auguste Rodin	25000	Besançon	Polyclinique de Franche-Comte
Mme	Stirnemann	Codou	6 route de Chatillon	25480	Ecole Valentin	Cabinet infirmier
Mr	Studer	Bertrand	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale avicenne
Mme	Sylvant	Sylvie	41 rue thomas Edison	25000	Besançon	eliad
Mme	Thiebaud	Hélène	48 avenue Georges Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Thiou	Sandrine	57 rue des Fluttes agasses	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Thomas	Hélène	6 rue Pasteur	25320	Montferrand le Chateau	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Tirel	Zineb	22 E rue de Trey	25000	Besançon	Pharmacie de Saint Claude
Mr	Tirel	Pierre-Emmanuel	22 e rue de Trey	25000	Besançon	Pharmacie de Saint-Claude
Mr	Tordjman	Bernard	2 b rue louis Ganier	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Trahand	Caroline	40 chemin des Tilleroyes	25044	Besançon	Clinique Saint Vincent
Mr	Tran Nguyen	Hien Anh	11 rue Alfred de Vigny	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Tran	Tuan-Anh	11 rue Alfred de Vigny	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale

Mr	Vanlemmens	Pascal	122 rue Battant	25000	Besançon	Cabinet de médecine libérale
Mr	Vauthier Crelier	Michel	8 rue Lebeuf	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Verdenet	Mélanie	28 bis rue Charles de Gaulle	25410	Saint Vit	Pharmacie du Trèfle
Mr	Vernay	Bruno	90 rue des granges	25000	Besançon	Pharmacie du capitole
Mr	Viellard	Raphael	26 quai Vauban	25000	Besançon	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Vincent	Jean-Michel	19 G rue de Vesoul	25000	Besançon	Psychiatre libéral
Mme	Virost	Christelle	3 rue Madeleine Bres	25000	Besançon	Cabinet de Pédiatrie
Mme	Vittouris	Florence	30 rue du mont	25480	Pirey	Pharmacie Vittouris
Mme	Vuillaume	Elodie	17 avenue Leo Lagrange	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Vurpillat	Pascale	36 r Ernest Renan	25000	Besançon	Pédiatre
Mme	Wollner	Annie	1 b rue des Corvees	25970	Cussey sur l'Ognon	Pharmacie d'officine
Mr	Yve-jardin	Marion	125 grande rue	25000	Besançon	Cabinet médical



# BULLETIN D'ADHESION à la CPTS

## CaPaciTÉS

### Besançon & Métropole

## 2023

Nom et prénom(s) du membre :

Adresse :

Etablissement / Structure :

N° ADELI :

N° RPPS :

N° SIRET :

N° FINESS :

Téléphone :

Mail :

L'objet et l'activité de votre association CaPaciTÉS Besançon & Métropole dont le siège social est situé au 57 rue des flûttes agasses 25000 BESANCON ayant retenu toute mon attention, je souhaite en devenir membre.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts et en avoir pris connaissance. En cas de non-respect, j'encours l'exclusion de l'association.

Je recevrais mon justificatif d'adhésion gratuite en retour.

### **Note d'information**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations, veuillez-vous adresser au secrétariat de l'association. Ces informations pourront également être transmises à nos partenaires (CPAM du Doubs et ARS).

A \_\_\_\_\_, le

Signature

# Association CaPaciTÉS Besançon & Métropole

## Statuts

### Sommaire

<b>Titre I : Forme – Objet – Dénomination sociale – Durée – Siège social</b>	<b>2</b>
Article 1 : Forme	2
Article 2 : Objet	2
Article 3 : Dénomination sociale	2
Article 4 : Durée	2
Article 5 : Siège social	2
<b>Titre II : Composition - Adhésions - Cotisation</b>	<b>3</b>
Article 6 : Composition de l'association	3
Article 7 : Condition d'adhésion	4
Article 8 : Perte de qualité de membre	4
Article 9 : Cotisation	4
<b>TITRE III : Administration et fonctionnement</b>	<b>4</b>
Article 10 : Assemblées Générales	4
Article 11 : Mandat de représentation	6
Article 12 : Conseil d'administration (CA)	6
Article 13 : le bureau	7
Article 14 : Rétributions	8
Article 15 : Règlement intérieur	8
<b>Titre IV Ressource de l'association - Comptabilité</b>	<b>9</b>
Article 16 : Ressources	9
Article 17 : Compte annuel – Exercice	9
Article 18 : Fonds de réserve	9
<b>Titre V : Dissolution de l'association</b>	<b>9</b>
Article 17 : dissolution et dévolution des biens	9
<b>Titre VI : Formalités administratives</b>	<b>9</b>
Article 18 : Formalités administratives	9
<b>Titre VII : Libérale</b>	<b>10</b>



## **TITRE I : FORME – OBJET – DENOMINATION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL**

### **Article 1 : Forme**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association CPTS régie par les principes généraux du droit applicable au contrat et obligations, par la loi du 1<sup>o</sup> juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ainsi que par les présents statuts ayant pour titre :

#### **Capacités Besançon et métropole**

### **Article 2 : Objet**

Cette association a pour but de porter la CPTS de Besançon et Besançon métropole.

Son objet est :

- d'initier les projets de santé et de les promouvoir sur son territoire ;
- d'organiser les réponses à un besoin de santé de la population de son territoire ;
- d'assurer et faciliter la coordination et/ou la structuration de l'offre de santé de proximité et du parcours coordonné du patient ; la continuité, la qualité et l'efficience des soins curatifs et préventifs de sa population ;
- de faciliter l'accès aux soins ;
- de faciliter l'organisation de l'offre de soin et de santé du territoire ;
- de développer toute collaboration nécessaire avec les autres acteurs dans le respect de l'indépendance professionnelle, du respect du secret médical et du libre choix du patient ;
- la gestion de crise.

Le territoire retenu à sa création est l'ensemble des communes de Besançon et Besançon Métropole soit :

Amagney, Audeux, Avanne-Aveney, Besançon, Beure, Bonnay, Boussière, Braillans, Busy, Byans-sur-Doubs, Chalezeule, Chalèze, Champagny, Champoux, Champvans-les-Moulins, Chaucenne, Chemaudin et vaux, Chevroz, Chatillon-le-duc, Cussey-sur l'ognon, Dannemarie-sur-Crete, Deluz, Devecey, Ecole-Valentin, Fontain, Franois, Geneuille, Gennes, Grandfontaine, La Chevillotte, La Vèze, Larnod, Le Gratteris , Les Auxons, Mamirolle, Marchaux-Chaudefontaine, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieilley, Miserey-Salines, Montfaucon, Montferrand-le-château, Morre, Nancray, Noironte, Novillars, Osselle-Routelle, Palise, Pelousey, Pirey, Pouilley-Français, Pouilley-les-Vignes, Pugey, Rancenay, Roche-lez-Beaupré, Roset-Fluans, Saint-Vit, Saône, Serre-les-Sapins, Tallenay, Thise, Thoraise, Torpes, Vaire, Velesmes-Essarts, Venise, Vieilley, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins.

### **Article 3 :Dénomination sociale**

La dénomination sociale de l'association est Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPacITÉS Besançon & Métropole.

### **Article 4 : Durée**

L'association CaPacITÉS Besançon & Métropole a une durée de vie illimitée

### **Article 5 : Siège social**

Le siège social est situé à l'adresse du lieu d'exercice du (de la) président (e) et en cas de coprésidence, au siège de l'un des coprésidents en l'occurrence :

CaPacITÉS Besançon & Métropole 57, rue des Fluttes Agasses 25000 Besançon

Il pourra être transféré sur proposition de la présidence en tout autre lieu après validation du Conseil d'Administration.

## TITRE II : COMPOSITION - ADHESIONS - COTISATION

---

### Article 6 : Composition de l'association

#### Membres fondateurs

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration du projet de santé initial.

Parmi eux, il est voté la composition du bureau initial.

#### Membres actifs

Sont membres de l'association CaPaciTéS Besançon & Métropole tout professionnel de santé ou non qui en fait la demande exerçant dans le territoire géographique de santé défini dans l'article 2 ; ou limitrophe.

Ce sont des professionnels de santé mais aussi des personnes physiques ou morales, acteurs du territoire défini selon l'article 2, qui adhèrent à son projet de santé en apportant leur concours à la réalisation des projets. Ils versent annuellement une cotisation à l'association, fonction du collège d'appartenance, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale (AG) et qui auront communiqué leur mail pour répondre aux convocations des AG et pour communication des comptes rendus.

De facto, l'adhésion emporte de plein droit l'acceptation du règlement intérieur qui pourrait être mis en place par l'Assemblée Générale.

#### Membres sympathisants

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales qui approuvent les actions menées par l'association CaPaciTéS Besançon & Métropole et qui participent à ses manifestations sans en être membre. Ils sont exempts de cotisation.

#### Membres d'honneur

Ce titre peut être décerné par délibération du Conseil d'Administration (CA) aux personnes physiques ou morales qui par leurs compétences ou autorité ou actions ont rendu des services importants à l'association. Ils peuvent participer du CA et à l'AG au sein desquelles ils disposeront d'une voix consultative. Ils ne sont ni électeurs ni éligibles.

Ils sont exempts de cotisation.

Les personnes morales membres de l'association sont représentées par leur représentants légal ou toute personne dûment habilitée. Toute personne physique ou morale ne dispose que d'une voix.

Les membres de l'association sont répartis en collège :

- **Collège 1** : professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné (MSP ou CDS par exemple), du domaine médical ou paramédical. Ce collège bénéficie de 60% des droits de vote répartis de la manière suivante :
  - Sous collège : libéraux isolés => 30%
  - Sous collège : professionnels coordonnés => 30 %
- **Collège 2** : établissements, structure de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers (CHU, EHPAD, clinique, collectivités locales...). Ce collège bénéficie de 30% des droits de vote.
- **Collège 3** : personnes morales (associations d'usagers) ou physiques intervenant dans le champ

d'action de l'association. Ce collège bénéficie de 10 % des droits de vote.

Intégreront les professionnels assimilés de santé qui ne figurent pas au code de santé public après acceptation du CA. (psychologue, reflexologue, médecine douce etc. : liste non exhaustive)

### **Article 7 : Condition d'adhésion**

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire défini par l'article 2, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les présents statuts.

L'adhérent s'engage à respecter les présents statuts. Chaque membre de l'association s'engage également à respecter la charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle et les textes fonctionnels régissant le fonctionnement de l'association CaPaciTÉS Besançon & Métropole.

### **Article 8 : Perte de qualité de membre**

La qualité de membre de l'association tel que défini se perd :

- en cas de décès de la personne physique ;
- pour les personnes morales en cas de dissolution, cessation d'activité, disparition ou fusion ; changement d'activité professionnelle ou transfert de cette dernière en dehors du territoire défini pour la présente CPTS et pour les personnes physiques représentant une personne morale ayant perdu leur qualité au sens des institutions qu'elles représentent ;
- par démission adressée par LR/AR à la présidence de l'association ;
- radiation ; exclusion :

L'exclusion est prononcée par le Bureau, pour infraction aux présents statuts, motif grave portant préjudice moral, matériel à l'association ou pur défaut de contribution à l'objet de l'association et non-respect de la charte, et après que le membre intéressé ait été préalablement invité par lettre recommandée à fournir des explications écrites au Conseil d'Administration.

- pour non-paiement de la cotisation.

### **Article 9 : Cotisation**

La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf pour les membres d'honneur et les membres sympathisants, elle est fixée tous les ans par décision de l'assemblée générale ordinaire. Son versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

## **TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

### **Article 10 : Assemblées Générales**

Les assemblées Générales sont Ordinaires (AGO) ou extraordinaires (AGE).

Elles se réunissent sur convocation du (de la) Président (e) ou par demande d'une partie du CA.

Elles comprennent l'ensemble des membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés.

Seuls les membres à jour de leur cotisation ont le droit de vote. Le vote par procuration est autorisé dans la mesure où le mandat est remis à un autre membre à jour de cotisation de l'association par remise d'un bon pour pouvoir et dans la limite de 2 pouvoirs par représentant. Le vote électronique (visioconférence) est possible selon les modalités définies dans le règlement intérieur s'il existe et/ou dans la convocation et l'ordre du jour adressés. Il est établie une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté.

L'assemblée ne peut délibérer valablement que si les 50 % au moins des membres du collège 1 sont présents ou représentés.

Chaque collège participe au vote selon les mêmes modalités.

Seules sont valables les résolutions prises par l'AG sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Les modalités de vote sont définies en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

## **L'AGO**

Chaque année, l'Assemblée se réunit sur convocation du conseil d'Administration et chaque fois que nécessaire dans les conditions prévues.

### **L'AGO entend :**

- les rapports sur la gestion du Bureau présentés par le (la) Président (e) ;
- le rapport financier, les comptes annuels présentés par le (la)Trésorier(ière) et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes. Le (la) trésorier(ière) soumet le bilan financier à l'approbation de l'Assemblée ;
- le rapport d'activités de l'association présenté par le (la) secrétaire. Le (la) secrétaire organise les votes.

Elle vote le budget et approuve les comptes de l'exercice. Le rapport annuel et les comptes peuvent être communiqués chaque année aux membres de l'Association sur simple demande.

### **L'AGO est compétente pour :**

- voter le budget de l'exercice et approuver les comptes de l'exercice ;
- délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour ;
- définir le montant de la cotisation annuelle de ses membres et des différentes catégories de membres ;
- rédiger, approuver, mettre en œuvre, réviser le règlement intérieur ;
- définir, valider, suivre la politique salariale de l'association qu'elle assure elle-même ou en délègue la responsabilité au bureau ;
- déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au (à la) Président (e) ou au Bureau ;
- définir les grandes orientations de la politique de l'association et assurer le suivi des actions qu'elle mène en application de ces orientations ;
- Procéder au renouvellement des membres du Bureau par tiers tous les 3 ans après appel à candidature selon les dispositions prévues à cet effet ;
- Désigner le comptable et/ou le (s) commissaire (s) aux comptes

Les décisions de l'AGO sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents exige que le scrutin soit tenu à bulletin secret. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante. Le vote pour les membres du CA conformément est réalisé à bulletin secret.

Si les conditions (le quorum) n'est pas atteint, l'Assemblée est convoquée à nouveau dans un délai d'au moins deux semaines et se déroulera selon les mêmes modalités ; dans ce cas, ses délibérations sont validées quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Les délibérations font l'objet d'un procès-verbal signé par le (la) Président (e) et le (la) Secrétaire joint par courriel au compte rendu d'Assemblée.

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

## **L'AGE**

L'AGE est exclusivement compétente pour :

- . Modifier les statuts de l'association ;

- se prononcer sur toute prorogation ou sur la dissolution de l'association ; sa fusion ou son union avec toute autre association dans un but analogue ;
- se prononcer sur la liquidation et la dévolution des biens conformément aux règles énoncées au titre 5 des présents statuts.

L'AGE ne peut être réunie que sur convocation du (de la) Président (e), du bureau ou à la demande de 50% des membres à jour de leur cotisation.

Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents.

Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents. Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Les modalités de vote sont définies en début d'AGE par le président de séance. La visio sera sous modalité particulière.

Dans tous les cas les résolutions portant sur la modification des statuts sont prises à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

### **Article 11 : Mandat de représentation**

Les membres de l'association sont des personnes physiques ou morales représentées par des personnes physiques.

Dans l'hypothèse où le représentant de la personne morale dument mandaté ne peut plus assurer ses fonctions (démission, mutation, décès ou toute autre cause), le Bureau demande à la personne morale concernée de nommer un nouveau représentant.

La volonté des parties est de s'assurer que les représentants des personnes morales soient stables et assidus dans leur fonction au sein de l'Association.

### **Article 12 : Conseil d'administration (CA)**

L'association est dirigée par un conseil d'administration (CA) composé de 10 à 20 membres représentatifs des collèges de ses membres.

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau. Il n'y a pas de quorum pour les réunions du conseil.

Les modalités de vote peuvent être validées en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

L'ordre du jour figure sur les convocations.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion, le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis. Les votes se font à main levée mais peuvent être à bulletin secret à la demande d'un tiers des membres présents.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle signée par le secrétaire et le président.

Le (la) président (e) convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA. L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et par visioconférence est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le (la) secrétaire et le (la) président (e).

Il est composé de 10 à 20 membres selon le schéma suivant :

- 6 à 10 représentants pour le collège 1 (60 %)
- 2 à 5 représentants pour le collège 2 (30 %)
- 2 à 5 représentants pour le collège 3 (10 %)

Les administrateurs sont élus à la majorité simple pour **trois** ans par l'assemblée générale ordinaire (AGO). Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé.

Le conseil d'administration est renouvelé par tiers tous les trois ans. Chaque membre du conseil d'administration est rééligible deux fois sauf pour le collège 3.

Le conseil d'administration choisit parmi les membres adhérents à jour de leur cotisation les chargés de projets ou les représentants pour siéger dans d'autres associations partageant un objectif commun à celui de notre Association.

En cas de vacances d'un poste au conseil d'administration entre deux AGO, ledit conseil pourvoit provisoirement au remplacement du ou de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif lors de la prochaine AGO.

Est éligible au conseil d'administration tout membre de l'association présent ou dûment représenté lors de l'AGO et à jour de ses cotisations

Dans le cas où une personne morale est membre du Conseil d'administration, celle-ci est représentée par son représentant légal.

Le conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances, sous réserve de pouvoirs expressément et statutairement réservés à l'assemblée générale.

La présidence est mandatée par le CA pour ester en justice, signer les contrats et conventions engageant l'Association et statuer quant aux embauches.

### **Article 13 : le bureau**

Le CA choisit parmi ses membres, au scrutin secret, pour 3 ans, un bureau comprenant à minima :

- un (e) président (e) ou 2 coprésidents (es) ;
- un(e) vice-président (es) ou 2 co vice-présidents (es) ;
- un (e) secrétaire et éventuellement un (e) adjoint(e) ;
- un (e) trésorier(ère) et éventuellement un(e) adjoint(e)

Les membres du bureau sont issus d'au moins deux collèges différents (au minimum un usager et/ou un représentant d'organisation autre que libéral). Ils sont élus pour deux ans.

Le bureau est en charge de la gestion des affaires courantes de l'Association. Il se réunit sur convocation de la Présidence chaque fois que nécessaire et au moins 1 fois par an.

Le membre absent à plus de 3 réunions consécutives du Bureau pourra être déclaré démissionnaire par la présidence. Il sera remplacé conformément aux dispositions prévues à cet effet.  
A l'issue de chaque réunion, un procès-verbal est dressé, qui prend compte de l'ensemble des points discutés

et décisions prises.

- **La présidence**

La présidence est chargée d'exécuter les décisions du bureau, de l'assemblée générale et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association qu'elle représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

La Présidence peut ester en justice. Elle a la charge de convoquer les Assemblée Générales et de présenter le rapport moral annuel. La présidence est élue par le Conseil d'Administration pour une durée de trois ans, dans le cadre d'un mandat renouvelable 2 fois.

En cas d'empêchement, de démission, d'incapacité prolongée, ou de décès du (de la) président (e), celle-ci sera remplacée par le (la) vice-président (e), ou selon les modalités du règlement intérieur jusqu'à la tenue d'une nouvelle élection - partielle le cas échéant – lors d'une AGO convoquée par le (la) secrétaire.

- **Le (la) vice-président (e)**

Assiste le (la) président (e) dans l'exercice de ses fonctions et la remplace en cas d'empêchement.

- **Le (la) secrétaire**

Agit sur délégation de la Présidence et assure à ce titre l'administration, l'organisation et le bon fonctionnement de l'Association. Il (elle) a notamment pour mission l'organisation, la tenue des Assemblées Générales et de dresser les procès-verbaux. Il (elle) présente à chaque AGO un rapport d'activité.

- **Le (la) trésorier (ière)**

Tient les comptes de l'Association, décide des dépenses courantes et présente à chaque AGO un rapport financier.

Il (elle) effectue tous paiements et reçoit toutes sommes ; il procède, avec l'autorisation du Bureau au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs. Les actes de disposition qui dépassent la gestion courante des affaires financières et patrimoniales seront en revanche soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

**Article 14 : Rétributions**

Les fonctions de membre du CA sont par défaut bénévoles. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés au vu des pièces justificatives.

Un ou plusieurs membres du CA peuvent être indemnisés pour leur fonction de dirigeant de l'association dans le cadre du dispositif prévu par la loi n °2001-1275 du 28 décembre 2001 de finance pour 2002. Les modalités de cette indemnisation sont soumises à l'approbation annuelle de l'AGO.

Le rapport financier annuel présenté à l'AGO fait mention des indemnisations et remboursements effectués à chacun des membres du CA.

**Article 15 : Règlement intérieur**

Un règlement intérieur pourra être établi par le Conseil d'Administration et être approuvé par l'Assemblée Générale. Ce règlement intérieur devra préciser certains points des statuts, notamment ceux qui ont traités à l'administration interne de l'Association.

Il sera établi une charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle destinée à déterminer en tant que de besoin le détail d'exécution des présents statuts.

## **TITRE IV RESSOURCE DE L'ASSOCIATION - COMPTABILITE**

---

### **Article 16 : Ressources**

Les ressources de l'Association proviennent de toutes ressources prévues par la loi :

- des cotisations ;
- des subventions de l'état de l'Assurance Maladie et tout autre acteur institutionnel privé ;
- du mécénat ;
- des revenus et intérêts des biens et valeurs appartenant à de l'Association ;
- des rétributions perçues pour service rendus dans le cadre le cadre de l'objet de l'association ;
- des dons manuels faits à l'Association ;
- des legs et libéralités.

Cotisation : se référer à l'article 9.

### **Article 17 : Compte annuel – Exercice**

L'Association par son (sa) trésorier (ière) établit des comptes annuels faisant apparaître un compte de résultat, un bilan conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations établie dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice annuel.

Comptabilité d'engagement selon le principe « créances acquises et dettes certaines »

### **Article 18 : Fonds de réserve**

Afin d'une part, de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de constituer un fond de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, quelle qu'en soit la nature.

Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fond sont fixés par l'Assemblée Générale

## **TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION**

---

### **Article 17 : dissolution et dévolution des biens**

En cas de dissolution volontaire ou statutaire dans le cadre des disposition prévues à l'article 9-3 des présents statuts ou de dissolution judiciaire, l'AGE désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 1 juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

En aucun cas les membres de l'association pourront se voir attribuer une part quelconque de l'actif net de l'association, sauf reprise d'un apport. Les actifs nets seront ainsi donnés à une autre association dont les missions seront similaires pour le même territoire.

## **TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES**

---

### **Article 18 : Formalités administratives**

Le (la) président (e) est chargé (e) au nom du bureau d'accomplir toutes les formalités de déclaration de publication prévues par la loi du 1 juillet 1901 tant au moment de la création qu'au cours de l'existence ultérieure de l'association. Le (la) président (e) s'engage à faire connaître dans les trois mois à la Préfecture tous les changements survenus dans l'administration et à présenter les registres et les pièces de comptabilité sur réquisition du Préfet.



## TITRE VII : LIBERALE

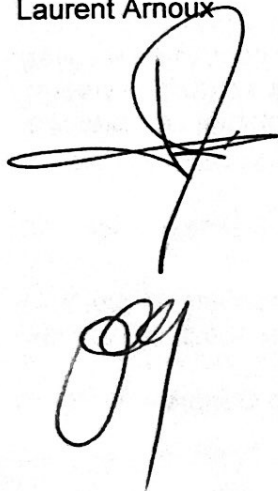
Le rapport et les comptes annuels sont adressés chaque année au Préfet du département.

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

Fait à Besançon le 17 mai 2022

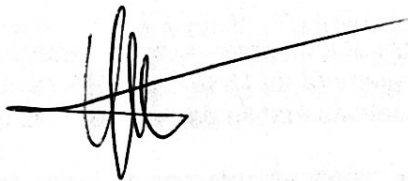
Les coprésidents

Florence Delcey  
Laurent Arnoux



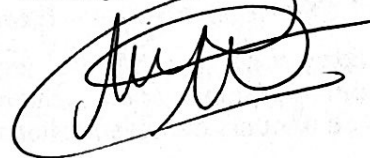
Le trésorier

Hervé Fein



La secrétaire

Aouragh Laborie Audrey



# Association CaPaciTÉS Besançon & Métropole

## Statuts

### Sommaire

<b>Titre I : Forme – Objet – Dénomination sociale – Durée – Siège social</b>	<b>2</b>
Article 1 : Forme	2
Article 2 : Objet	2
Article 3 : Dénomination sociale	2
Article 4 : Durée	2
Article 5 : Siège social	2
<b>Titre II : Composition - Adhésions - Cotisation</b>	<b>3</b>
Article 6 : Composition de l'association	3
Article 7 : Condition d'adhésion	4
Article 8 : Perte de qualité de membre	4
Article 9 : Cotisation	4
<b>TITRE III : Administration et fonctionnement</b>	<b>4</b>
Article 10 : Assemblées Générales	4
Article 11 : Mandat de représentation	6
Article 12 : Conseil d'administration (CA)	6
Article 13 : le bureau	7
Article 14 : Rétributions	8
Article 15 : Règlement intérieur	8
<b>Titre IV Ressource de l'association - Comptabilité</b>	<b>9</b>
Article 16 : Ressources	9
Article 17 : Compte annuel – Exercice	9
Article 18 : Fonds de réserve	9
<b>Titre V : Dissolution de l'association</b>	<b>9</b>
Article 17 : dissolution et dévolution des biens	9
<b>Titre VI : Formalités administratives</b>	<b>9</b>
Article 18 : Formalités administratives	9
<b>Titre VII : Libérale</b>	<b>10</b>

## **TITRE I : FORME – OBJET – DENOMINATION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL**

### **Article 1 : Forme**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association CPTS régie par les principes généraux du droit applicable au contrat et obligations, par la loi du 1<sup>o</sup> juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ainsi que par les présents statuts ayant pour titre :

#### **Capacités Besançon et métropole**

### **Article 2 : Objet**

Cette association a pour but de porter la CPTS de Besançon et Besançon métropole.

Son objet est :

- d'initier les projets de santé et de les promouvoir sur son territoire ;
- d'organiser les réponses à un besoin de santé de la population de son territoire ;
- d'assurer et faciliter la coordination et/ou la structuration de l'offre de santé de proximité et du parcours coordonné du patient ; la continuité, la qualité et l'efficience des soins curatifs et préventifs de sa population ;
- de faciliter l'accès aux soins ;
- de faciliter l'organisation de l'offre de soin et de santé du territoire ;
- de développer toute collaboration nécessaire avec les autres acteurs dans le respect de l'indépendance professionnelle, du respect du secret médical et du libre choix du patient ;
- la gestion de crise.

Le territoire retenu à sa création est l'ensemble des communes de Besançon et Besançon Métropole soit :

Amagney, Audeux, Avanne-Aveney, Besançon, Beure, Bonnay, Boussière, Braillans, Busy, Byans-sur-Doubs, Chalezeule, Chalèze, Champagny, Champoux, Champvans-les-Moulins, Chaucenne, Chemaudin et vaux, Chevroz, Chatillon-le-duc, Cussey-sur l'ognon, Dannemarie-sur-Crete, Deluz, Devecey, Ecole-Valentin, Fontain, Franois, Geneuille, Gennes, Grandfontaine, La Chevillotte, La Vèze, Larnod, Le Gratteris , Les Auxons, Mamirolle, Marchaux-Chaudefontaine, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieilley, Miserey-Salines, Montfaucon, Montferrand-le-château, Morre, Nancray, Noironte, Novillars, Osselle-Routelle, Palise, Pelousey, Pirey, Pouilley-Français, Pouilley-les-Vignes, Pugey, Rancenay, Roche-lez-Beaupré, Roset-Fluans, Saint-Vit, Saône, Serre-les-Sapins, Tallenay, Thise, Thoraise, Torpes, Vaire, Velesmes-Essarts, Venise, Vieilley, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins.

### **Article 3 :Dénomination sociale**

La dénomination sociale de l'association est Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPacITÉS Besançon & Métropole.

### **Article 4 : Durée**

L'association CaPacITÉS Besançon & Métropole a une durée de vie illimitée

### **Article 5 : Siège social**

Le siège social est situé à l'adresse du lieu d'exercice du (de la) président (e) et en cas de coprésidence, au siège de l'un des coprésidents en l'occurrence :

CaPacITÉS Besançon & Métropole 57, rue des Fluttes Agasses 25000 Besançon

Il pourra être transféré sur proposition de la présidence en tout autre lieu après validation du Conseil d'Administration.

## TITRE II : COMPOSITION - ADHESIONS - COTISATION

---

### Article 6 : Composition de l'association

#### Membres fondateurs

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration du projet de santé initial.

Parmi eux, il est voté la composition du bureau initial.

#### Membres actifs

Sont membres de l'association CaPaciTéS Besançon & Métropole tout professionnel de santé ou non qui en fait la demande exerçant dans le territoire géographique de santé défini dans l'article 2 ; ou limitrophe.

Ce sont des professionnels de santé mais aussi des personnes physiques ou morales, acteurs du territoire défini selon l'article 2, qui adhèrent à son projet de santé en apportant leur concours à la réalisation des projets. Ils versent annuellement une cotisation à l'association, fonction du collège d'appartenance, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale (AG) et qui auront communiqué leur mail pour répondre aux convocations des AG et pour communication des comptes rendus.

De facto, l'adhésion emporte de plein droit l'acceptation du règlement intérieur qui pourrait être mis en place par l'Assemblée Générale.

#### Membres sympathisants

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales qui approuvent les actions menées par l'association CaPaciTéS Besançon & Métropole et qui participent à ses manifestations sans en être membre. Ils sont exempts de cotisation.

#### Membres d'honneur

Ce titre peut être décerné par délibération du Conseil d'Administration (CA) aux personnes physiques ou morales qui par leurs compétences ou autorité ou actions ont rendu des services importants à l'association. Ils peuvent participer du CA et à l'AG au sein desquelles ils disposeront d'une voix consultative. Ils ne sont ni électeurs ni éligibles.

Ils sont exempts de cotisation.

Les personnes morales membres de l'association sont représentées par leur représentants légal ou toute personne dûment habilitée. Toute personne physique ou morale ne dispose que d'une voix.

Les membres de l'association sont répartis en collège :

- **Collège 1** : professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné (MSP ou CDS par exemple), du domaine médical ou paramédical. Ce collège bénéficie de 60% des droits de vote répartis de la manière suivante :
  - Sous collège : libéraux isolés => 30%
  - Sous collège : professionnels coordonnés => 30 %
- **Collège 2** : établissements, structure de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers (CHU, EHPAD, clinique, collectivités locales...). Ce collège bénéficie de 30% des droits de vote.
- **Collège 3** : personnes morales (associations d'usagers) ou physiques intervenant dans le champ

d'action de l'association. Ce collège bénéficie de 10 % des droits de vote.

Intégreront les professionnels assimilés de santé qui ne figurent pas au code de santé public après acceptation du CA. (psychologue, reflexologue, médecine douce etc. : liste non exhaustive)

### **Article 7 : Condition d'adhésion**

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire défini par l'article 2, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les présents statuts.

L'adhérent s'engage à respecter les présents statuts. Chaque membre de l'association s'engage également à respecter la charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle et les textes fonctionnels régissant le fonctionnement de l'association CaPaciTÉS Besançon & Métropole.

### **Article 8 : Perte de qualité de membre**

La qualité de membre de l'association tel que défini se perd :

- en cas de décès de la personne physique ;
- pour les personnes morales en cas de dissolution, cessation d'activité, disparition ou fusion ; changement d'activité professionnelle ou transfert de cette dernière en dehors du territoire défini pour la présente CPTS et pour les personnes physiques représentant une personne morale ayant perdu leur qualité au sens des institutions qu'elles représentent ;
- par démission adressée par LR/AR à la présidence de l'association ;
- radiation ; exclusion :

L'exclusion est prononcée par le Bureau, pour infraction aux présents statuts, motif grave portant préjudice moral, matériel à l'association ou pur défaut de contribution à l'objet de l'association et non-respect de la charte, et après que le membre intéressé ait été préalablement invité par lettre recommandée à fournir des explications écrites au Conseil d'Administration.

- pour non-paiement de la cotisation.

### **Article 9 : Cotisation**

La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf pour les membres d'honneur et les membres sympathisants, elle est fixée tous les ans par décision de l'assemblée générale ordinaire. Son versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

## **TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

### **Article 10 : Assemblées Générales**

Les assemblées Générales sont Ordinaires (AGO) ou extraordinaires (AGE).

Elles se réunissent sur convocation du (de la) Président (e) ou par demande d'une partie du CA.

Elles comprennent l'ensemble des membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés.

Seuls les membres à jour de leur cotisation ont le droit de vote. Le vote par procuration est autorisé dans la mesure où le mandat est remis à un autre membre à jour de cotisation de l'association par remise d'un bon pour pouvoir et dans la limite de 2 pouvoirs par représentant. Le vote électronique (visioconférence) est possible selon les modalités définies dans le règlement intérieur s'il existe et/ou dans la convocation et l'ordre du jour adressés. Il est établie une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté.

L'assemblée ne peut délibérer valablement que si les 50 % au moins des membres du collège 1 sont présents ou représentés.

Chaque collège participe au vote selon les mêmes modalités.

Seules sont valables les résolutions prises par l'AG sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Les modalités de vote sont définies en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

## **L'AGO**

Chaque année, l'Assemblée se réunit sur convocation du conseil d'Administration et chaque fois que nécessaire dans les conditions prévues.

### **L'AGO entend :**

- les rapports sur la gestion du Bureau présentés par le (la) Président (e) ;
- le rapport financier, les comptes annuels présentés par le (la) Trésorier(ière) et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes. Le (la) trésorier(ière) soumet le bilan financier à l'approbation de l'Assemblée ;
- le rapport d'activités de l'association présenté par le (la) secrétaire. Le (la) secrétaire organise les votes.

Elle vote le budget et approuve les comptes de l'exercice. Le rapport annuel et les comptes peuvent être communiqués chaque année aux membres de l'Association sur simple demande.

### **L'AGO est compétente pour :**

- voter le budget de l'exercice et approuver les comptes de l'exercice ;
- délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour ;
- définir le montant de la cotisation annuelle de ses membres et des différentes catégories de membres ;
- rédiger, approuver, mettre en œuvre, réviser le règlement intérieur ;
- définir, valider, suivre la politique salariale de l'association qu'elle assure elle-même ou en délègue la responsabilité au bureau ;
- déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au (à la) Président (e) ou au Bureau ;
- définir les grandes orientations de la politique de l'association et assurer le suivi des actions qu'elle mène en application de ces orientations ;
- Procéder au renouvellement des membres du Bureau par tiers tous les 3 ans après appel à candidature selon les dispositions prévues à cet effet ;
- Désigner le comptable et/ou le (s) commissaire (s) aux comptes

Les décisions de l'AGO sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents exige que le scrutin soit tenu à bulletin secret. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante. Le vote pour les membres du CA conformément est réalisé à bulletin secret.

Si les conditions (le quorum) n'est pas atteint, l'Assemblée est convoquée à nouveau dans un délai d'au moins deux semaines et se déroulera selon les mêmes modalités ; dans ce cas, ses délibérations sont validées quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Les délibérations font l'objet d'un procès-verbal signé par le (la) Président (e) et le (la) Secrétaire joint par courriel au compte rendu d'Assemblée.

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

## **L'AGE**

L'AGE est exclusivement compétente pour :

- . Modifier les statuts de l'association ;

- se prononcer sur toute prorogation ou sur la dissolution de l'association ; sa fusion ou son union avec toute autre association dans un but analogue ;
- se prononcer sur la liquidation et la dévolution des biens conformément aux règles énoncées au titre 5 des présents statuts.

L'AGE ne peut être réunie que sur convocation du (de la) Président (e), du bureau ou à la demande de 50% des membres à jour de leur cotisation.

Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents.

Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents. Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Les modalités de vote sont définies en début d'AGE par le président de séance. La visio sera sous modalité particulière.

Dans tous les cas les résolutions portant sur la modification des statuts sont prises à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

### **Article 11 : Mandat de représentation**

Les membres de l'association sont des personnes physiques ou morales représentées par des personnes physiques.

Dans l'hypothèse où le représentant de la personne morale dument mandaté ne peut plus assurer ses fonctions (démission, mutation, décès ou toute autre cause), le Bureau demande à la personne morale concernée de nommer un nouveau représentant.

La volonté des parties est de s'assurer que les représentants des personnes morales soient stables et assidus dans leur fonction au sein de l'Association.

### **Article 12 : Conseil d'administration (CA)**

L'association est dirigée par un conseil d'administration (CA) composé de 10 à 20 membres représentatifs des collèges de ses membres.

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau. Il n'y a pas de quorum pour les réunions du conseil.

Les modalités de vote peuvent être validées en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

L'ordre du jour figure sur les convocations.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion, le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis. Les votes se font à main levée mais peuvent être à bulletin secret à la demande d'un tiers des membres présents.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle signée par le secrétaire et le président.

Le (la) président (e) convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA. L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et par visioconférence est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le (la) secrétaire et le (la) président (e).

Il est composé de 10 à 20 membres selon le schéma suivant :

- 6 à 10 représentants pour le collège 1 (60 %)
- 2 à 5 représentants pour le collège 2 (30 %)
- 2 à 5 représentants pour le collège 3 (10 %)

Les administrateurs sont élus à la majorité simple pour **trois ans** par l'assemblée générale ordinaire (AGO). Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé.

Le conseil d'administration est renouvelé par tiers tous les trois ans. Chaque membre du conseil d'administration est rééligible deux fois sauf pour le collège 3.

Le conseil d'administration choisit parmi les membres adhérents à jour de leur cotisation les chargés de projets ou les représentants pour siéger dans d'autres associations partageant un objectif commun à celui de notre Association.

En cas de vacances d'un poste au conseil d'administration entre deux AGO, ledit conseil pourvoit provisoirement au remplacement du ou de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif lors de la prochaine AGO.

Est éligible au conseil d'administration tout membre de l'association présent ou dûment représenté lors de l'AGO et à jour de ses cotisations

Dans le cas où une personne morale est membre du Conseil d'administration, celle-ci est représentée par son représentant légal.

Le conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances, sous réserve de pouvoirs expressément et statutairement réservés à l'assemblée générale.

La présidence est mandatée par le CA pour ester en justice, signer les contrats et conventions engageant l'Association et statuer quant aux embauches.

### **Article 13 : le bureau**

Le CA choisit parmi ses membres, au scrutin secret, pour 3 ans, un bureau comprenant à minima :

- un (e) président (e) ou 2 coprésidents (es) ;
- un(e) vice-président (es) ou 2 co vice-présidents (es) ;
- un (e) secrétaire et éventuellement un (e) adjoint(e) ;
- un (e) trésorier(ère) et éventuellement un(e) adjoint(e)

Les membres du bureau sont issus d'au moins deux collèges différents (au minimum un usager et/ou un représentant d'organisation autre que libéral). Ils sont élus pour deux ans.

Le bureau est en charge de la gestion des affaires courantes de l'Association. Il se réunit sur convocation de la Présidence chaque fois que nécessaire et au moins 1 fois par an.

Le membre absent à plus de 3 réunions consécutives du Bureau pourra être déclaré démissionnaire par la présidence. Il sera remplacé conformément aux dispositions prévues à cet effet.  
A l'issue de chaque réunion, un procès-verbal est dressé, qui prend compte de l'ensemble des points discutés



et décisions prises.

- **La présidence**

La présidence est chargée d'exécuter les décisions du bureau, de l'assemblée générale et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association qu'elle représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

La Présidence peut ester en justice. Elle a la charge de convoquer les Assemblée Générales et de présenter le rapport moral annuel. La présidence est élue par le Conseil d'Administration pour une durée de trois ans, dans le cadre d'un mandat renouvelable 2 fois.

En cas d'empêchement, de démission, d'incapacité prolongée, ou de décès du (de la) président (e), celle-ci sera remplacée par le (la) vice-président (e), ou selon les modalités du règlement intérieur jusqu'à la tenue d'une nouvelle élection - partielle le cas échéant – lors d'une AGO convoquée par le (la) secrétaire.

- **Le (la) vice-président (e)**

Assiste le (la) président (e) dans l'exercice de ses fonctions et la remplace en cas d'empêchement.

- **Le (la) secrétaire**

Agit sur délégation de la Présidence et assure à ce titre l'administration, l'organisation et le bon fonctionnement de l'Association. Il (elle) a notamment pour mission l'organisation, la tenue des Assemblées Générales et de dresser les procès-verbaux. Il (elle) présente à chaque AGO un rapport d'activité.

- **Le (la) trésorier (ière)**

Tient les comptes de l'Association, décide des dépenses courantes et présente à chaque AGO un rapport financier.

Il (elle) effectue tous paiements et reçoit toutes sommes ; il procède, avec l'autorisation du Bureau au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs. Les actes de disposition qui dépassent la gestion courante des affaires financières et patrimoniales seront en revanche soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

**Article 14 : Rétributions**

Les fonctions de membre du CA sont par défaut bénévoles. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés au vu des pièces justificatives.

Un ou plusieurs membres du CA peuvent être indemnisés pour leur fonction de dirigeant de l'association dans le cadre du dispositif prévu par la loi n °2001-1275 du 28 décembre 2001 de finance pour 2002. Les modalités de cette indemnisation sont soumises à l'approbation annuelle de l'AGO.

Le rapport financier annuel présenté à l'AGO fait mention des indemnisations et remboursements effectués à chacun des membres du CA.

**Article 15 : Règlement intérieur**

Un règlement intérieur pourra être établi par le Conseil d'Administration et être approuvé par l'Assemblée Générale. Ce règlement intérieur devra préciser certains points des statuts, notamment ceux qui ont traités à l'administration interne de l'Association.

Il sera établi une charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle destinée à déterminer en tant que de besoin le détail d'exécution des présents statuts.

## **TITRE IV RESSOURCE DE L'ASSOCIATION - COMPTABILITE**

---

### **Article 16 : Ressources**

Les ressources de l'Association proviennent de toutes ressources prévues par la loi :

- des cotisations ;
- des subventions de l'état de l'Assurance Maladie et tout autre acteur institutionnel privé ;
- du mécénat ;
- des revenus et intérêts des biens et valeurs appartenant à de l'Association ;
- des rétributions perçues pour service rendus dans le cadre le cadre de l'objet de l'association ;
- des dons manuels faits à l'Association ;
- des legs et libéralités.

Cotisation : se référer à l'article 9.

### **Article 17 : Compte annuel – Exercice**

L'Association par son (sa) trésorier (ière) établit des comptes annuels faisant apparaître un compte de résultat, un bilan conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations établie dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice annuel.

Comptabilité d'engagement selon le principe « créances acquises et dettes certaines »

### **Article 18 : Fonds de réserve**

Afin d'une part, de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de constituer un fond de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, quelle qu'en soit la nature.

Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fond sont fixés par l'Assemblée Générale

## **TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION**

---

### **Article 17 : dissolution et dévolution des biens**

En cas de dissolution volontaire ou statutaire dans le cadre des disposition prévues à l'article 9-3 des présents statuts ou de dissolution judiciaire, l'AGE désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 1 juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

En aucun cas les membres de l'association pourront se voir attribuer une part quelconque de l'actif net de l'association, sauf reprise d'un apport. Les actifs nets seront ainsi donnés à une autre association dont les missions seront similaires pour le même territoire.

## **TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES**

---

### **Article 18 : Formalités administratives**

Le (la) président (e) est chargé (e) au nom du bureau d'accomplir toutes les formalités de déclaration de publication prévues par la loi du 1 juillet 1901 tant au moment de la création qu'au cours de l'existence ultérieure de l'association. Le (la) président (e) s'engage à faire connaître dans les trois mois à la Préfecture tous les changements survenus dans l'administration et à présenter les registres et les pièces de comptabilité sur réquisition du Préfet.

## TITRE VII : LIBERALE

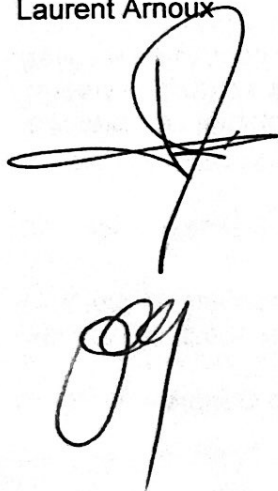
Le rapport et les comptes annuels sont adressés chaque année au Préfet du département.

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

Fait à Besançon le 17 mai 2022

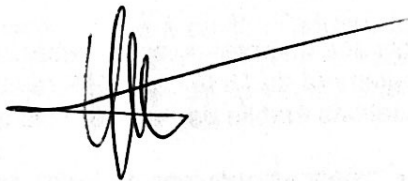
Les coprésidents

Florence Delcey  
Laurent Arnoux



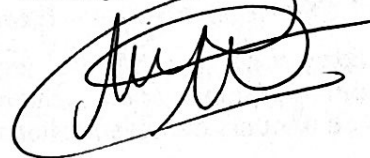
Le trésorier

Hervé Fein



La secrétaire

Aouragh Laborie Audrey



**Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CaPaciTÉS Besançon & Métropole**

*Projet de santé*



Janvier 2023

## Table des matières

Synthèse du Projet de santé .....	4
Préambule .....	10
I. Introduction .....	12
1. Structure juridique porteuse du projet de la CPTS .....	12
Description de l'organisation de la gouvernance du projet ( <i>les statuts sont en annexe</i> )...	13
II. Diagnostic territorial de santé .....	13
1. Description du territoire du projet.....	14
2. Caractéristique de la population .....	16
A. Caractéristiques démographiques.....	16
B. Caractéristiques socio-économiques.....	17
C. Etat de santé.....	20
3. Identification et analyse de l'offre de soin du territoire.....	23
A. L'offre de soins de premier recours .....	24
B. L'offre de soins spécialisée .....	25
C. L'offre médico-sociale .....	27
4. L'accès aux soins.....	29
A. L'accès aux médecins traitants .....	29
B. L'accès aux soins non programmés .....	30
5. Synthèse du diagnostic territorial .....	31
III. Actions de la CPTS selon les missions définies par l'ACI .....	32
1. Les missions socles obligatoires de l'ACI.....	32
A. Amélioration de l'accès aux soins.....	32
B. Permettre l'organisation et la coordination des parcours pluriprofessionnels autour du patient.....	45
C. Développer des actions de prévention.....	57
5 Développer une réponse aux crises sanitaires graves .....	63
2. Les missions complémentaires optionnelles de l'ACI .....	66
A. Développer la qualité et la pertinence des soins .....	66
B. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire.....	72
3. Les missions qui seront développées durant les 5 prochaines années .....	77
A. Perspectives globales.....	77
B. Perspectives spécifiques par rapport aux huit fiches actions .....	78

C.	Deux axes transversaux à déployer à travers toutes les fiches actions : promotion de la santé/prévention et Mon espace santé/ e-santé .....	79
D.	Autres.....	82
4.	Autres actions hors du champs de l'ACI CPTS.....	83
A.	Projet de l'Institut de la vulnérabilité.....	83
B.	Création d'un poste innovant en médiation de la santé sur le quartier de Planoise	83
IV.	Organisation et fonctionnement de la CPTS.....	84
1.	Fonctionnement de la CPTS .....	84
A.	Rôle des instances décisionnelles.....	84
B.	Rôle et missions l'équipe .....	84
C.	Démarche d'élaboration du projet dans une dynamique d'inclusion et d'ouverture	85
D.	Communication et fonctionnement opérationnel .....	86
2.	Les professionnels de santé adhérents de la CPTS .....	86
3.	Liste des services/ établissements partenaires de la CPTS.....	87
	Annexes .....	88
1.	Annexe 1 : liste des communes du territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole.....	88
4.	Annexe 2 : PV Assemblée Générale Constitutive.....	91
5.	Annexe 3 : Statuts CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole.....	96

## Synthèse du Projet de santé

*Le projet de santé de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) CaPacITÉS Besançon & Métropole (B&M) a été élaboré à partir des réalités et initiatives impulsées à Besançon et au sein du Grand Besançon Métropole dans une perspective d'avenir sur un territoire vécu.*

*Le présent projet s'appuie sur :*

- *le diagnostic réalisé,*
- *la concertation avec des centaines de professionnels, élus, usagers de Besançon et Grand Besançon Métropole réunis et consultés au cours des années 2021-2023.*

*Il a fait l'objet de la signature d'un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 9 mars 2023 avec l'Agence régionale de santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté et la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) du Doubs.*

### DIAGNOSTIC

La zone géographique de la CPTS CaPacITÉS B&M est fortement peuplée et contrastée, avec une population importante au sein de Besançon intramuros, et des zones péri-urbaines moins denses et devenant de plus en plus rurales lorsqu'elles s'écartent du centre urbain. Cette diversité est un 1<sup>er</sup> facteur influant sur les besoins et l'organisation de l'offre de santé.

La population est plus jeune et avec un niveau socio-économique plus élevé sur notre territoire qu'au niveau du département, de la région et de la France. En effet, si le taux de chômage est globalement plus faible, il existe, notamment sur Besançon intramuros, « des poches » de pauvreté importantes. Cinq quartiers sont classés comme prioritaires par rapport à « la politique de la ville ». Cette spécificité est une 2<sup>ème</sup> composante à prendre en compte pour développer une approche adaptée des services de santé auprès d'usagers dont l'accès aux soins est souvent difficile, avec un renoncement fréquent, des parcours de santé erratiques et un niveau de littératie faible demandant des approches adaptées en promotion de la santé.

En matière de santé, là encore, les indicateurs sont globalement plus favorables sur le territoire de notre CPTS. Cependant, si la participation au dépistage des cancers ou le taux de vaccination contre la grippe sont plus élevés que sur le département, la région ou en France, ces pourcentages restent en dessous des recommandations préconisées. Il en est de même pour le taux de recours aux antibiotiques, plus faible sur notre territoire, mais qui reste très élevé par rapport aux autres pays européens. Bien évidemment, ces moyennes cachent certainement des disparités géographiques et sociales intra-territoriales liées aux deux constats énoncés précédemment.

Il en est de même pour l'offre de santé, médico-sociale et sociale. Elle est importante, mais ne bénéficie pas uniquement aux populations habitant sur notre territoire. C'est particulièrement vrai par rapport à l'attractivité du CHRU, des cliniques et des spécialistes installés sur notre territoire. Leur patientèle peut être extra territoriale à Besançon et Grand Besançon Métropole.

*Cette situation conduit à trois constats contrastés :*

- *La proximité géographique de cette offre et surtout des lieux de formation des jeunes professionnels de ces secteurs est incontestablement un atout.*
- *La perception des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours et de la population en général est que l'accès à un médecin traitant et à certaines spécialités est particulièrement difficile, cette situation*

*étant exacerbée pour la population la plus vulnérable (médicalement et socialement) et les personnes éloignées du centre urbain.*

- *Enfin, cette offre, que cela soit dans le domaine de la prévention ou du soin, apparaît comme peu coordonnée, mal identifiée et conduisant à une perception d'un foisonnement peu maîtrisé. C'est particulièrement vrai pour : 1. la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie ; 2. Les actions de promotion de la santé et la prévention qui sont multiples et font peu le lien avec les acteurs du soin de proximité.*

## LES FICHES ACTIONS

A l'issue de la réalisation du diagnostic territorial et des rencontres avec les professionnels de santé de la CPTS, huit thématiques prioritaires ont émergé :

1. L'accès aux soins non programmés
2. Faciliter l'accès à un médecin traitant
3. L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée
4. Les entrées et sorties d'hospitalisation
5. Le dépistage du cancer colorectal
6. Le développement d'une réponse aux crises sanitaires graves
7. Le bon usage des antibiotiques
8. L'exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours.

### **1. Répondre aux soins non programmés en apportant une réponse adaptée (*amélioration de l'accès aux soins*)**

#### **Objectif**

Faire progresser le nombre de patients qui accèdent à des soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant dans les 24 à 48h, en dehors des horaires de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).

#### **Tâches opérationnelles mises en place dans un premier temps :**

- Recueillir et analyser les évaluations des dispositifs existants.

*Le but de ce travail est d'avoir une vraie complémentarité en matière d'organisation et d'outils, notamment numérique.*

- Répertorier les médecins généralistes du territoire de la CPTS en identifiant leurs disponibilités pour être effecteurs et leurs champs de compétences.

*Ce repérage sera fait à travers un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins généralistes.*

- Informer les usagers sur les schémas de l'offre de soins dans le cadre de la prise en charge des consultations non programmées.

*Le bon usage de l'offre de soins est un élément important pour faciliter la prise en charge du patient. L'information du public en est une composante essentielle.*

#### **Tâches opérationnelles à développer dans un second temps :**

- Mobiliser et former les médecins généralistes volontaires pour participer à la régulation.

*Cette formation se fera en collaboration avec l'ACORELI.*

- Faire connaître et promouvoir les protocoles de coopération pluri-professionnelle (avec ou sans délégation) dans le cadre des soins non programmés.

*La coopération entre professionnels de santé contribue à élargir l'offre de soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge.*

- Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée



*La CPTS souhaite, pour cela, faciliter la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes de radiologie afin d'améliorer les conditions de réalisation des consultations non programmées.*

**A noter :** lors de la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS), un avenant sera élaboré et signé.

## **2. Faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les assurés avec une priorisation auprès des publics les plus vulnérables (*amélioration de l'accès aux soins*)**

### **Objectif :**

Réduire le nombre d'usagers sans médecin traitant déclaré et faciliter leur accès

### **Tâches opérationnelles à développer dans un premier temps :**

- Faciliter l'accès à un médecin traitant de proximité pour tous les usagers, avec une priorité pour les personnes en ALD, ayant la Complémentaire santé solidaire (CSS), les plus de 70 ans, et de façon générale les publics les plus vulnérables

*Pour réaliser cette tâche, la CPTS va dans un premier temps réaliser une cartographie des médecins généralistes capables de prendre en charge de nouveaux patients. Puis dans un second temps, la CPTS accompagnera les usagers n'ayant pas trouvé de médecin traitant.*

- Favoriser l'accès à un médecin traitant pour les patients fréquentant les structures d'addictologie et les Centres médico-psychologiques.

*Cette mission aura pour but de faciliter pour les généralistes la prise en charge de cette patientèle spécifique, en lien avec les structures concernées.*

### **Tâches opérationnelles développées dans un second temps :**

- Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients ne pouvant pas se déplacer

*Les consultations à domicile demandent plus de temps que celles en cabinet, c'est pourquoi un travail de recherche sur les solutions les plus adaptées pour le patient et le généraliste sera mené.*

- Promouvoir l'accès aux droits des patients, auprès des professionnels de santé et des patients eux-mêmes.

*Cette mesure vise à lutter contre le renoncement aux soins des populations les plus précaires.*

## **3. Repérage des signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque chez les personnes de 65 ans et plus (*organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient*)**

### **Objectif :**

Faire progresser le repérage précoce (signes d'alerte) de l'insuffisance cardiaque (IC) chez les sujets âgés de 65 ans et plus, souffrant de pathologies cardiaques ou non

### **Tâches opérationnelles :**

- Recenser tous les acteurs concernés

*Action réalisée avec l'aide du Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC)*

- Informer et former les professionnels de santé et non professionnels de santé ainsi que les aidants aux 4 signes – Essoufflement, Prise de poids, Œdème, Fatigue – (EPOF)

*Réalisation de formations pluriprofessionnelles de différents niveaux d'information (en fonction du public ciblé).*

- Bon usage des examens pour la détection précoce et la prise en charge de l'IC.

*Organisation d'un webinaire et d'une fiche de recommandation sur l'évolution des préconisations de suspicion de l'IC : délais de consultation, recommandation de prescription médicamenteuse et biologique, seuils d'alerte... Une équipe constituée de médecins généralistes, de cardiologues et de biologistes sera en charge de cette action.*

#### **4. Organiser, coordonner et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes de plus de 65 ans (organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient).**

##### **Objectif :**

Fluidifier en aval et en amont, les hospitalisations pour les personnes de 65 ans et plus

##### **Tâches opérationnelles :**

- Répertorier les acteurs qui interviennent dans le champ de l'entrée et la sortie d'hospitalisation.  
*Une multitude d'offres de prises en charge et d'accompagnements existent sur le territoire. Ce travail permettra de bien identifier tous les dispositifs et acteurs.*
- Travailler en collaboration avec les institutions (CPAM, ARS) sur l'articulation existante  
*Cette action vise à coordonner l'offre disponible sur le territoire avec l'aide de la CPAM.*
- Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus.  
*Des actions en amont et en aval seront mises en place ; exemple : fiche conseil pour bien préparer son hospitalisation et sa sortie.*

Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées chez les personnes de 65 ans et plus.

#### **5. Dépistage du cancer colorectal (développement des actions territoriales de prévention)**

##### **Objectif :**

Augmenter le taux de dépistage du cancer colorectal à l'aide de tests exploitables et faire progresser la réalisation effective d'une coloscopie après un test positif.

##### **Tâches opérationnelles :**

- Spécifier les freins existants et les leviers possibles sur notre territoire concernant ce dépistage  
*Ce travail devrait permettre d'éclairer, au regard de la situation du territoire, les actions à mettre en œuvre.*
- Favoriser les actions d'information et d'éducation sur les territoires ainsi que les nouvelles modalités d'accès aux tests  
*Elles s'organiseront grâce à la mobilisation notamment des pharmaciens et des infirmières, et à des actions ciblées dans certains quartiers ou bassins de proximité.*
- Développer des relances auprès des usagers n'ayant pas réalisé un test  
*Elles se feront en lien avec le Centre de dépistage et la CPAM.*
- Assurer un suivi chez les personnes testées positives.

*Un travail de concertation a été lancé avec les gastroentérologues de ville et du CHU ainsi que les médecins traitants pour : 1. faciliter la prise de rendez-vous afin d'effectuer une coloscopie dans les délais recommandés ; 2. avoir une information qualitative partagée sur les résultats*

## 6. Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS

### Objectif :

Elaborer et piloter un plan d'action en cas de crise sanitaire grave.

### Tâches opérationnelles :

- Ecrire un plan d'action en cas de crise sanitaire en accord avec la trame nationale développée par l'ARS.

*Ce plan sera écrit par un groupe de travail pluriprofessionnel. Il suivra la trame élaborée par la FeMaSCO. Puis, il sera présenté à tous les acteurs du territoire. Il sera actualisé tous les ans.*

## 7. Le bon usage des antibiotiques par le développement de l'utilisation des TROD angine pour lutter contre l'antibiorésistance (*développement de la qualité et de la pertinence des soins*)

### Objectif :

Diminuer la consommation d'antibiotiques en médecine de ville, avec une priorité donnée dans un 1er temps au développement de l'utilisation des TROD (Test Rapide d'Orientation de Diagnostic) angine.

### Tâches opérationnelles :

- Promouvoir l'utilisation des TROD

*Notamment auprès des pharmaciens qui sont dorénavant habilités à faire les TROD en officine.*

- Autres initiatives qui interviendront dans un second temps
  - o Soutenir la communication auprès de la population sur le bon usage des antibiotiques.
  - o Aider à la mise en œuvre de l'expérimentation des ordonnances dédiées.
  - o Promouvoir le service de téléexpertise pour les maladies infectieuses.

## 8. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

### Objectif :

Favoriser la constitution d'au moins une équipe coordonnée de soins de 1er recours dans chaque quartier ou bassin de proximité qui ne bénéficie pas actuellement de cette offre et de cette organisation, en s'appuyant sur les professionnels en activité dans ces territoires et les jeunes/futurs professionnels en cours de formation.

### Tâches opérationnelles :

- Constitution des équipes en exercice coordonné de soins de premier recours

*Pour cette première année, l'objectif est de constituer au moins :*

- o *une équipe de soins primaire dans un quartier prioritaire de Besançon*
- o *une équipe de soins primaire dans un bassin de proximité du Grand Besançon Métropole.*

- Accompagner les jeunes professionnels

*Cet accompagnement se fera sur trois axes :*

- o *Renforcer les deux dispositifs existants : séminaires « travailler ensemble » et « incubateur d'installation »*
- o *Élargir ces dispositifs en place aux autres professionnels de santé et aux professions du médico-social et du social (ce dispositif existe aujourd'hui uniquement pour les internes en médecine générale)*

- *Mettre en œuvre un accompagnement sur la durée avant et après la fin des études avec une notion de tutorat entre les jeunes professionnels et professionnels en activité.*

## **A NOTER**

Deux groupes de travail transversaux ont été mis en place :

### **Promotion de la santé/prévention**

Un des objectifs initiaux de ce groupe est de mettre en place dans les quartiers et les bassins de proximité des rencontres pour développer sur des thèmes de santé « une alliance de prévention » entre les professionnels et la population, avec le souci de rejoindre les publics les plus défavorisés afin de ne pas creuser les inégalités sociales de santé, mais bien au contraire de les réduire (universalisme proportionné).

### **Mon Espace Santé/e-santé**

Le travail de ce groupe porte essentiellement sur le développement de l'usage et donc de l'appropriation de certains de ces outils numériques par les professionnels de santé et la population, dans le but d'améliorer l'offre de santé et de soin sur notre territoire.

*D'autres thématiques pourront être traitées dans les 5 ans à venir en lien avec des priorités émergentes.*

## Préambule

Depuis décembre 2019, les professionnels de santé de Besançon et du Grand Besançon sont engagés avec leurs partenaires dans la construction d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Trois mots clefs caractérisent **le projet de santé** CaPacITÉS Besançon & Métropole (B&M), solidarité, innovation et participation :

- **Solidarité** car ce terme correspond à un ensemble de valeurs importantes qui guident les activités de notre communauté. Une attention particulière sera portée aux publics les plus vulnérables, que cela soit sur le plan médical (personnes atteintes de pathologies chroniques, sujets âgés et/ou en situation de handicap) et social (public économiquement fragile). La démarche conduite s'appuie sur l'universalisme proportionné répondant à la définition suivante : « *L'universalisme proportionné vise ainsi à combiner les deux approches, universelle ou ciblée, pour qu'à la fois l'ensemble de la population accède aux programmes de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux groupes les plus exposés* »<sup>1</sup>. C'est la raison pour laquelle, la place des usagers est indispensable dans la démarche promue, afin de leur donner le pouvoir d'agir.
- **Innovation** est le second mot essentiel. Notre système de santé et de soin doit évoluer pour mieux répondre aux besoins actuels de la population : faire face à la transition épidémiologique (maladies chroniques, personnes âgées), mieux assurer l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital à travers des parcours sans rupture, réduire les inégalités sociales de santé en favorisant l'accès de tous à la santé et aux soins, sont quelques-uns des défis qu'il nous faut relever. De nombreux promoteurs de cette future CPTS sont engagés depuis de nombreuses années dans ce processus d'innovation à travers la capitalisation des savoirs expérientiels<sup>2</sup>.
- **Participation**. Pour la constitution de cette CPTS, la dynamique fédérative constatée sur ce territoire à l'occasion de la crise COVID a été un moteur important. En effet, afin de rendre plus opérationnelles les actions contre la COVID-19, au service de tous les habitants de Besançon et du Grand Besançon, les professionnels de santé de ce territoire ont mis en place immédiatement une Communauté bisontine pluri-professionnelle de santé (CBPPS). Les initiatives prises par la CBPPS, aux côtés de l'ARS, de la CPAM, de la municipalité et de multiples acteurs associatifs ont été nombreuses. Face à une crise inédite, ces initiatives ont montré la réactivité des professionnels de santé et le sens donné à la notion de participation de tous : professionnels, élus, usagers...

Notre projet vise à améliorer la prise en charge de la santé de la population du territoire en renforçant la coordination interprofessionnelle et en développant des actions partagées entre les acteurs de santé libéraux, les hospitaliers, les intervenants des secteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que les usagers et les associations engagées au plus près de la population, dans les quartiers et les bassins de proximité.

La CPTS CaPacITÉS B&M tient également à s'inscrire dans une démarche de santé publique, de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec les orientations du Contrat local de Santé (CLS) du Grand Besançon Métropole 2020-2024 (cf. le Forum Santé du 8 novembre 2022)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Michael Marmot : Fair Society, Healthy Lives ; <https://www.local.gov.uk/marmot-review-report-fair-society-healthy-lives>

<sup>2</sup> Université d'été francophone en santé publique de Besançon : La capitalisation : produire et partager des connaissances expérientielles pour les interventions en santé publique ; <https://www.pole-federatif-sante-publique-bfc.org/universite-ete-francophone-sante-publique/2022-19/capitalisation-produire-et-partager-des-connaissances-experientielles-pour-les-interventions-en-sante-publique>

<sup>3</sup> Le contrat local de Santé Grand Besançon 2020-2024 ; <https://www.grandbesancon.fr/actualite/le-contrat-local-de-sante-grand-besancon-2020-2024/>

Le projet présenté dans ce document a vocation à évoluer en fonction des attentes de la population de notre territoire et des professionnels de santé, mais également des orientations de la future Stratégie nationale de santé et du Projet Régional de Santé (PRS)<sup>4</sup>. Ce dernier verra en 2022 et 2023 la révision d'une de ses composantes, le Schéma Régional de Santé (SRS)<sup>5</sup>.

Les propositions formulées dans notre projet de santé s'appuient sur :

- le diagnostic réalisé,
- la concertation avec des centaines de professionnels, élus, usagers de Besançon et Grand Besançon métropole réunis et consultés au cours des derniers mois (rencontres de travail « physiques », visios, réunions de bureau...).

**Au total**, ce projet de santé a été élaboré à partir des réalités et initiatives impulsées à Besançon et au sein du Grand Besançon Métropole dans une perspective d'avenir sur un territoire vécu.

---

<sup>4</sup> Haut Conseil de la Santé Publique : Les travaux du HCSP pour la préparation de la future Stratégie nationale de santé ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1261>

<sup>5</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Projet régional de santé (PRS) 2018-2028 ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>

## I. Introduction

### 1. Structure juridique porteuse du projet de la CPTS

<b>Nom de la CPTS :</b>	CaPacITeS Besançon & Métropole	
<b>Nom de l'association 1901<sup>6</sup> :</b>	CaPacITeS Besançon & Métropole	
<b>N° SIRET :</b>	88907008200017	
<b>Coordonnées de l'association</b>	Adresse postale :	57 rue des Flûttes Agasses 25000-Besançon
	Téléphone :	03 81 83 22 74
	email :	cptsnebesancon@gmail.com
	email à diffuser sur le site de l'ARS :	cptsnebesancon@gmail.com
<b>Représentant légal de l'association</b>	DELCEY Florence Infirmière libérale 06 27 24 48 43 <a href="mailto:delcey.florence16@gmail.com">delcey.florence16@gmail.com</a>	
	ARNOUX Laurent Pharmacien 06 81 86 55 96 <a href="mailto:laurentarnouxpharmacien25@gmail.com">laurentarnouxpharmacien25@gmail.com</a>	
<b>Coordonnateurs de la CPTS</b>	BAUDIER François, Chargé de mission 06 07 62 95 40 <a href="mailto:francois.baudier@fnes.fr">francois.baudier@fnes.fr</a>	
	MASSON Clémence Coordinatrice 07 86 94 80 50 <a href="mailto:clemence.masson.pro@gmail.com">clemence.masson.pro@gmail.com</a>	

<sup>6</sup> L'association est le statut juridique unique des CPTS depuis l'ordonnance du 12 mai 2021

**Description de l'organisation de la gouvernance du projet (les statuts sont en annexe)**

La CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est une association de loi 1901, elle est composée actuellement de 175 adhérents physiques ou morales.

L'association est dirigée par un Conseil d'Administration (CA) composé de 12 membres représentatifs des collèges de ses membres selon le schéma suivant :

- 6 représentants du collège 1 soit 50% (professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné)
- 4 représentants du collège 2 soit 33% (établissement, structure de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers)
- 2 représentants du collège 3 soit 17% (personnes morales ou physiques intervenant dans le champ d'action de l'association)

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau.

La gestion des affaires courantes de l'Association est à la charge du Bureau. Ces membres sont issus d'au moins deux collèges différents et sont élus pour deux ans.

Le bureau est actuellement composé :

- Deux coprésidents : Florence DELCEY (infirmière libérale) et Laurent ARNOUX (pharmacien)
- Deux Vice-présidentes : Leila HANNOUNI (infirmière libérale) et Nicole PICARD (usager)
- Trois secrétaires : Audrey AOURAGH-LABORIE (infirmière libérale), Patrick VUATTOUX (médecin généraliste), Olivier DURET (médecin généraliste)
- Un trésorier : Hervé FEIN (pharmacien)

Enfin, les actions de la CPTS sont mises en œuvre par l'équipe de coordination actuellement composée d'un chargé de mission, Docteur François BAUDIER et d'une coordinatrice Clémence MASSON.

## II. Diagnostic territorial de santé

Le diagnostic territorial de la CPTS CaPacITÉS B&M s'appuie sur de nombreuses données chiffrées provenant de plusieurs institutions :

- Les sources mises à disposition par l'Assurance Maladie, notamment le diagnostic Rézone<sup>7</sup>.
- Les données de l'ARS, grâce aux plateformes en ligne C@rtoSanté<sup>8</sup> et AtlaSanté.

<sup>7</sup> Assurance maladie – Rézone ; <https://rezonecpts.ameli.fr/>

<sup>8</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Cartosanté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/cartosante>

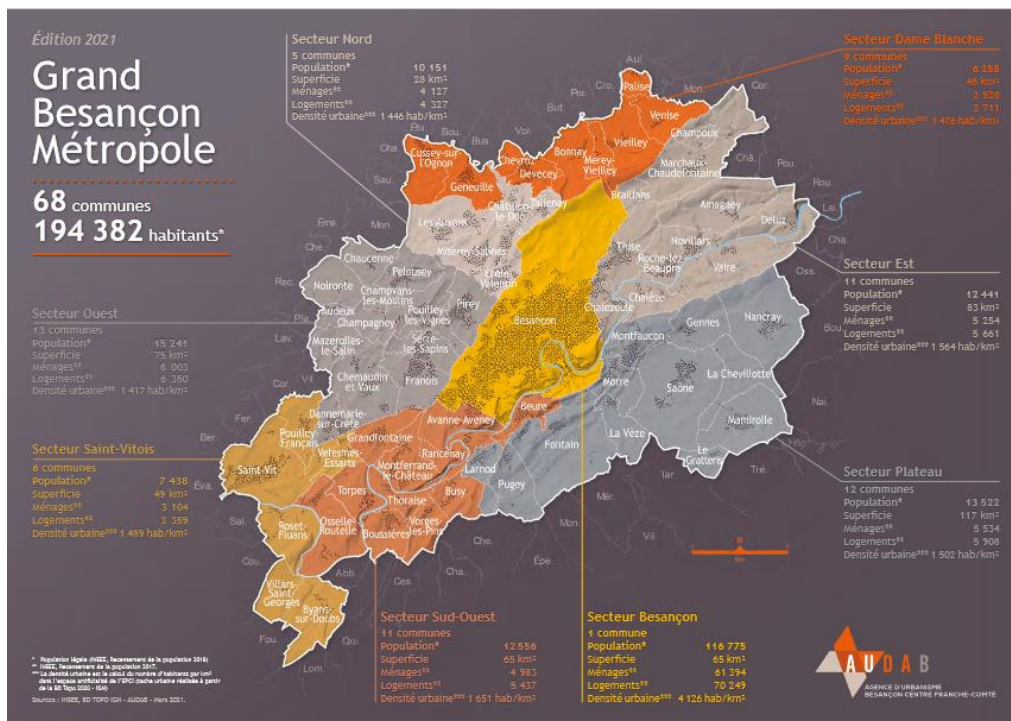


- Enfin, la CPTS a pu bénéficier de documents de la ville de Besançon, plus particulièrement du diagnostic du Contrat Local de Santé (CLS) basé sur le même territoire que la CPTS, de l'Analyse des Besoins Sociaux du Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) de Besançon<sup>9</sup> ainsi que les données socio-économiques de l'Agence d'Urbanisme Besançon Centre Franche-Comté (AUDAB)<sup>10</sup>.

## 1. Description du territoire du projet

La CPTS CaPacITÉS B&M couvre l'ensemble du territoire du Grand Besançon Métropole. Au total, ce sont 68 communes de Bourgogne Franche-Comté regroupées. Il s'agit d'une Communauté de taille 4, représentant près de 200 000 habitants (Figure 1).

Figure 1



AUBAD, Agence d'Urbanisme Besançon centre Franche-Comté, 2021

Les communes affiliées à la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole sont disponibles en annexe (Tableau I)<sup>11</sup>.

La plus grande commune est Besançon avec 117 912 habitants. Elle est divisée en quatorze quartiers dont certains (5) sont prioritaires de la politique de la ville. Plusieurs communes dépassent 3000 habitants : Saint-Vit avec 4 922 habitants, Saône avec 3 231 habitants ou encore Thise avec 3 020 habitants. La plus petite commune est Champoux avec 91 habitants.

Parmi les 68 communes, 9 sont des Zones d'Aménagement Concerté (ZAC) :

<sup>9</sup> CCAS – Besançon : Analyse des besoins sociaux 2020 : Grandes thématiques ; <https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2021/02/CCAS-ABS-2020-GrandesThematiques-BD.pdf>

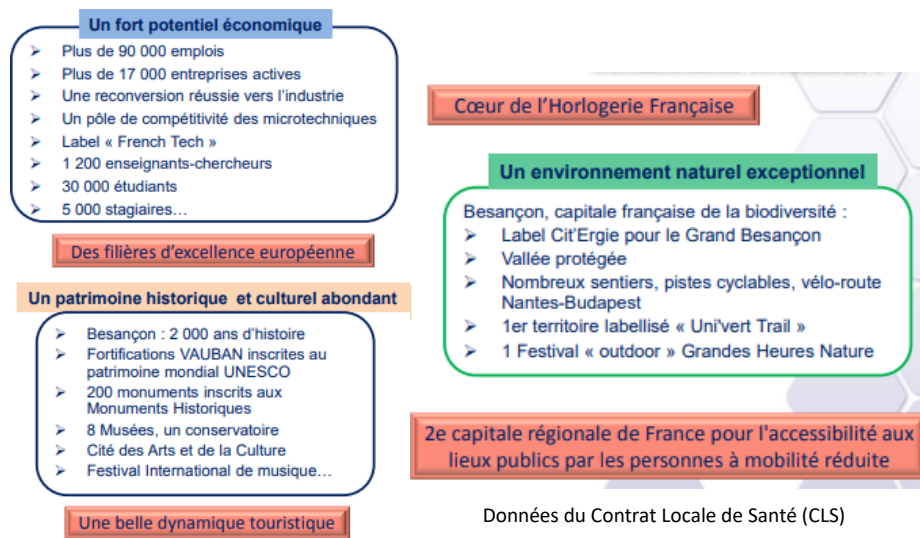
<sup>10</sup> Agence d'urbanisme Besançon centre Franche-Comté : <https://www.audab.org/contenu/l-association>

<sup>11</sup> Annexe 1 p 29 du présent document

- Byans-sur-Doubs
- Dannemarie-sur-Crête
- Osselle-Routelle
- Palise
- Pouilley-Français
- Roset-Fluans
- Saint-Vit
- Velesmes-Essarts
- Villars-Saint-Georges

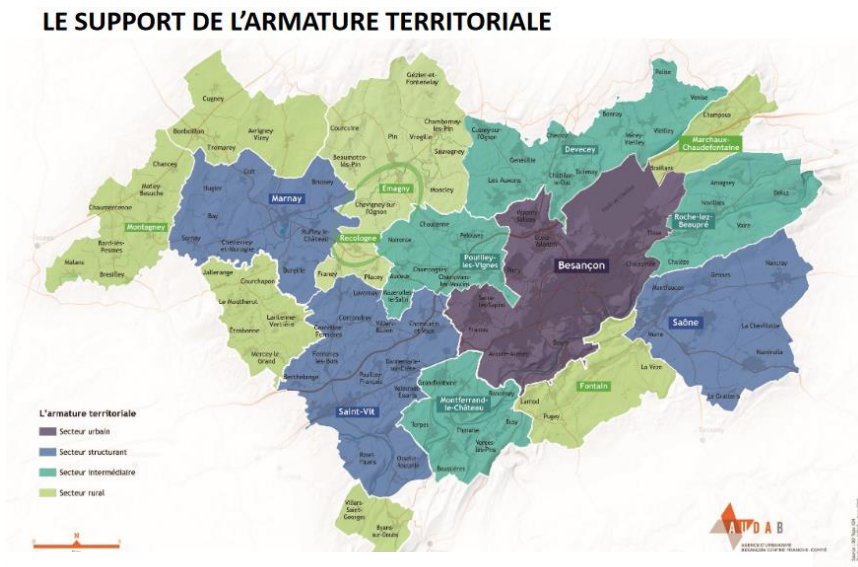
Le Grand Besançon Métropole est décrit comme un territoire ayant « un important potentiel économique, environnemental et culturel » (Figure 2)

**Figure 2**



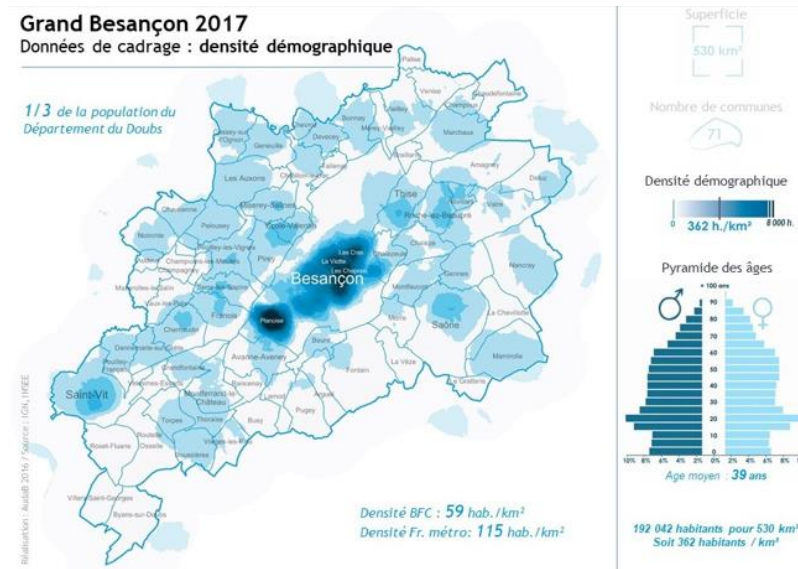
Le Grand Besançon Métropole regroupe 9 bassins de proximité (Figure 3)

**Figure 3**



Ces bassins de population ont des profils contrastés allant d'un territoire très urbanisé comme Besançon à des secteurs plus ruraux comme Marchaux, Grandfontaine ou Fontain. L'importance quantitative de la population et ce paysage varié représentent un facteur de richesse mais aussi de complexité pour le projet de santé de la CPTS CaPacités B&M. En effet, les besoins de ce grand territoire sont différents, notamment en fonction de la zone géographique, de la démographie et de la répartition des soignants et des services à la personne.

**Figure 4**



Au niveau de la densité démographique, l'essentiel de la population est concentré à Besançon (Figure 4). Le reste du territoire est plus ou moins dense avec une inégale répartition de la population. On remarque notamment des zones très peu peuplées qui contrastent avec la forte densité bisontine.

## 2. Caractéristique de la population

### A. Caractéristiques démographiques

Le périmètre d'action de la CPTS CaPacités B&M est situé sur le territoire le plus densément peuplé de la région Bourgogne Franche-Comté (Tableau II). Il s'agit également de la plus grosse CPTS de la région représentant près de 200 000 Habitants.

**Tableau II**

Territoire	Densité de population
CPTS	363 hbts au km <sup>2</sup>
Département du Doubs	101 hbts au km <sup>2</sup>
Région Bourgogne Franche-Comté	59 hbts au km <sup>2</sup>

INSEE-2013

### a. Nombre d'habitants et évolution

D'une manière générale, la population de Besançon et du Grand Besançon Métropole augmente et bénéficie d'un solde naturel<sup>12</sup> positif. Le Doubs est d'ailleurs le seul département en Bourgogne Franche-Comté dont le taux d'accroissement naturel reste positif et supérieur au niveau national. A Besançon, la population a augmenté de 0,2% au cours de l'année 2020<sup>13</sup>. Cette évolution est due pour la moitié au solde naturel (+67 000 personnes). Cependant, cette progression a baissé par rapport aux années précédentes, et ce pour deux raisons :

- La pandémie de la Covid 19 a fait augmenter le nombre de décès à Besançon de 10% par rapport à l'année précédente.
- Le taux de natalité continue de diminuer sur le territoire. A Besançon, une baisse de 3% du nombre de naissance a été constatée en 2020.

Ces données sont issues de la Direction Relations Usagers Service Etat Civil de la Ville de Besançon.

### b. Structures par âge de la population

Les personnes entre 15 et 29 ans sont sur-représentées sur le territoire du Grand Besançon Métropole (23,3%), par rapport au département (18,5%), à la région (16,2%) et au niveau national (17,5%).

La population de la CPTS est globalement moins âgée :

- 24,7% de la population du Grand Besançon Métropole a plus de 60 ans,
- 25,4% pour le Doubs
- 29,6% pour la Région Bourgogne Franche-Comté
- 27% France entière

Par ailleurs, la tranche d'âge des 75 ans et plus est légèrement sous-représentée : 8,9% pour le territoire de la CPTS, tandis qu'elle est de 9,2% pour le département du Doubs, de 11% pour la Région Bourgogne Franche-Comté et de 9,8 pour la France<sup>14</sup>.

La population couverte par la CPTS est donc plus jeune que dans le reste du département, de la région et de la France. Il est également à noter que cette population a tendance à rester jeune puisque son indice de vieillissement<sup>15</sup> est de 66,5 alors qu'il est de 93,2 pour la région<sup>16</sup>.

## B. Caractéristiques socio-économiques

L'analyse des caractéristiques socio-économiques du territoire permet d'identifier les facteurs qui peuvent affecter l'accès aux soins de la population.

### a. Précarité

Les indicateurs de précarité (Tableau III) montrent une situation relativement favorable de manière globale pour la population du Grand Besançon Métropole. En effet, le territoire bénéficie d'un taux de

<sup>12</sup> Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

<sup>13</sup> CCAS Besançon, Analyse des Besoins sociaux de Besançon 2021

<sup>14</sup> La France désigne la France Métropolitaine. Il en est de même dans le reste du document.

<sup>15</sup> L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

<sup>16</sup> CLS Besançon, Données du Diagnostic du Contrat Local de Santé.

chômage plus faible par rapport au taux constaté dans le Doubs, la Région BFC et la France. Ceci peut être expliqué par son pourcentage de personnes non diplômées inférieur aux taux comparés (département, région, France). En revanche, le taux de pauvreté et de personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) reste préoccupant.

Cette situation est d'autant plus marquée pour les jeunes de moins de 30 ans, car, 36%<sup>17</sup> d'entre eux sont en dessous du seuil de pauvreté.

**Tableau III**

	Taux de chômage <sup>18</sup>	Taux de CSS, ou C2SP ou AME <sup>19</sup>	Part des familles monoparentales <sup>20</sup>	Part des non-diplômés <sup>21</sup>	Taux de pauvreté <sup>22</sup>
CPTS CaPacités B&M	6,5%	14,8%	14,7%	19,3%	12,1%
Doubs	7,3%	9,8%	14,7%	22,4%	12,1%
Région BFC	6,8%	/	14,1%	23,8%	12,8%
France	7,8%	10,7%	16,5%	21,9%	14,9%

Besançon est la ville où le taux de pauvreté est le plus élevé avec 22%<sup>23</sup> de la population en dessous du seuil de pauvreté. C'est également dans ce bassin de vie que se situent les cinq quartiers prioritaires du territoire de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole :

- La Butte-Grette où le taux de pauvreté est de 11,5%<sup>24</sup>
- Montrapon qui concentre les ménages les plus en difficulté sur le plan social. La part d'allocataires à bas revenus est de 21,8%<sup>25</sup>.
- Palente-Orchamps au sein duquel les ménages à bas revenus sont en croissance régulière (+89 ménages entre 2019 et 2020<sup>26</sup>). De plus, le taux de pauvreté y est deux fois plus élevé (40,8%<sup>27</sup>) que dans le reste de la ville.
- Le quartier des Clairs Soleils, il se démarque par sa grande fragilité sociale.
- Le quartier de Planoise, où les indicateurs de précarité ne cessent de s'intensifier. En effet, les revenus médians disponibles sont tous inférieurs au revenu médian de la ville. Les taux d'emploi sont les plus bas et continuent de diminuer (37% pour les femmes et 42% pour les hommes à Planoise contre 53% pour les femmes et 57% pour les hommes à Besançon)<sup>28</sup>. Conséquence, le taux de pauvreté dépasse les 50%<sup>29</sup> dans le quartier.

<sup>17</sup>CCAS, Analyse des Besoins Sociaux, édition 2021.

<sup>18</sup> INSEE : Taux de chômage par zone d'emploi au 2<sup>ème</sup> trimestre 2021

<sup>19</sup> DREES : Minima sociaux et prestations sociales éditions 2021

<sup>20</sup> INSEE : Composition des familles RP 2019

<sup>21</sup> INSEE : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus.

<sup>22</sup> INSEE : Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2019

<sup>23</sup> Idem

<sup>24</sup> Idem

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Idem

<sup>27</sup> Idem

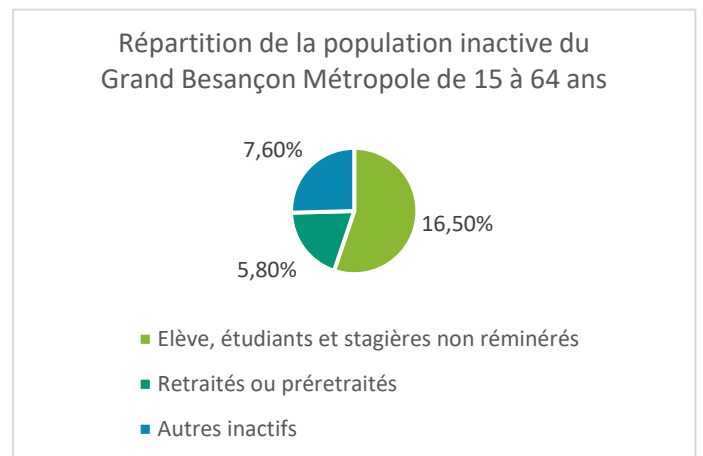
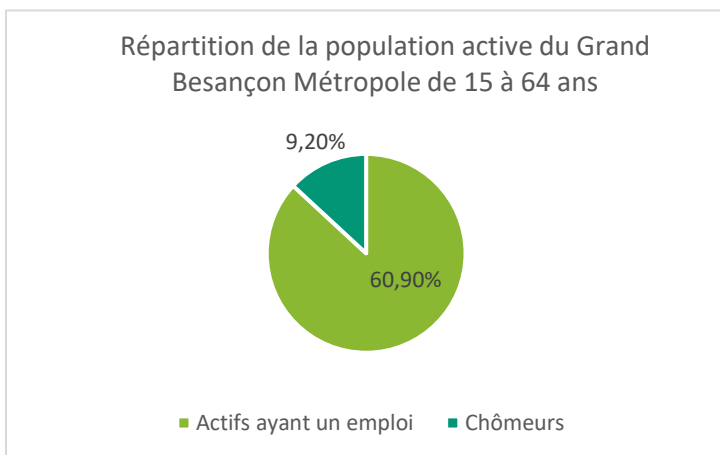
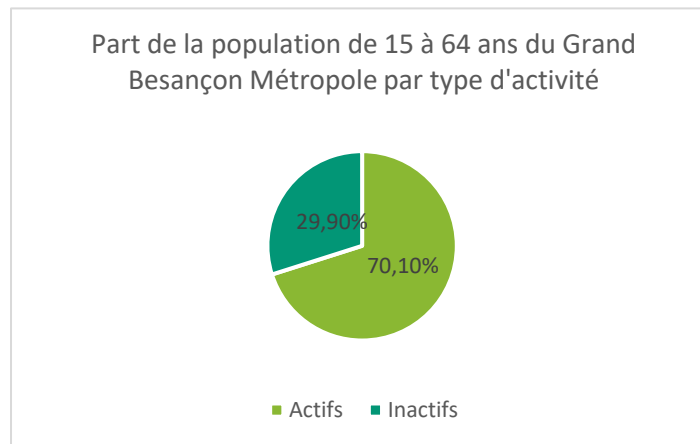
<sup>28</sup> : Analyse des Besoins Sociaux du CCAS 2021, Insee, recensement de la population 2018. FILOSOFI 2018

<sup>29</sup> : Analyse des Besoins Sociaux du CCAS 2021

Les secteurs et quartiers les plus défavorisés demandent une attention particulière, surtout au niveau de l'accès aux soins qui est souvent plus difficile que dans le reste du territoire par manque de moyens et de connaissance du système de santé actuel. Une attention spécifique devra être portée sur ces territoires fragilisés.

*b. Les catégories socioprofessionnelles<sup>30</sup>*

**Figures 5, 6 et 7**

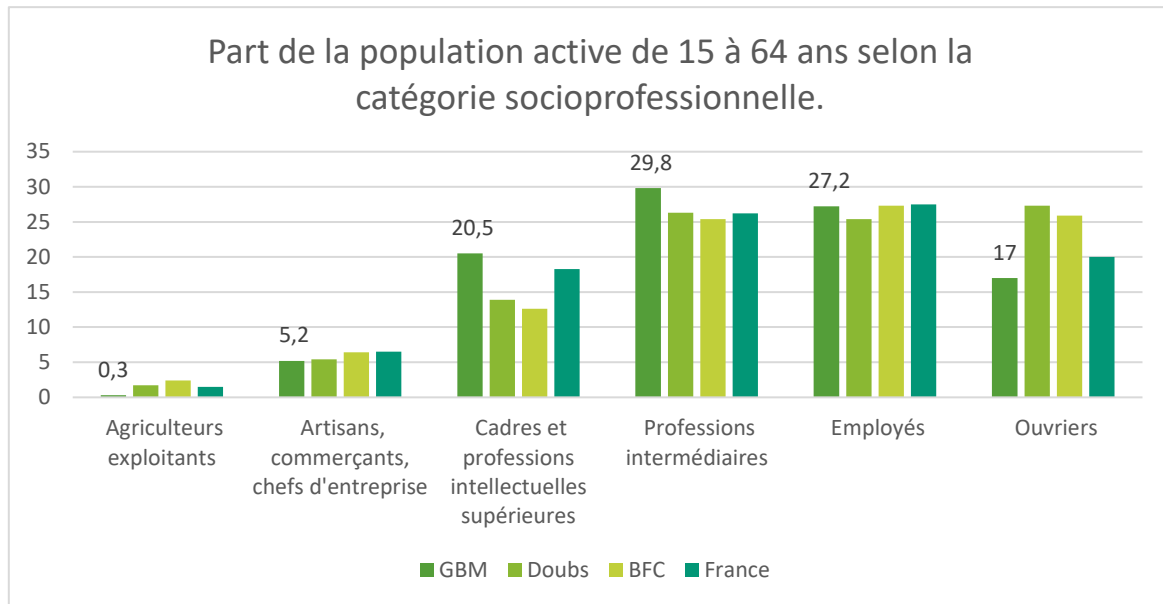


Parmi la population du Grand Besançon âgée de 15 à 64 ans, environ 70% de cette tranche d'âge est active (61% ont un emploi, et 9% sont au chômage) et environ 30% est inactive (16,5% sont en étude, 5,8% sont retraités et enfin 7,6% sont des « autres inactifs »).

Parmi la population active, la répartition en catégorie socioprofessionnelle est la suivante :

<sup>30</sup> Insee, RP 2019

**Figure 8**



Le graphique ci-dessus montre que la population active est majoritairement composée de professions intermédiaires (29,8%), d'employés (27,2%) et de cadres et professions intellectuelles supérieures (20,5%). L'écart entre le nombre de ces professions avec les autres échelles de comparaison est assez important. Ceci est en corrélation avec le fait que la population du territoire de la CPTS est plus diplômée que la moyenne régionale, en effet, 35% des habitants ont un diplôme supérieur contre 21,8% dans la région<sup>31</sup>

En revanche, les ouvriers (17%), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (5,2%) ainsi que les agriculteurs exploitants (0,3%) sont minoritaires.

La proportion élevée du nombre d'actifs sur le territoire de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole est susceptible d'entraîner des besoins en santé spécifiques. Par exemple, d'avoir accès aux soins en dehors des horaires classiques de travail.

### C. Etat de santé

#### a. *Espérance de vie à la naissance*

**Tableau IV :**

**Espérance de vie à la naissance par sexe<sup>32</sup>**

	Hommes	Femmes
CPTS	Non renseigné (NR)	NR
Doubs	79,8 ans	85,9
Bourgogne Franche-Comté	79,2	85,2
France	79,3	85,4

<sup>31</sup> Source Diagnostic territorial du CLS.

<sup>32</sup> Insee Statistiques locales

L'espérance de vie sur le territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole n'est pas renseignée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Concernant le Doubs, les données sont plus favorables que pour la Région BFC et la France.

### b. Taux de mortalité

**Tableau V**

	Taux de mortalité 65 ans ou plus standardisé pour 100 000 habitants <sup>33</sup>	Taux de mortalité prématuré standardisé (décès avant 65 ans) pour 100 000 habitants <sup>34</sup>	
		Hommes	Femmes
CPTS	NR	NR	NR
Doubs	847.5	230,95	112 ,99
Région BFC	1062.6	254,17	121,45
France	901.3	243,5	115,9

Le taux de mortalité standardisé est plus faible dans le département du Doubs que dans le reste de la Région BFC qui compte l'un des plus forts taux de mortalité en France. Il en est de même pour la mortalité prématurée, le département du Doubs enregistre un plus faible taux de mortalité chez les hommes et les femmes par rapport au reste de la Région BFC et de la France.

### c. Causes de mortalité<sup>35</sup>

**Tableaux VI et VII**

Hommes	
Tumeurs	731
Maladies de l'appareil circulatoire	509
Causes externes de blessures et empoisonnement	190
- dont suicides	62
- accidents de transport	28
Maladies de l'appareil respiratoire	136
Maladie du système nerveux et des organes des sens	128

Femmes	
Tumeur	597
Maladies de l'appareil circulatoire	575
Troubles mentaux et du comportement	162
Maladie du système nerveux et des organes des sens	161
Causes externes de blessures et empoisonnement	147
- dont suicides	23
- accidents de transport	9

Dans le département du Doubs, les causes de mortalité varient selon les sexes. Les hommes sont plus touchés par les maladies de l'appareil respiratoire que les femmes. Inversement, les femmes semblent plus concernées par les troubles mentaux et du comportement. En revanche, les tumeurs restent la cause principale de mortalité pour les deux genres.

<sup>33</sup> Inserm CépiciDc- Données Open Data, <https://opendata-cepdc.inserm.fr/>

<sup>34</sup> ARS, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social Bourgogne-Franche-Comté 2019 – Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2013-2014-2015, [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS\\_2019.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS_2019.pdf)

<sup>35</sup> ARS, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social Bourgogne-Franche-Comté 2019 - Nombre de décès tous âges selon la cause en 2016, [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS\\_2019.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-12/STATISS_2019.pdf)



#### d. Parcours de soins

Sur le territoire, la part de la population ayant une Affection de Longue Durée (ALD) déclarée est de 2,03 %<sup>36</sup>. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en région BFC (2,01%) mais bien plus faible que sur le territoire national<sup>37</sup> (13%)<sup>38</sup>.

Les cinq causes principales d'ALD sur le territoire sont précisées dans le Tableau VIII.

**Tableau VIII**

	CPTS	Doubs	BFC	France
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4,7% 8 910 pat.	5%	5.8%	5.1%
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	3.7% 7 082 pat.	3.7%	4.3%	3.7%
Affection psychiatrique de longue durée	2.4% 4 574 pat.	2%	2.5%	2.4%
Maladie coronaire	2.3% 4 444 pat.	2.5%	2.6%	2.2%
Insuffisance cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. Valvulaires graves, cardiop. Congénitales graves	1.8% 3 417 pat.	2.1%	2.5%	2.2%

Les différences sont peu marquées entre le territoire de la CPTS et les autres territoires géographiques pris en compte.

#### e. Participation aux campagnes nationales de prévention

##### ▪ Antibiorésistance<sup>39</sup>

Le recours aux antibiotiques est moins important sur le territoire de la CPTS CaPaciTÉS B&M, mais reste significativement élevé, notamment quand on le compare à des pays européens voisins.

**Tableau IX**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
Part de la population consommante traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance	34.1% 18 711	33.8%	36%	36.3%
Part d'enfant de moins de 4 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération prescrite par le médecin traitant.	13.3% 339 pat.	21.7%	29.1%	25.4%

<sup>36</sup> Diagnostic territorial de Santé du CLS Grand Besançon Métropole 2019. Source INSERM CépiciDc- INSEE RP-2013.

<sup>37</sup> Le territoire national désigne le territoire de la France Métropolitaine.

<sup>38</sup> CNAM : L'essentiel du RIS en Chiffres – Version intégrale/ Edition 2017- Données 2016. [https://www.secu-independentants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace\\_telechargement/Etudes/CHAP2\\_F4.pdf](https://www.secu-independentants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace_telechargement/Etudes/CHAP2_F4.pdf)

<sup>39</sup> Assurance Maladie, diagnostic Rézone du 03/10/2022

Part d'enfant de 4 à 16 ans ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération prescrite par le médecin traitant.	7.9% 443 pat.	11.5%	15.6%	13.9%
---	------------------	-------	-------	-------

■ **Prévention des cancers<sup>40</sup>**

La participation aux trois dépistages organisés des cancers (sein, côlon, col de l'utérus) est plus élevée sur le territoire de la CPTS qu'au niveau départemental, régional et national.

**Tableau X**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
<b>Dépistage cancers du sein</b> : Part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage	64.2% 18 951 pat.	61.3%	62.8%	61.6%
<b>Dépistage cancers du col de l'utérus</b> : Part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	55.3% 27 440 pat.	53.2%	54.2%	51.8%
<b>Dépistage cancers colorectal</b> : part des patient consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années.	37.7% 16 961 pat.	37.3	35.5%	32.3%

■ **Vaccination contre la grippe saisonnière<sup>41</sup>**

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est plus élevé au niveau de la CPTS que sur les autres territoires de référence.

**Tableau XI**

	CPTS CaPaciTÉS	Doubs	BFC	France
Part de la population consommatrice des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	61.6% 23 780 pat.	58%	59%	58.6%
Part de la population consommatrice de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique vaccinée contre la grippe saisonnière.	36.6% 2 616 pat.	34.7%	36.8%	34.2%

### 3. Identification et analyse de l'offre de soin du territoire

L'offre de soins, médico-sociale et sociale sur le territoire du Grand Besançon & Métropole est importante. Cette zone géographique regroupe notamment, un Centre Hospitalier Régional Universitaire, deux cliniques, une UFR Santé, un dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), de

<sup>40</sup> Assurance Maladie, diagnostic Rézone du 03/10/2022

<sup>41</sup> idem

nombreux professionnels de santé, plusieurs établissements médico-sociaux et sociaux et diverses associations œuvrant dans le secteur de la Santé.

#### A. L'offre de soins de premier recours

##### a. Situation de l'offre de soins de premier recours

L'offre de soins de premier recours est significative sur le territoire du Grand Besançon Métropole, mais inégalement répartie.

**Tableau XII**

	Nombre totale sur le territoire	Dont plus de 60 ans.
Médecins généralistes	255	61
Sage-femme	34	0
Chirurgiens-dentistes	123	20
Infirmiers	346	26
Masseurs Kinésithérapeute	287	21
Orthophonistes	82	Non renseigné
Pédicures-podologue	40	Non renseigné
Orthoptistes	4	Non renseigné
Maison de Santé	5	/
Pharmacie	87	/
Centre de santé	11	/

(Source SNDS aout 2022 et CartoSanté 2021 et information de l'ARS actualisé au 1<sup>er</sup> janvier 2022)

Outre le nombre de professionnels sur le terrain, il semble plus pertinent de comparer la densité de ces professionnels sur le territoire de la CPTS par rapport aux densités de professionnels dans le département, la région et la France.

**Tableau XIII**

	Densité pour 100 000 habitants au 1 <sup>er</sup> janvier 2022			
	Grand Besançon	Doubs	BFC	France
Médecin généraliste	130,3	95,3	81,5	96,5
Chirurgien-dentiste	62,8	50,8	43,5	54,9
Orthophoniste	41,9	26,7	21,9	33,5
Pharmacien	44,4	43,1	44,9	42
Sage-femme	73,5	68,4	52,5	57,8
Infirmier	176,8	142,4	161,8	199,1

(Source ARS Bourgogne Franche-Comté)

Globalement, le territoire du Grand Besançon est mieux doté en professionnels de santé que le département, la région BFC ou encore la France. Notamment pour les médecins généralistes dont la densité est bien plus élevée que dans le reste des échelles de comparaison.

Le territoire compte également cinq maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP):

- La Maison de Santé Saint Claude à Besançon
- La Maison de Santé Vauban à Besançon
- La Maison de Santé des Mercureaux à Beure

- La Maison de Santé de Roche-lez-Beaupré
- La Maison de Santé de Avicenne-Grandfontaine

Il y a également 14 Centres de Santé sur le territoire du Grand Besançon métropole :

- Un centre de dialyse à Besançon
- Deux centres de santé dentaires à Besançon
- Un centre de santé infirmiers à Montferrand-le-Château
- Trois centres de santé médicaux à Besançon
- Deux centres de santé non typés eCDS-ATIH à Besançon et Franois
- Cinq centres de santé polyvalents à Besançon (4) et à Novillars (1)

Le vieillissement des professionnels de santé est une question majeure sur notre territoire, en effet, près d'un quart des médecins spécialisés en médecine générale ont plus de 60 ans et 20% des chirurgiens-dentistes partiront en retraite dans les cinq prochaines années.

La majeure partie des professionnels de santé se situe sur Besançon, l'offre de soins y est donc plus conséquente. Pour les zones rurales non couvertes par la présence de professionnels de santé, l'accès aux soins est plus compliqué en particulier pour les personnes à mobilité réduite.

## B. L'offre de soins spécialisée

### a. Les professions libérales spécialisées

**Tableau XIV**

	Effectif au 1 <sup>er</sup> janvier 2022	Densité pour 100 000 habitants au 1 <sup>er</sup> janvier 2022			
		Grand Besançon Métropole	Grand Besançon Métropole	Doubs	Région BFC
Anatomie et cytologie pathologiques	8	4,1	1,5	3	1,1
Anesthésie-réanimation	30	15,3	5,8	4,7	6,8
Biologie médicale	6	3,1	1,3	1,2	1,8
Cardiologie et maladies vasculaires	34	17,4	6,9	6,1	7,7
Chirurgie générale	5	2,6	1,3	1,2	1,7
Chirurgie infantile	2	1	0,4	0,2	0,2
Chirurgie maxillo-faciale et/ou stomatologie	5	2,6	0,9	0,8	1,2
Chirurgie orthopédique et traumatologie	15	7,7	4,9	4,5	4,1
Chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique	6	3,1	1,3	1,1	1,4
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0	0	0	0,3	0,4
Chirurgie urologique	13	6,6	2,6	2,2	1,7
Chirurgie vasculaire	7	3,6	1,5	0,8	0,6

Chirurgie viscérale et digestive	9	4,6	1,6	1,4	1
Dermatologie et vénéréologie	19	9,7	4,7	3	4,2
Endocrinologie et métabolisme	3	1,5	0,5	0,8	1,3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4,6	2,2	2,3	3,1
Gériatrie	1	5,8	1,9	0,8	2,5
Gynécologie médicale	5	10,8	7,7	6,2	10,5
Gynécologie-obstétrique	21	45,4	18,8	21,1	22,8
Médecine interne	1	0,5	0,2	0,1	0,5
Médecine nucléaire	7	3,6	1,3	1,3	0,7
Médecine physique et réadaptation	1	0,5	0,4	0,3	0,6
Néphrologie	0	0	0	0,2	0,9
Neuro-chirurgie	3	1,5	0,7	0,5	0,4
Neurologie	3	1,5	1,3	1,4	1,5
O.R.L et/ou chirurgie cervico faciale	10	5,1	2,6	2,3	3,1
Oncologie option médicale	0	0	0	0,5	0,4
Ophtalmologie	22	11,2	4,9	5,8	7
Pédiatrie	14	7,2	3,1	2,8	4,7
Pneumologie	8	4,1	1,5	1,4	1,9
Psychiatrie dont option enfant & ado, Neuro-psychiatrie	38	19,4	8,8	7	9,5
Radio-diagnostic	32	16,3	10,4	7,8	9,9
Radio-thérapie, Oncologie option radiothérapie	11	5,6	2,2	1	0,8
Rhumatologie	623	318,3	223,9	194,9	2,3

(Source ARS Bourgogne Franche-Comté)

Le constat est le même que pour les professionnels de santé de premier recours. En effet, le nombre de spécialistes sur le territoire de la CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole est supérieur par rapport aux autres échelles de comparaison. Seules l'oncologie option médicale, la néphrologie et la chirurgie thoracique cardio-vasculaire font défaut puisqu'il n'y a pas de spécialistes dans le grand Besançon.

### *b. Les établissements sanitaires*

Les établissements sanitaires du Grand Besançon Métropole sont :

- Le Centre Hospitalier Régional Universitaire Jean Minjot à Besançon
- La Clinique Saint-Vincent à Besançon
- La Polyclinique de Franche-Comté à Besançon
- Le Centre Hospitalier de Novillars
- Les Salins de Bregille à Besançon
- Le Centre de Soins et de Réadaptation les Tilleroyes à Besançon
- HAD Grand Besançon
- Le Centre de Réadaptation Cardiologique et Pneumologique de Franche-Comté à Franois.

## C. L'offre médico-sociale

L'offre médico-sociale dans le Grand Besançon est très développée, il y a de nombreuses structures sur le territoire dont 14 EHPAD.

### Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

- EHPAD Jean XXIII à Montferrand-le-Château
- EHPAD Laurent Valzer à Montferrand-le -Château
- Résidence Autonomie les Hortensias à Besançon
- EHPAD de Bellevaux à Besançon
- EHPAD Jacques Weinman à Avanne-Aveney
- EHPAD Résidence Granvelle à Besançon
- EHPAD Alexis Maequiset à Mamirolle
- EHPAD Saint Ferjeux à Besançon
- EHPAD Korian Vill Alize à Thise
- EHPAD la Retraite les sept collines à Besançon
- EHPAD Marcel Guey aux Auxons
- EHPAD Les Jardins d'Athena à Saint-Vit
- EHPAD la Retraite les quatre tilleuls à Besançon
- EHPAD Alexis Marquiset à Saône

### Services Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)

- SPASAD du Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) de Besançon
- SPASAD ELIAD à Besançon

### Structures d'Accueil de Jour

- AJA L'Escapade à Besançon
- Association des Familles des Traumatisés Crâniens de Franche-Comté (AFTC) à Besançon

### Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)

- Les Erables à Novillars
- ITEP de Bregille à Besançon
- Les Pupilles de l'Enseignement Public CBFC à Saint Vit

### Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)

- Les Erables à Novillars
- APF France Handicap à Besançon
- SESSAD de Bregille à Besançon
- Le Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire à Besançon

### Etablissements d'Accueil Médicalisés (EAM)

- Les maisonnées du Doubs à Amagney
- APF France Handicap à Besançon
- L'Association Des Amis et Parents des personnes Handicapées mentales (ADAPEI) à Besançon

### Unité d'Evaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS)

- L'AFTC à Besançon

### Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

- L'AFTC à Besançon
- APF France Handicap à Besançon
- Les Invités au Festin à Besançon

### Instituts Médico-Educatifs (IME)

- L'Essor à Besançon
- L'ADAPEI à Besançon
- L'IME du Grand Besançon à Besançon

### Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- L'Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté (AHSFC) à Franois
- Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Chifflet à Besançon

### Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)

- La MAS Georges Pernot à Franois
- La Chataigneraie à Novillars
- L'ADAPEI à Besançon

### Equipe Mobile (EM)

- EM expérimentale Autisme à Besançon

### Etablissement d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés (EATAH)

- La Maison de Vie à Besançon

### Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

- Aire Urbaine à Besançon

### Institut pour déficients visuels (IDV)

- La Section d'Enseignement et d'éducation Spécialisés (SEES) à Besançon
- Association Valentin Haüy (AVH) à Besançon

### Etablissements et Services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)

- Le Centre Régional d'Enseignement et d'éducation Spécialisés pour Déficients Visuels (CRESDEV) à Besançon
- L'ADAPEI à Besançon
- Le Centre d'Education pour les Enfants Déficients Auditifs (CEEDA) à Besançon

### Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)

- L'ADAPEI à Besançon et Pelousey
- L'Association Solidarité Doubs Handicap (SDH) à Besançon

### Unité Expérimentale ABA

- ADAPEI à Besançon

### Centre de Pré Orientation professionnelle (CPO)

- L'Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapées (LADAPT) à Besançon

### Service d'Accompagnement Familial et d'Education (SAFEP)

- Le Service de Soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation à Besançon

### Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

- O Jardin de Floréal à Besançon
- La Grange de Léo à Besançon
- La Fontaine à Besançon
- Les Amis de Ma Rue Là à Besançon

### Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

- Soléa à Besançon
- Addiction France à Besançon

### Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CARRUD)

- AIDES à Besançon

De nombreuses associations œuvrant dans le champ de la santé sont également présentes sur le territoire. L'équipe de coordination n'a pas encore pu faire le recensement de tous les acteurs de santé sur le Grand Besançon, cela sera une tâche essentielle pour connaître et faire connaître tous les dispositifs existants.

Le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) de Besançon est par ailleurs implanté sur le même territoire que la CPTS. Le DAC sera un partenaire important de la CPTS CaPaciTÉS B&M.

## 4. L'accès aux soins

Même si l'offre de soins est assez importante sur le territoire, l'accès aux soins reste inégal.

### A. L'accès aux médecins traitants

En 2021, sur le territoire de la CPTS parmi les 153 324 usagers de 17 ans et plus, 9,4% d'entre eux n'ont pas de médecin traitant soit 14 433 patients.

Parmi la population âgée de 17 ans et plus sans médecin traitant :

- 1% des patients est atteint par une affection de longue durée soit 1 140 patients.
- 2% des patients bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire (1 928 personnes)
- 5,6% des patients ont plus de 70 ans, soit 1 193 usagers.



**Tableau XV**

Patients consommateurs	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge			
	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
17 ans et plus	153 324	428 175	2 241 306	54 442 430
17 ans et plus sans Médecin Traitant	9.4% 14 433 pat.	11.6 %	11%	11.4%
17 ans et plus sans Médecin Traitant et en ALD	1% 1 140 Pat.	1.3%	1.3%	1.2%
17 ans et plus sans Médecin Traitant et ayant la CSS	2% 1 928 pat.	1.1%	1.3%	1.5%
70 ans et plus sans Médecin Traitant	5.6% 1 193 pat.	6.8%	6%	5.8%

Source DCIR/SNDS/SNIIRAM année 2021

Par rapport aux données départementales, régionales et nationales, le taux d'accessibilité aux soins est supérieur sur le territoire de la CPTS CaPacITeS B&. Cependant, de nombreuses personnes restent sans médecin traitant et la plupart d'entre elles sont des usagers « fragiles ».

### B. L'accès aux soins non programmés

En 2019, le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation sur le territoire de la CPTS est inférieur à celui des territoires de références.

**Tableau XVI**

	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
Pourcentage de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	17.3% 26 008 pat.	17.6%	21.4%	22.2%

Par ailleurs, la part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville est plus élevée que celui de l'échelon départemental mais reste plus faible que celle des niveaux régional et national.

**Tableau XVII**

	CPTS CaPacITeS	Doubs	Bourgogne Franche-Comté	France
Pourcentage des admission directes en service médecine à la demande d'un	35.2% 3 123 pat.	34.5%	39.2%	40.8%

médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services.				
--	--	--	--	--

En ce qui concerne la régulation de l'accès aux soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, le territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole bénéficie de l'action de l'Association COmtoise de REgulation Libérale (ACORELI) qui régule les 20 secteurs de garde du département du Doubs. De plus, sur Besançon, la permanence des soins est assurée par SOS Médecins 24h sur 24.

## 5. Synthèse du diagnostic territorial

### SYNTHESE

**La zone géographique** de la CPTS CaPacITeS B&M est fortement peuplée et contrastée, avec une population importante au sein de Besançon intramuros, et des zones péri-urbaines moins denses et devenant de plus en plus rurales lorsqu'elles s'écartent du centre urbain. **Cette diversité est un 1<sup>er</sup> facteur influant sur les besoins et l'organisation de l'offre de santé.**

**La population est plus jeune et avec un niveau socio-économique plus élevé** sur notre territoire qu'au niveau du département, de la région et de la France. En effet, si le taux de chômage est globalement plus faible, il existe, notamment sur Besançon intramuros, « des poches » de pauvreté importantes. Cinq quartiers sont classés comme prioritaires par rapport à « la politique de la ville ». **Cette spécificité est une 2<sup>ème</sup> composante à prendre en compte pour développer une approche adaptée des services de santé auprès d'usagers dont l'accès aux soins est souvent difficile, avec un renoncement fréquent, des parcours de santé erratiques et un niveau de littératie faible demandant des approches adaptées en promotion de la santé.**

En matière de santé, là encore, **les indicateurs sont globalement plus favorables** sur le territoire de notre CPTS. Cependant, si la participation au dépistage des cancers ou le taux de vaccination contre la grippe sont plus élevés que sur le département, la région ou en France, ces pourcentages restent en dessous des recommandations préconisées. Il en est de même pour le taux de recours aux antibiotiques, plus faible sur notre territoire, mais qui reste très élevé par rapport aux autres pays européens. Bien évidemment, **ces moyennes cachent certainement des disparités géographiques et sociales intra-territoriales liées aux deux constats énoncés précédemment.**

Il en est de même pour **l'offre de santé, médico-sociale et sociale**. Elle est importante, mais ne bénéficie pas uniquement aux populations habitant sur notre territoire. C'est particulièrement vrai par rapport à l'attractivité du CHRU, des cliniques et des spécialistes installés sur notre territoire. Leur patientèle peut être extra territoriale à Besançon et Grand Besançon Métropole.

*Cette situation conduit à trois constats contrastés :*

- *La proximité géographique de cette offre et surtout des lieux de formation des jeunes professionnels de ces secteurs est incontestablement un atout.*
- *La perception des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours et de la population en général est que l'accès à un médecin traitant et à certaines spécialités est particulièrement difficile, cette situation étant exacerbée pour la population la plus vulnérable (médicalement et socialement) et les personnes éloignées du centre urbain.*

- Enfin, cette offre, que cela soit dans le domaine de la prévention ou du soin, apparait comme peu coordonnée, mal identifiée et conduisant à une perception d'un foisonnement peu maîtrisé. C'est particulièrement vrai pour : 1. la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie ; 2. Les actions de promotion de la santé et la prévention qui sont multiples et font peu le lien avec les acteurs du soin de proximité.

### III. Actions de la CPTS selon les missions définies par l'ACI

A l'issue de la construction du diagnostic territorial et des rencontres avec les professionnels de santé de la CPTS, huit thématiques prioritaires ont émergé. Grâce à la contribution active de nombreux professionnels, l'équipe de coordination a pu rédiger huit fiches actions sur les thèmes suivants :

- L'accès aux soins non programmés
- Faciliter l'accès à un médecin traitant
- L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée
- Les entrées et sorties d'hospitalisation
- Le dépistage du cancer colorectal
- Développement d'une réponse aux crises sanitaires graves
- Le bon usage des antibiotiques
- L'Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours.

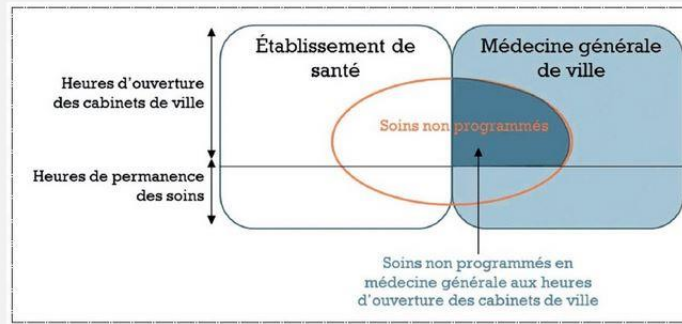
#### 1. Les missions socles obligatoires de l'ACI

A. Amélioration de l'accès aux soins

a. Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (Fiche action n°1)

<b>Répondre aux soins non programmés de la population du territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon &amp; Métropole en apportant une réponse adaptée</b>	
Mission socle	Accès aux soins
Responsables de l'action	Laurent ARNOUX
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>Urgences, permanence des soins et soins non programmés sont trois notions distinctes, mais dont les interrelations sont à prendre en compte sur un même territoire, les solutions à apporter ayant des complémentarités étroites (figure1).</p>

Figure 1  
**LES SOINS NON PROGRAMMÉS**



— (d'après ORS Pays de la Loire)

Les soins non programmés en médecine de ville sont des demandes de soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).

### Diagnostic territorial

Quatre constats peuvent être faits sur notre territoire :

1. Le CHU de Besançon évalue qu'en journée 20 à 40% (suivant les périodes) des personnes qui se présentent aux urgences relèvent de la médecine de ville et 26 008 patients se présentant aux urgences ne sont pas hospitalisés (Tableau I)

#### 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.
17.3 26 008 pat.	17.6	21.4	22.2	-0.3	-4.1	-4.9

source ATIH (Année 2019)

2. Le territoire d'intervention de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole bénéficie de deux dispositifs spécifiques à prendre en compte :
  - SOS Médecins
  - Une organisation de la réponse à la permanence des soins originale et innovante puisque le 15 et l'ACORELI (régulation libérale) se positionnent sur un même lieu, s'appuient sur des assistants de régulation médicale communs et utilisent des outils partagés.
3. Notre région doit bénéficier d'une organisation de type SAS<sup>42</sup>. Elle devrait se mettre en place au cours des prochains mois, mais au moment où cette fiche action est rédigée, nous n'en connaissons pas le détail, en dehors des grandes orientations nationales<sup>43</sup> (informations locales disponibles en principe début janvier 2023). Pour mener à bien cette mise en place, le CHU qui estime que la coopération ville- hôpital est très

<sup>42</sup>Ministère de la santé et la prévention : Le service d'accès aux soins ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>

<sup>43</sup>ARS Bourgogne Franche-Comté : Le Service d'Accès aux Soins (SAS) en Bourgogne-Franche-Comté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/service-acces-aux-soins-sas-en-bfc>

	<p>importante, est dans l'attente de la validation du financement d'une équipe projet.</p> <p>4. Enfin, il semble difficile de trouver des solutions pérennes sans avoir un éclairage précis sur les effecteurs de soins non programmés : qui fait quoi, où et comment ? En effet, le simple dénombrement des offreurs de soins est totalement insuffisant si l'on ne connaît pas plus en détail les horaires et les types d'activités pratiquées.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	<p><b>Le public concerné</b> est composé des patients en demande de soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant (si médecin traitant il y a) dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés)</p> <p><b>Les publics à mobiliser pour déployer l'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les régulateurs</li> <li>- les professionnels de santé de première ligne</li> </ul>
Objectif	<p>Faire progresser le nombre de patients qui accèdent à des soins correspondant à une urgence perçue mais non vitale et qui ne peuvent pas être assurés par leur médecin traitant (si médecin traitant il y a) dans les 24 à 48h, en dehors des périodes de permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés).</p>
Tâches opérationnelles	<p>1. <b>RECUEILLIR ET ANALYSER LES EVALUATIONS DES DISPOSITIFS EXISTANTS</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>L'équipe de coordination de la CPTS collectera les informations disponibles et en fera une synthèse pour identifier les forces et les faiblesses des dispositifs (capitalisation) mis en place sur d'autres territoires, en attachant une attention particulière au positionnement des CPTS. Le but est d'avoir une vraie complémentarité en termes d'organisation et d'outils, notamment numériques (logiciel et interopérabilité).</p> <p>2. <b>REPERTORIER LES MEDECINS GENERALISTES DU TERRITOIRE DE LA CPTS EN IDENTIFIANT LEURS DISPONIBILITES POUR ETRE EFFECTEURS ET LEURS CHAMPS DE COMPETENCES</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>La rédaction <b>d'un questionnaire</b> sera réalisée par un groupe de travail. D'ores et déjà, plusieurs items semblent pertinents à collecter comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les horaires d'ouverture du cabinet avec les vacances programmées sur l'année avec ou sans remplaçant</li> <li>- Le mode d'exercice : en cabinet isolé, avec des confrères, d'autres spécialités ou non ou d'autres professions, en maison de santé...</li> <li>- Les actes pratiqués : sutures, examen gynécologique, ECG, échographie...</li> <li>- Les possibilités d'accueillir de nouveaux patients en tant que médecin traitant</li> <li>- L'activité de télémédecine : téléconsultation, télé expertise...</li> <li>- Les relations avec les spécialistes de 2ème ligne</li> <li>- Les dynamiques de quartier ou de secteur au niveau médical, médico-social et social</li> <li>- Une éventuelle possibilité d'implication au niveau de l'ACORELI actuelle ou possible</li> <li>- (...)</li> </ul> <p><b>A noter</b> : dans un 2<sup>ème</sup> temps, deux autres démarches seront initiées. Elles pourraient compléter ce 1er travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le même type d'enquête au niveau des autres professionnels de santé du territoire : infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, sage-femmes... ; par exemple, pour ces dernières, cette investigation sera importante car elles interviennent dans les soins des</li> </ul>

femmes enceintes, les soins gynécologiques, les brûlures mictionnelles... et peuvent réaliser des échographies pour celles qui ont le DU.

- Les acteurs de 2ème ligne seront également interrogés par spécialité.

**Les services de la CPAM** seront sollicités pour adresser le questionnaire à l'ensemble des médecins traitants du territoire.

**Des relances** seront effectuées par téléphone. Ce sont les étudiants en médecine, en lien avec l'UFR Santé et les maîtres de stage du territoire, qui seront sollicités pour effectuer cette tâche.

**Une base de données et un annuaire** seront constitués et mis à jour régulièrement par l'équipe de la CPTS. **Un outil informatique de communication partagé et sécurisé entre professionnels de santé** sera choisi par le groupe de travail e-santé de la CPTS et promu.

### 3. MOBILISER ET FORMER LES MEDECINS GENERALISTES VOLONTAIRES POUR PARTICIPER A LA REGULATION

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

- **Un groupe de travail** sera mis en place avec l'ACORELI pour préciser les tâches, l'organisation et les modalités de mise en œuvre de la régulation dans le cadre de notre territoire.
- **Un document** sera produit afin d'expliquer le fonctionnement du nouveau dispositif et d'inciter les généralistes à se porter volontaires afin d'assurer ces tâches. Cette production sera largement diffusée et un webinaire sera organisé pour faciliter l'appropriation de l'information et répondre aux questions.
- **Un programme de formation** sera organisé par l'ACORELI pour assurer la formation des généralistes volontaires.

### 4. FAIRE CONNAITRE ET PROMOUVOIR LES PROTOCOLES DE COOPERATION PLURIPROFESSIONNELS (AVEC OU SANS DELEGATION) DANS LE CADRE DES SOINS NON PROGRAMMES

« La coopération entre professionnels de santé contribue à élargir l'offre des soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge »<sup>44</sup>. Ces protocoles avec délégation existent actuellement principalement pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles. Concernant plus spécifiquement les soins non programmés, ce sont :

1. Renouvellement du traitement de **la rhino-conjonctivite allergique saisonnière** pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers un infirmier/pharmacien d'officine)
2. Prise en charge **du traumatisme en torsion de la cheville** par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers masseur-kinésithérapeute)
3. Prise en charge de **la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme** de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)

<sup>44</sup>Ministère de la santé et de la prévention : les protocoles nationaux de coopération ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

4. Prise en charge de **l'odynophagie** par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)
5. Prise en charge de **la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines** par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers masseur-kinésithérapeute)
6. Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de **l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse** par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (délégation médecin vers infirmier/pharmacien d'officine)

Aujourd'hui, ces protocoles nationaux sont peu mis en œuvre. Par ailleurs, des perspectives d'évolution sont actuellement envisagées, notamment avec des protocoles de coopération définis et déployés en région. **A noter :**

- Les modèles économiques sont à préciser dans le cadre d'une CPTS dont la forme juridique est très limitative.
- Le niveau de sécurité de l'offre de soins donné aux patients reste un élément de vigilance important, notamment pour les protocoles régionaux ne recevant pas de validation HAS.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Un point de situation (freins et leviers) sera réalisé concernant la mise en œuvre de ces protocoles de coopération en région et hors région. Dans la perspective d'une évolution possible, une attention particulière sera portée sur :
  - o les protocoles nationaux/locaux
  - o avec ou sans délégation
  - o et suivant quel modèle économique ?
- En tenant compte des conclusions de ce point de situation et des orientations à venir sur ce sujet (Ministère/CNAM) une information sera faite par la CPTS (lettre, webinaire...) et des formations seront mises en place.
- Une attention particulière sera portée au développement de ces protocoles :
  - o au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles,
  - o aux équipes en exercice coordonné (cf. la fiche sur l'exercice coordonné),
  - o avec les Infirmières en pratique avancée (IPA).

**5. AMELIORER L'ACCES A L'IMAGERIE NON PROGRAMMEE**

Les difficultés d'accès à l'imagerie médicale dans les conditions de réalisation des consultations non programmées sont un obstacle à une réponse adaptée dans des délais acceptables médicalement. Il est donc indispensable de rendre possible cet accès grâce à une meilleure collaboration entre les médecins généralistes et les équipes de radiologie.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Organiser une « réunion miroir » entre généralistes et radiologues (public/privé) afin d'identifier les freins et les leviers pour faciliter l'accès à l'imagerie médicale dans des délais acceptables lors de consultations non programmées.
- Mettre en place un groupe de travail pour :
  - o Préciser pour quelle imagerie les besoins sont les plus prioritaires ?
  - o Identifier des créneaux d'imagerie non programmés
  - o Envisager une plateforme de régulation et un numéro unique pour les professionnels de santé
  - o (...)
- Mettre en œuvre les décisions prises.

	<p><b>6. INFORMER LES USAGERS SUR LES SCHEMAS DE L'OFFRE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES</b></p> <p>Le bon usage de l'offre de soins est un élément important pour avoir la réponse médicale la plus adaptée possible aux situations rencontrées, notamment en termes de délais. L'information du public est de ce point de vue une composante essentielle. Elle doit se concevoir dans une communication qui prend en compte à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les urgences vitales,</li> <li>- la permanence des soins,</li> <li>- les soins non programmés.</li> </ul> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elles prendront la forme d'une campagne de communication grand public, mais également d'actions d'information et d'éducation au plus près des publics, dans les quartiers et bassins de vie. La CPTS se centrera sur les démarches de proximité avec des approches et des outils adaptés, réalisés en lien étroit avec les associations d'usagers, les acteurs médico-sociaux, sociaux et éducatifs. Une attention particulière sera portée aux populations les plus éloignées de notre système de santé et qui font souvent un mésusage de l'offre de soins, notamment en situation d'urgence perçue.</li> </ul>
Calendrier de déploiement	A préciser
Outils et moyens nécessaires	<p>Le travail documentaire se fera à partir des moteurs de recherche disponibles et pourra être complété par des contacts directs (téléphone ou visio) avec certaines équipes ayant piloté des expérimentations, notamment dans la région.</p> <p>Il sera fait appel à un prestataire extérieur pour effectuer la saisie et l'exploitation du questionnaire.</p> <p>L'outil informatique de communication partagé et sécurisé entre professionnels de santé sera déployé en lien avec le groupe e-santé de la CPTS.</p> <p>Les moyens reposeront sur les outils existants de l'ACORELI, ceux qui ont été utilisés lors des différentes expérimentations et dont leur expérimentation s'est révélée probante.</p> <p>Les outils et moyens reposeront sur l'équipe de la CPTS en lien étroit avec l'ARS et la CPAM.</p> <p>Une plateforme de régulation et un numéro unique à positionner.</p> <p>Les outils créés au moment de la mise en place de la campagne de communication. La CPTS s'investira surtout dans la conception et la diffusion des outils de proximité en cabinets médicaux, dans les maisons de quartier, les mairies... avec des approches de type « aller vers ». Ces outils et les modalités d'accès à certains publics porteront une attention particulière au niveau de littératie de certaines populations afin de les rendre compréhensibles et appropriables par le plus grand nombre.</p>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les promoteurs et pilotes des expérimentations.</li> <li>- Tous les organismes ou associations permettant de rejoindre les généralistes : CPAM, Ordre, URML...,</li> <li>- L'UFR Santé et le département de médecine générale pour mobiliser les étudiants en médecine, en liaison avec les maîtres de stage,</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADEs),</li> <li>- L'ACORELI,</li> <li>- Le CRRA 15,</li> <li>- SOS Médecins,</li> <li>- L'ARS,</li> <li>- Les associations de formation continue...</li> <li>- Les équipes des Maisons de santé pluriprofessionnelles et de soins primaires,</li> <li>- Les radiologues de ville et de l'hôpital et l'équipe de régulation,</li> <li>- Les associations d'usagers,</li> <li>- Les collectivités locales,</li> <li>- Les organismes ou associations permettant de mobiliser les professionnels de santé.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	<p><b>Répertorier les médecins généralistes du territoire de la CPTS en identifiant leurs champs de compétences et leurs disponibilités de soins non programmés et procéder à une restitution de l'enquête questionnaire et dispositifs à venir.</b></p> <p><b>Informers les usagers sur les schémas de l'offre dans le cadre de la prise en charge des consultations non programmées.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lancement de la campagne de communication</li> <li>- Diffusion de flyers</li> </ul> <p><b>Mobiliser et former les médecins généralistes volontaires pour participer à la régulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect du calendrier d'élaboration du document de cadrage</li> <li>- Réalisation du document d'information pour les généralistes et tenue du webinaire</li> <li>- Mise en place et évaluation des formations</li> </ul> <p><b>Améliorer l'accès à l'imagerie non programmée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de la « réunion miroir » et des réunions du groupe de travail</li> <li>- Mise en place de créneaux d'accès à l'imagerie non programmée</li> <li>- Effectivité du fonctionnement de la plateforme et du numéro unique pour les professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de médecins ayant répondu au questionnaire</li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation</li> <li>- Nombre des admissions directes en hospitalisation de médecine</li> </ul>

*b. Faciliter l'accès au médecin traitant (fiche action n°2)*

<b>Faciliter l'accès à un médecin traitant pour tous les assurés avec une priorisation auprès des publics les plus vulnérables</b>	
Mission socle	Amélioration de l'accès aux soins
Responsables de l'action	Olivier DURET
Diagnostic territorial	<p>Selon le diagnostic Rézone généré en ligne le 3 octobre 2022, 9,4% de la population de plus de 17 ans sur le territoire n'a pas de médecin traitant dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1% avec ALD</li> <li>- 2% ayant la Complémentaire santé solidaire (CSS)</li> <li>- 5,6% de plus de 70 ans</li> </ul>

Patients consommateurs (3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différences territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	153 324	428 210	2 242 492	54 449 668	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin traitant(4)	9.4%* 14 433 pat.	11.6%	11%	11.4%	-2.2	-1.6	-2
17 ans et plus sans Médecin traitant(4) et en ALD	1%* 1 140 pat.	1.3%	1.3%	1.2%	-0.3	-0.3	-0.2
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) ayant la CSS	2% 1928 pat	1.1%	1.3%	1.5%	0.9	0.7	0.5
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	5.6%* 1 193 pat.	6.8%	6%	5.8%	-1.2	-0.4	-0.2

Source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021) Rézone.

De plus, le nombre de médecins généralistes a tendance à diminuer, notamment en raison du vieillissement de cette population :

- Sur les 248 médecins spécialisés en médecine générale sur notre territoire, 61 ont plus de 60 ans. Près d'1/4 de cette population partira en retraite dans les 5 prochaines années.

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	Total	+60 ans	Dont +65 ans
Tous les méd. spéc. En déd. Générale	248	61	20

Données SNDS (Aout 2022) Rézone

Enfin, les médecins généralistes ont déjà une patientèle conséquente avec une moyenne de 1 436 patients par professionnel. Cependant, ces professionnels du territoire restent moins surchargés que les médecins généralistes du département (1667 patients par généraliste), de la région (1688 patients par généraliste) et de la France (1703 patients par généraliste).

Il est important de préciser que certains publics, notamment dans la population la plus jeune, n'ont pas de médecin traitant car ils n'ont pas besoin de recourir à un médecin étant en bonne santé ou estimant l'être.

Pour ce qui est de certains publics vulnérables, telles que **les personnes fréquentant les structures d'addictologie et les Centres médico-psychologiques (CMP)** les constats sont préoccupants.

Dans le parcours des personnes fréquentant **les structures d'addictologie**, le rôle du médecin traitant est particulièrement important. Or les intervenants en addictologie rencontrés font les constats suivants :

- nombre de ces patients n'ont pas de médecin traitant,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il y a des difficultés de compréhension/lisibilité dans l'organisation des soins de recours en addictologie,</li> <li>- le niveau d'acceptabilité par les médecins traitants de cette patientèle complexe est difficile à faire progresser,</li> <li>- les relations entre les médecins traitants, les structures d'addictologie et les patients pourraient être largement améliorées (connaissance du fonctionnement des CSAPA/« protocole » d'orientation vers la médecine de ville) et fluidifiées pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o éviter des ruptures dans les parcours,</li> <li>o rassurer les médecins traitants qui pourraient plus facilement s'engager dans une prise en charge de cette patientèle.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il faudra se poser la question du type de patients concernés, car il y a une différence de profil et de prise en charge suivant les produits.</p> <p>Dans le parcours des personnes fréquentant <b>les Centres médico-psychologiques adultes</b>, le rôle du médecin traitant est également particulièrement important. Sur le territoire Besançon et Grand Besançon métropole, il existe trois CMP adultes qui fonctionnent en lien avec le CH de Novillars :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CMP de Planoise, situé Rue Blaise Pascal</li> <li>- CMP des Montarmots, situé Chemin des Montarmots</li> <li>- CMP Jules Verne, situé rue de l'Industrie</li> </ul> <p>Les échanges avec leurs équipes ont permis de faire les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après une étude réalisée auprès de cette population, 30% des patients n'ont pas de médecin traitant (données file active 2022 : 724 patients sans médecin traitant parmi les 2477 patients suivis). Des quartiers tels que Planoise, Grette, Butte, Velotte et St Ferjeux présentent des taux de patients sans médecin traitant supérieurs à 50%.</li> <li>- C'est particulièrement vrai et important à prendre en compte pour ceux qui ont des comorbidités somatiques, c'est d'ailleurs en grande partie pour ce suivi que la demande est forte de la part des institutions qui suivent ces patients.</li> <li>- Comme pour les structures en addictologie, les relations entre les médecins traitants, les CMP et les patients pourraient être largement améliorées et fluidifiées pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o éviter des ruptures dans les parcours,</li> <li>o rassurer les médecins traitants qui pourraient plus facilement s'engager dans une prise en charge de cette patientèle ayant des troubles psychiques,</li> <li>o améliorer le suivi somatique des patients</li> </ul> </li> </ul> <p>De façon générale, il est donc constaté un déséquilibre entre l'offre et la demande de médecin généraliste traitant. En effet, la demande est importante avec deux difficultés à surmonter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trouver des médecins généralistes traitants,</li> <li>- lever les freins constatés pour suivre ces deux types de patientèle.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	Tous les usagers sans médecin traitant déclaré et/ou ayant des difficultés d'accès, notamment les plus vulnérables (en ALD, bénéficiant de la CSS, les 70 ans et plus, les personnes fréquentant les structures d'addictologie et les CMP) et les patients ne pouvant pas se déplacer.
Objectif	L'objectif général est de réduire le nombre d'usagers sans médecin traitant déclaré et faciliter leur accès.
Tâches opérationnelles	<b>1. Faciliter l'accès à un médecin traitant de proximité pour tous les usagers, avec une priorité pour les personnes en ALD, ayant la CSS, les 70 ans et plus, et de façon générale les publics les plus vulnérables.</b>

La CPAM du Doubs réalise depuis le mois de mai 2022 des actions auprès des assurés afin de les sensibiliser sur l'importance de déclarer un médecin traitant, notamment pour le suivi et l'orientation dans le parcours de soins. En complément, les délégués et conseillers de l'Assurance Maladie ont informé les médecins du nombre de patients vus plus de 3 fois par an sans que la démarche de déclaration médecin traitant n'ait été réalisée. Par ailleurs, pour accompagner davantage le volet communication, la CPAM du Doubs met à disposition un flyer sur le dispositif médecin traitant<sup>45</sup>.

Les propositions faites ci-après viennent en complémentarité avec les initiatives prises par la CPAM. Elles se feront en concertation étroite avec la Caisse.

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Réaliser **une enquête périodique** auprès des médecins généralistes afin de cartographier les professionnels disponibles pour suivre de nouveaux patients. Cette démarche permettra d'avoir un repérage des zones de tension et identifier les médecins généralistes non saturés pour une meilleure orientation et communication auprès de la population. Cela permettra également d'anticiper des reports de patientèle en cas de départ en retraite des praticiens et suivre les nouvelles installations des professionnels de santé.
- **Identifier les patients du territoire sans médecin traitant** avec l'aide de la CPAM (cartographie actualisée tous les mois), en priorisant les sujets en ALD, les personnes bénéficiant de la CSS et les personnes âgées de 70 ans et plus pour leur proposer un accompagnement vers un médecin traitant. Après identification de ces sujets, une lettre d'information sur l'importance de déclarer un médecin traitant leur sera envoyée par mail et/ou courrier avec l'aide de la CPAM.
- **Mettre en place une adresse mail pour traiter les situations non résolues.** Si après réception de la lettre d'information, les patients ne trouvent pas de médecin traitant, ils pourront contacter l'adresse mail de la CPTS afin de les mettre en relation avec **un médecin traitant de proximité** (quartier ou bassin de proximité).
- Etablir des liens avec **les Centres hospitaliers et les établissements de santé (cliniques)** pour identifier les personnes sans médecin traitant.
- Sensibiliser les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières et les secrétaires médicales sur **l'importance pour les usagers de déclarer un médecin traitant après 3 consultations chez un même médecin non identifié comme médecin traitant** (cf. campagne CPAM)
- **Mettre en place et/ou conforter des campagnes d'information :**
  - o sur l'importance du médecin traitant et l'intérêt d'un suivi coordonné à l'attention des usagers en s'appuyant sur les outils de communication de la CPAM.
  - o en réalisant des affiches avec l'adresse mail distribuées dans tous les cabinets médicaux, pharmacies, cabinets infirmiers, kinésithérapeutes...

**2. Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients ne pouvant pas se déplacer**

***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Sensibiliser les professionnels de la CPTS à l'importance de faire des visites à domicile.
- Faire un état des lieux des solutions possibles pour emmener les patients ayant des problèmes pour se déplacer au cabinet du médecin afin de gagner du temps de consultation (VSL, transports partagés...). Faire également un point sur les financements à envisager pour le recours à ces solutions.

<sup>45</sup> <https://extranet.infocpam.fr/partenaires/produit/flyer-medecin-traitant/>

- Promouvoir les dispositifs de délégation des tâches, notamment aux infirmier.ère.s qui elles (eux) se rendent au domicile, dans une perspective de mise en place d'équipe de soins primaires ou de maison de santé pluriprofessionnelle.
- Promouvoir la téléconsultation quand aucune autre solution n'est possible.

### **3. Promouvoir l'accès aux droits des patients, auprès des professionnels de santé et des patients eux-mêmes, afin de lutter contre le renoncement aux soins**

#### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

- Lors de l'enquête, recenser les professionnels capables de mener une consultation dans une langue étrangère et envisager la mise à disposition d'interprètes.
- Créer un outil regroupant les principales informations sur les droits des patients et le diffuser aux professionnels de la CPTS.
- Cartographier les professionnels du territoire en capacité d'accompagner l'ouverture des droits (CCAS, EAMS, dispositif PFIDASS, La Boussole des jeunes, pharmacies...)
- Promouvoir le dispositif Mission Accompagnement Santé (MAS)<sup>46</sup>.
- Sensibiliser et former les professionnels sur la pratique du tiers payant afin de limiter le reste à charge.
- Promouvoir en différentes langues la prise en charge du médecin traitant par l'Assurance Maladie auprès des publics les plus vulnérables.

### **4. Favoriser l'accès à un médecin traitant pour les patients fréquentant les structures d'addictologie et les CMP**

#### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

##### *Par rapport aux structures d'addictologie*

##### *Trouver des médecins traitants*

Il est proposé d'identifier à travers l'enquête qui sera réalisée :

- les médecins généralistes traitants en capacité d'accueillir une nouvelle patientèle,
- les médecins généralistes traitants ayant un champ de compétence en addictologie.

##### *Lever les freins constatés pour suivre cette patientèle*

Il est proposé d'organiser dans les quartiers et les secteurs, des rencontres destinées aux professionnels de santé pour présenter :

- l'organisation des structures en addictologie sur notre territoire,
- leur mode de fonctionnement et les « protocoles » d'orientation vers la médecine de ville,
- les possibilités de s'appuyer sur elles dans une relation simplifiée et fluide (par exemple à travers des outils adaptés et sécurisés),
- les perspectives de collaboration autour d'un même patient entre d'une part, les structures d'addictologie, et d'autre part, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmière et tout autre acteur de santé de proximité,
- l'existence de modalités d'accompagnement spécifiques de certains patients par un référent du CSAPA dans lequel ces derniers sont suivis pour faciliter la prise de rendez-vous et son accompagnement au cabinet du médecin,
- des études de cas et de partage de pratiques.

<sup>46</sup> Assurance maladie : Bénéficiaire d'un accompagnement personnalisé en cas de difficulté pour se soigner ; <https://www.ameli.fr/assurance/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/mission-accompagnement-sante>

	<p>Il faut insister sur le fait que ce ne sont pas des « sorties » des structures d'addictologie et que les médecins généralistes traitants peuvent continuer d'être en lien avec les CSAPAs qui restent en appui.</p> <p>Par ailleurs, Il pourrait être imaginé également des présentations en visio afin de proposer des modes d'information très facilement accessibles dans la perspective d'un travail de sensibilisation pluri professionnel et d'acculturation en addictologie.</p> <p>L'idée générale est de montrer que cette chaine organisationnelle peut être solidifiée et que le médecin traitant n'est pas seul face à des malades souvent complexes, notamment si une dimension sociale est présente (comme c'est souvent le cas).</p> <p><u>Par rapport aux CMP</u></p> <p><i>Trouver des médecins traitants</i></p> <p>Il est proposé (comme pour l'addictologie) d'identifier à travers l'enquête qui sera réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les médecins généralistes traitants en capacité d'accueillir une nouvelle patientèle,</li> <li>- les médecins généralistes traitants ayant un champ de compétence en psychiatrie.</li> </ul> <p><i>Lever les freins constatés pour suivre cette patientèle</i></p> <p>Il est proposé d'organiser dans les quartiers et les secteurs, des rencontres destinées aux professionnels de santé pour présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organisation sur notre territoire des structures de psychiatrie et de santé mentale en général et plus particulièrement les CMP adultes (cf. le guide des partenaires en santé mentale dans le Doubs qui vient de sortir à l'initiative des plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale du Doubs –CH Novillars),</li> <li>- leur mode de fonctionnement,</li> <li>- les possibilités de s'appuyer sur elles dans une relation simplifiée et fluide,</li> <li>- les perspectives de collaboration autour d'un même patient entre, d'une part ces structures, et d'autre part, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmière et tout autre acteur de santé de proximité,</li> <li>- l'existence de modalités d'accompagnement spécifiques de certains patients par un référent du CMP dans lequel il est suivi pour faciliter la prise de rendez-vous et son accompagnement au cabinet du médecin,</li> <li>- des études de cas et de partage de pratiques,</li> <li>- la cellule de situation complexe portée par le Conseil Local de Santé Mentale du Grand Besançon afin d'en faciliter la saisie par les médecins traitants.</li> </ul> <p>Il pourrait être imaginé également des présentations en visio afin de proposer des modes d'information très facilement accessibles.</p> <p>L'idée générale est là aussi de montrer que cette chaine organisationnelle peut être solidifiée et que le médecin traitant n'est pas seul face à des malades souvent complexes, notamment si une dimension sociale est présente (comme c'est souvent le cas). Il est précisé que dans cette perspective une équipe de liaison en soins somatiques est un projet à l'initiative du CH de Novillars.</p>
Calendrier de déploiement	<p>2023</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enquête auprès des professionnels de santé sera élaborée au cours du premier semestre 2023 puis diffusée courant du second semestre 2023. Enfin, ces données seront analysées (troisième semestre 2023) et reconduites périodiquement pour suivre les évolutions.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des usagers sans médecin traitant avec la CPAM et création de campagnes d'information au second trimestre 2023.</li> <li>- Mise en place d'une adresse mail de contact pour les personnes sans solution à partir de juin 2023.</li> <li>- Recensement des professionnels parlant une langue étrangère ; il sera conduit en même temps que l'enquête principale de recensement des médecins généralistes.</li> </ul> <p>2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les taches opérationnelles de la sous action n°4 commenceront début d'année 2024.</li> <li>- Lien avec l'hôpital et établissements de santé (cliniques) pour les patients hospitalisés à partir de 2024</li> <li>- La mise en place de l'action n°2 débutera à partir de 2024.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils informatiques pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• recenser et cartographier les professionnels de santé ;</li> <li>• réaliser l'enquête.</li> </ul> </li> <li>- Création de supports de communication pour les campagnes de sensibilisation.</li> <li>- Les moyens financiers nécessaires seront estimés dans un tableau budgétaire.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	L'ensemble des professionnels de santé, le CHU de Besançon et les cliniques, le CH de Novillars, la CPAM, l'ARS et les usagers, médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens et autres professionnels de santé, sociétés de VLS, Ginko, société de taxis, municipalités, CPAM, ARS, tous les organismes pouvant accompagner les personnes afin de faciliter l'ouverture des droits, les structures d'addictologie, les CMP (CH de Novillars), la Plateforme de Coordination en Santé Mentale (CH Novillars), les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels de santé, la CPAM, l'ARS.
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de l'enquête périodique et de la cartographie des acteurs disponibles.</li> <li>- Réalisation d'une campagne de promotion de la fonction de médecin traitant aux professionnels de santé et aux assurés, avec notamment l'incitation des usagers à les déclarer comme médecin traitant après trois consultations.</li> <li>- Mise en place d'une adresse mail générique pour les demandes non résolues.</li> <li>- Conventionnement avec le service mission d'accompagnement santé de la CPAM pour une mise à disposition de la cartographie des acteurs disponibles mise à jour, ainsi que l'adressage des publics en besoin d'accompagnement aux droits et aux soins.</li> </ul>
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du nombre de patients en ALD sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients de 65 ans et plus sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients C2S sans médecin traitant</li> <li>- Diminution du nombre de patients fréquentant les CMP sans médecin traitant</li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la patientèle du territoire sans médecin traitant</li> </ul>

B. Permettre l'organisation et la coordination des parcours pluriprofessionnels autour du patient.

a. *Insuffisance cardiaque et personnes âgées (fiche action n°3)*

Repérage des signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque (IC) chez les personnes âgées (PA) de 65 ans et plus souffrant de pathologie cardiaque.	
Mission socle	Organisation et coordination du parcours pluriprofessionnels autour du patient.
Responsables de l'action	Florence DELCEY
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>De nombreuses études soulignent les difficultés de perception par les patients des signes et symptômes évocateurs d'une IC en voie de décompensation et pointent une faible connaissance générale de la maladie. Ceci entraîne une difficulté d'appropriation des points clés de la maladie et une sous-estimation de symptômes, certes non spécifiques<sup>47</sup>.</p> <p>Les objectifs opérationnels que s'est fixé l'Assurance Maladie visent à améliorer les parcours autour de quatre dimensions majeures :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuivre l'accompagnement des acteurs de soins investis dans la prise en charge de l'IC, en enrichissant les outils mis à leur disposition par de nouveaux supports basés sur les données du Système national des données de santé et décrivant l'épidémiologie de l'IC et la trajectoire de soins des patients sur leur territoire.</li> <li>2. Sensibiliser les patients à risque et les opérateurs de soins à la reconnaissance des signes et symptômes évocateurs d'une IC symptomatique.</li> <li>3. Organiser le suivi immédiat au décours d'une hospitalisation pour décompensation.</li> <li>4. Contribuer à la structuration et la coordination des soins, notamment pour les patients les plus sévères.</li> </ol> <p>Notre action se situe principalement au niveau de la 3<sup>ème</sup> dimension (début du parcours ; schéma ci-après) en ciblant non seulement les opérateurs de soins, mais tous les intervenants professionnels au domicile et en institutions des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque</b></p> <p>Source : Cnam</p> </div> <p>Par ailleurs, les données nationales montrent que la proportion de patients bénéficiant de soins infirmiers libéraux (IDE) concerne les ¾ des patients atteints d'IC et que ces derniers s'effectuent en général à domicile. Ces chiffres ont augmenté de plus de 4 points en 2020 et de 2 points supplémentaires en 2021. Cette évolution pourrait refléter l'adaptation de leur activité pour renforcer le suivi paramédical des pathologies chroniques au domicile. En 2021,</p>

<sup>47</sup> [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07\\_rapport-propositions-pour-2023\\_assurance-maladie\\_3.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf)



81,6% des patients ayant une IC ont eu un contact avec une IDE. Ces données montrent bien toute l'importance de l'entourage, notamment pour les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie et souffrant de troubles cognitifs plus ou moins importants. L'alerte ne viendra donc pas toujours de la personne elle-même, mais de son entourage et notamment des intervenants professionnels.

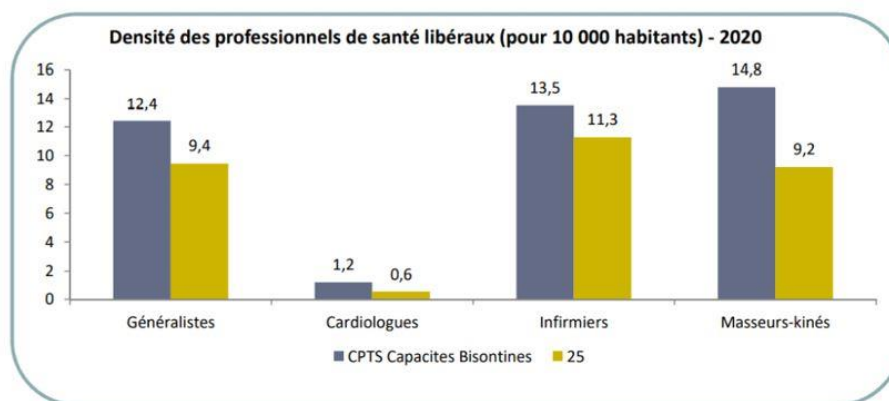
### Diagnostic territorial

D'après Rezone, pour notre territoire, le pourcentage de personnes concernées par « l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, une cardiopathie valvulaire grave et une cardiopathie congénitale grave », est de 1.8% soit 3 417 patients (chiffres au 04/05/2022) (Tableau 1)

Pathologies Patients consommateurs(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	1.8%* 3 417 pat.	2.1%	2.5%	2.2%	-0.3	-0.7	-0.4
Commune(s) neutralisée(s) (Audeux, Braillans, Champoux, Champvans-les-Moulins, Chaucenne, La Chevillotte, Chevroz, Le Gratteris, Larnod, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Noiron, Palise, Rancenay, Roset-Fluans, Tallenay, Thoraise, Velesmes-Essarts, Venise, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins)							
Maladie coronaire	2.3%* 4 444 pat.	2.5%	2.6%	2.2%	-0.2	-0.3	0.1
Commune(s) neutralisée(s) (Braillans, Busy, Champagney, Champoux, La Chevillotte, Chevroz, Le Gratteris, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Palise, Rancenay, Roset-Fluans, Tallenay, Thoraise, Villars-Saint-Georges)							

### Selon les données de l'ODT

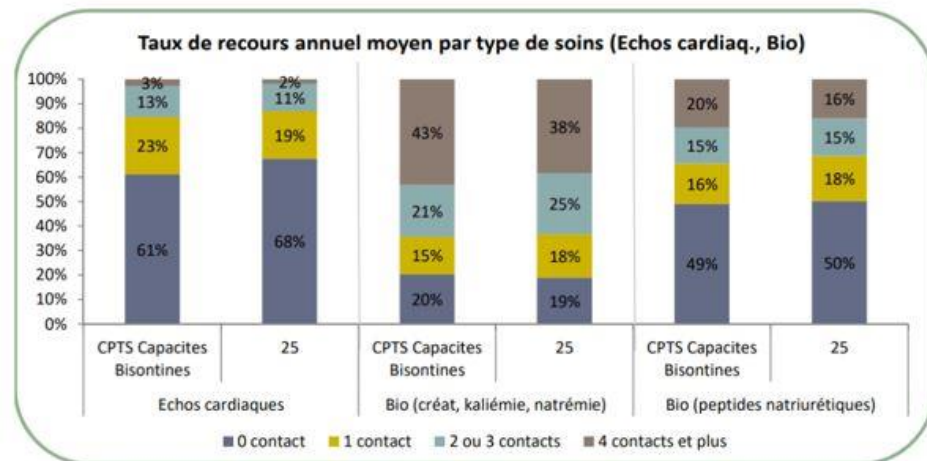
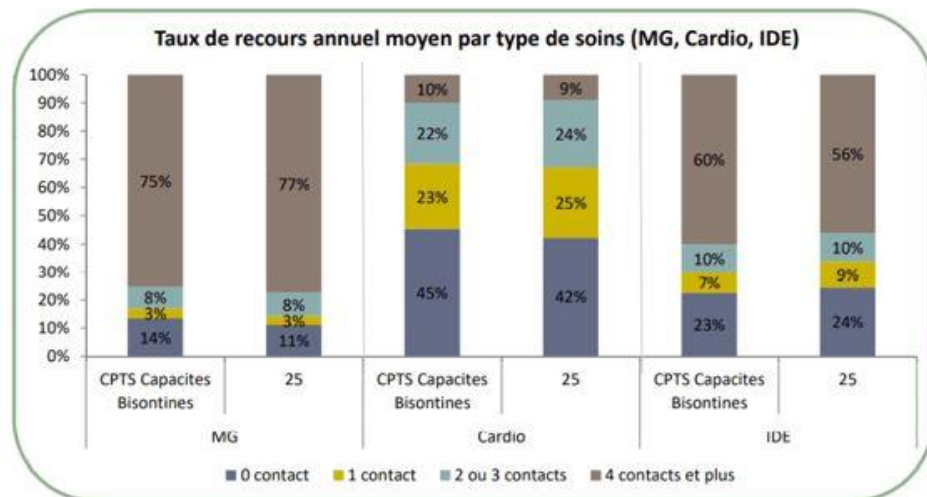
Globalement, la densité de professionnels de santé libéraux (généralistes, cardiologues, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) est supérieure sur notre territoire par rapport à l'ensemble du département du Doubs. Il est important de tenir compte du fait qu'une partie de la patientèle résidant hors du territoire de notre CPTS vient se faire soigner par les professionnels du territoire de la CPTS (Tableau 2).



Taux de recours sur l'année à un médecin généraliste, un cardiologue et une IDE (Tableaux 3 et 4) :

- 14% des patients n'ont eu aucun contact avec leur médecin traitant mais 75 % l'ont consulté au moins quatre fois.
- 45% n'ont eu aucun contact avec un cardiologue et seulement 10% l'ont consulté au moins quatre fois.
- 23% des patients n'ont jamais eu de contact avec une infirmière libérale alors que 60%

d'entre eux ont reçu des soins à domicile au moins 4 fois dans l'année.



Les données OPTIM sur l'IC indiquent que :

- le taux de prévalence de l'IC sur notre territoire est de 1.4 à 1.69
- le taux de mortalité des patients insuffisant cardiaque sur les deux dernières années est de 35 à 37.93

Sur le volet recours aux soins primaires, le nombre annuel de contacts avec un médecin généraliste est entre 7 et 7.91. La part des patients insuffisant cardiaque sans contact avec un médecin généraliste se situe entre 12 et 13.97 et celle des patients IC sans contact avec un cardiologue entre 45 et 47.89.


### En résumé

#### L'argumentaire

- L'IC est la 1ère cause d'hospitalisation après 65 ans.
- L'IC est une pathologie dont la gravité des symptômes est souvent sous-estimée par les patients.
- Les personnes âgées vivant à domicile ont des liens privilégiés avec des intervenants professionnels à domicile : infirmières, aides à la personne...

#### L'opportunité

La CNAM lance une campagne nationale autour des 4 signes d'alerte par rapport à cette

	<p>pathologie<sup>48</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essoufflement à l'effort,</li> <li>- Prise de poids rapide,</li> <li>- Œdèmes des membres inférieurs,</li> <li>- Fatigue excessive.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	<b>Le public concerné</b> est composé des patients âgés de 65 ans et plus, vivant à domicile, en foyer logement, en EHPAD ou autres structures d'accueil des personnes âgées, souffrant d'insuffisance cardiaque, pathologie connue ou non par le patient.
Objectif	Faire progresser le repérage précoce (signes d'alerte) de l'Insuffisance cardiaque chez les sujets âgés de 65 ans et plus, souffrant de pathologie cardiaque ou pas.
Tâches opérationnelles	<p><b>1- RECENSER TOUS LES ACTEURS CONCERNES</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>L'équipe de coordination de la CPTS en partenariat avec le DAC, se chargera de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les acteurs du territoire par différentes modalités de recherche dont le phoning et par courrier,</li> <li>- Établir et maintenir à jour une cartographie des différents acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées (<i>cités dans le paragraphe « Public bénéficiaire de l'action »</i>).</li> </ul> <p><b>2- INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROFESSIONNELS DE SANTE AINSI QUE LES AIDANTS AUX 4 SIGNES - ESSOUFFLEMENT, PRISE DE POIDS, ŒDEME, FATIGUE – (EPOF)<sup>49</sup></b></p> <div data-bbox="673 1025 1177 1496" data-label="Image">  </div> <p>La campagne de l'assurance maladie sera largement diffusée, notamment dans les salles d'attente des professionnels de santé. Elle pourra également être relayée dans les quartiers prioritaires grâce à la fiche EPOF adaptée (<i>voir ci-après</i>).</p> <p><b>Trois types de supports spécifiques</b> seront élaborés par un groupe de travail pluri disciplinaire (médecin généraliste traitant, cardiologue, infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, acteur du domicile, usager) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux webinaires (<i>l'un pour les professionnels de santé, un second pour les autres intervenants</i>) accompagnés d'un forum de questions/réponses à destination des acteurs concernés. Il s'agira d'harmoniser les connaissances des signes cliniques de repérage de l'IC (en particulier avec l'outil fiche EPOF – <i>voir ci-après</i>) et de donner une méthodologie</li> </ul>

<sup>48</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-diagnostic-precoce-indispensable>

<sup>49</sup> <https://giccardio.fr/patient/linsuffisance-cardiaque/epof-les-4-signes-les-plus-frequents/>

aux acteurs non professionnels de santé pour alerter les professionnels de santé en particulier le médecin traitant sur leur dépistage précoce.

- *Un flyer EPOF.* Il sera fortement inspiré des travaux réalisés par la Fédération française de cardiologie et du Groupe insuffisance cardiaque & cardiomyopathies (GICC)<sup>50</sup>. La méthode FALC<sup>51</sup> sera utilisée afin que le flyer EPOF puisse être diffusé par exemple auprès des publics défavorisés, ne parlant pas ou peu notre langue en collaboration avec les maisons de quartier et les relais santé de la Direction hygiène santé. (ADAPEI et autres structures, AVH association Valentin Haüy...)
- *Un logigramme expliquant la démarche à suivre en cas de repérage d'IC.* Si les signes sont identifiés par :
  - un professionnel de santé, l'information sera remontée directement au médecin traitant du patient qui pourra faire si nécessaire le lien avec le cardiologue.
  - les acteurs médico-sociaux, sociaux, aide à la personne ou des membres de la famille, l'information sera transmise via les professionnels de santé qui à son tour en rendra compte au médecin traitant.

**Les modalités d'utilisation** seront les suivantes :

- *Pour les webinaires,*
  - Ils seront utilisés dans le cadre de formations spécifiques « ad hoc » ou entrant dans des cycles de formation initiale (UFR Santé et Instituts de formation en santé ; médico-social et social) ou continue (exemple DPC).
  - ils seront également accessibles (en replay) à partir de différents sites CPTS et partenaires : Assurance maladie, ARS, FeMaSCo, URPS, Ordres, Ville (CCAS), structures d'aide à domicile, établissements de santé (par exemple la chaîne YouTube du CHRU) et médico-sociaux, Ireps...
- *Pour le flyer EPOF,*
  - il sera largement diffusé dans les cabinets et officines des professionnels de santé, dans et avec les structures partenaires,
  - il sera mis à disposition lors des formations,
  - il servira de support lors de l'organisation de « café santé » (ou d'autres formes d'initiatives du type « aller vers ») avec le soutien des usagers, de l'IREPS et des acteurs de proximité dans les quartiers et bassins de vie.
- *Pour le logigramme,*
  - il sera disponible sur les sites internet de tous les partenaires cités précédemment ainsi que sur le site de la CPTS,
  - Il sera mis à disposition lors des formations,
  - Il sera distribué dans les pharmacies, les cabinets médicaux...

**3- BON USAGE DES EXAMENS POUR LA DETECTION PRECOCE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**<sup>52</sup>

<sup>50</sup> <https://giccardio.fr/>

<sup>51</sup> [http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide\\_ReglesFacileAlire.pdf](http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf)

<sup>52</sup> <https://www.sfcardio.fr/sites/default/files/2021-10/2021-N14-Journal%20du%20CCF.pdf>

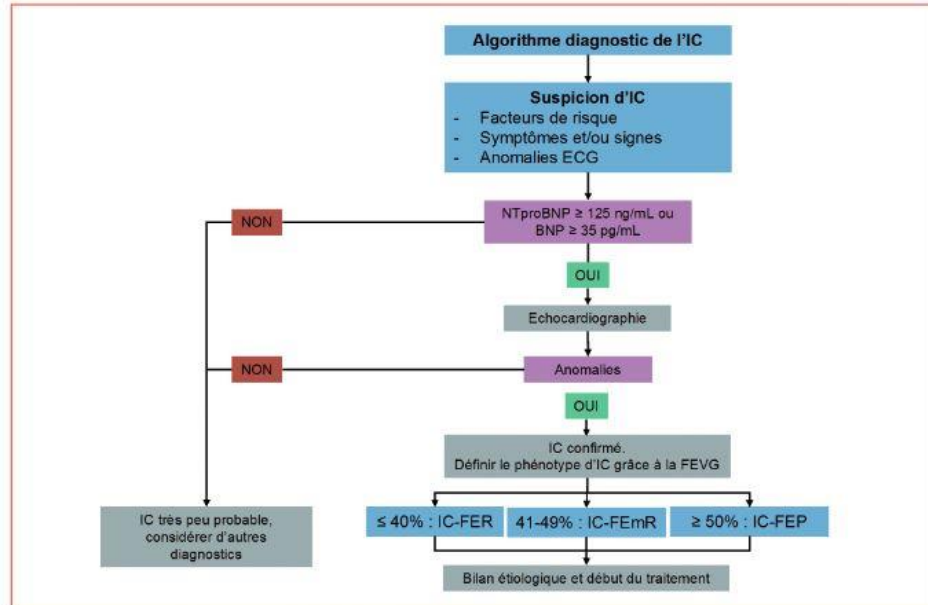


Figure 1 : Arbre diagnostique de l'insuffisance cardiaque chronique

### Les tâches à mettre en place pour déployer cette action

En raison de l'évolution des préconisations, notamment biologiques de suspicion de l'IC (notamment NT-proBNP), une fiche de recommandation (délai optimal de consultation avec le cardiologue, les recommandations de prescription médicamenteuse et biologique, les seuils d'alertes, le recours à l'écho cardiaque...) accompagnée d'un webinaire sur ces sujets sera élaborée par un groupe constitué de médecins généralistes, de cardiologues et de biologistes.

Ils auront pour objectifs de :

- renforcer la détection précoce (en complément de l'identification des signes d'alerte EPOF) notamment par des examens biologiques, mais pas seulement,
  - éviter les prises en charge « one shot »,
  - améliorer l'articulation médecin traitant/cardiologue,
- en inscrivant les patients dans un parcours de soin.

Les recommandations et le webinaire seront diffusés par certains canaux évoqués plus haut.

Calendrier de  
déploiement

#### 1 RECENSER TOUS LES ACTEURS CONCERNES

- Recensement : 2<sup>ème</sup> semestre
- Actualisation jusqu'à n+5

#### 2 INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON PROFESSIONNELS DE SANTE AINSI QUE LES AIDANTS AUX 4 SIGNES - ESSOUFFLEMENT, PRISE DE POIDS, ŒDEME, FATIGUE – (EPOF)<sup>53</sup>

- Relais des informations de l'Assurance maladie : dès la mise en place opérationnelle de la CPTS jusqu'à n+5
- Création des deux supports spécifiques : entre fin 2023 et mars 2024
- Diffusion et accompagnement des supports spécifiques : entre avril 2024 jusqu'à n+5

#### 3 BON USAGE DES EXAMENS POUR LA DETECTION PRECOCE ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Rédaction : septembre 2023 à décembre 2023
- Diffusion : janvier 2024 jusqu'à n+5

<sup>53</sup> <https://giccardio.fr/patient/linsuffisance-cardiaque/epof-les-4-signes-les-plus-frequents/>

Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un logiciel permettant de compiler les informations collectées et de les mettre régulièrement à jour.</li> <li>- <i>Le webinaire</i> sera réalisé avec une société de production audio-visuelle et le forum questions/réponses sera animé par l'équipe de la CPTS.</li> <li>- <i>La fiche EPOF</i> sera réalisée avec l'aide d'un maquettiste.</li> <li>- Constitution du groupe de travail</li> <li>- Réalisation de la maquette de la fiche « méthode »</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurance maladie,</li> <li>- ARS,</li> <li>- FeMaSCo,</li> <li>- URPS,</li> <li>- Ordres,</li> <li>- Ville,</li> <li>- Etablissements de santé et médico-sociaux du territoire,</li> <li>- Ireps.</li> <li>- Les professionnels de l'accompagnement à domicile (CCAS - maison des séniors..., ELIAD, ADMR et les structures privées ainsi que les personnes employées à titre privé - CESU) et travaillant dans des établissements pour personnes âgées</li> <li>- La famille et l'entourage</li> <li>- Les professionnels de santé : médecins généralistes traitants, cardiologues, infirmières (dont les infirmières Asalée et en pratique avancée), pharmaciens<sup>54</sup>, kinésithérapeutes<sup>55</sup>, biologistes, aides-soignantes... travaillant en libéral ou dans différentes structures ou organisations (SSIAD, HAD, équipe mobile de gériatrie...)</li> <li>- Le Dispositif d'appui à la coordination (DAC)</li> <li>- Les associations d'usagers et les maisons de quartiers</li> <li>- Les associations œuvrant pour des publics en situation de handicap (ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...)</li> <li>- Le groupe constitué de médecins généralistes, de cardiologues, de biologistes, de pharmaciens, de kinésithérapeutes et d'infirmières, animé par l'équipe de la CPTS.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les acteurs de l'accompagnement à domicile et de la prise en charge des personnes de 65 ans et plus, dans le but de réaliser des formations auprès des différents acteurs.</li> <li>- Préparation des supports de formation à destination des professionnels de santé (en vue d'un déploiement au cours de l'année 2024).</li> <li>- Préparation des supports de formation à destination des non professionnels de santé et des aidants (en vue d'un déploiement au cours de l'année 2024).</li> </ul>
Indicateurs de résultat	

<sup>54</sup> Assurance maladie : Insuffisance cardiaque : un support d'information pour favoriser l'échange avec les patients ; <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-outil-pour-communiquer-avec-les-patients>

<sup>55</sup> Des possibilités de prise en charge avec cotation spécifique sont envisagées.

*b. Les entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans. (Fiche action n°4)*

<b>Organiser, coordonner et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus.</b>	
Mission socle	Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient
Responsables de l'action	Nicole PICARD
Diagnostic territorial	<p>Les questions liées aux personnes âgées sont des sujets récurrents dans le contexte démographique actuel. Ces problématiques ont donné lieu à de nombreuses initiatives, expérimentations ou dispositifs pérennes. La loi attendue sur le grand âge, mais différée à plusieurs reprises, devrait structurer une stratégie fondatrice, tant au niveau national, avec un rôle important confié à la CNSA, qu'au niveau des régions, avec les Conseils départementaux, les ARS, l'Assurance maladie et les Communes. Les expérimentations PAERPA (le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)<sup>56</sup> ou le programme ICOPE<sup>57</sup> sont deux exemples d'initiatives récentes sur le sujet. Par ailleurs, plusieurs rapports de Dominique Libault<sup>58</sup> <sup>59</sup> ont traité de ce thème en faisant des propositions innovantes.</p> <p><b>En Bourgogne Franche-Comté</b>, le programme PAERPA a été développé dans le Doubs<sup>60</sup>, le Gie IMPA (le Groupement d'Intérêt Economique Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées)<sup>61</sup> propose des dispositifs adaptés aux besoins des personnes âgées et le PGI (Pôle gérontologie et d'innovation Bourgogne Franche-Comté)<sup>62</sup> a pour finalité d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile, en institution ou en milieu hospitalier, par le développement de la recherche et de l'innovation. Ce ne sont pas les seules initiatives prises. En effet, il est aussi possible d'évoquer les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) présentés au moment de leur création comme un guichet unique de proximité (leur rôle est de conseiller, informer et orienter les aînés et leur famille, ainsi que l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées), mais également des réseaux de gérontologie ou des équipes mobiles, comme c'est le cas à Besançon avec « <i>une activité ambulatoire regroupant les activités d'une équipe mobile territoriale intra et extrahospitalière, une plateforme gériatrique d'appel et d'une activité de consultation et d'hôpital de jour</i> »<sup>63</sup>.</p> <p>Enfin, sur <b>les questions spécifiques de sortie d'hospitalisation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une enquête</b> a été réalisée sur le sujet auprès d'usagers fréquentant une structure d'exercice pluriprofessionnelle implantée sur le territoire de la CPTS CaPacITÉS Besançon &amp; Métropole (CPTS B&amp;M). Elle soulignait notamment « <i>l'absence d'information et de communication</i> » avant, pendant et après l'hospitalisation. Dans le but de répondre à ces carences, le groupe d'usagers a réalisé une brochure autour des items suivants :</li> </ul>

<sup>56</sup> IRDES : Evaluation de l'expérimentation : Le parcours de santé des aînés ; <https://www.irdes.fr/recherche/projets/paerpa-evaluation-du-parcours-sante-des-aines/actualites.html>

<sup>57</sup> INSPIRE – Vieillir en bonne santé : Le programme ICOPE ; <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

<sup>58</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

<sup>59</sup> Rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie - 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France ; [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_libault\\_spta\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf)

<sup>60</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : PAERPA dans le Doubs ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/paerpa-dans-le-doubs>

<sup>61</sup> Groupement d'Intérêt Economique Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées Gie IMPA ; <http://www.gie-impa.fr/>

<sup>62</sup> PGI – Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne Franche-Comté ; <https://www.pole-gerontologie.fr/Le-PGI>

<sup>63</sup> <https://www.chu-besancon.fr/offre-de-soins/les-services-et-activites/geriatrie.html>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Sur l'avant hospitalisation :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La consultation préopératoire avec anticipation ou repérage de la dénutrition, de l'anxiété, des troubles cognitifs....</li> <li>▪ Les conséquences à la sortie : date du retour prévisible, nécessité de contacter des personnels de santé pour des soins spécifiques, nécessité de prévoir des aides à domicile pour faciliter le retour (ménage, repas..), nécessité de location de matériel spécifique...</li> </ul> </li> <li>○ <i>Pendant :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demander à voir une personne du service social,</li> <li>▪ Cette personne pourra en principe prendre les contacts nécessaires pour un retour plus serein à la maison si les proches ne peuvent pas effectuer ces démarches.</li> </ul> </li> <li>○ <i>Après :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévenir du retour à domicile (qui, comment ?)</li> </ul> </li> </ul> <p>- <b>Le Gie IMPA</b> a mis en place depuis 2007 un dispositif de sortie d'hospitalisation<sup>64</sup> avec une plaquette « <i>Coordonner le retour à domicile des personnes âgées</i> »<sup>65</sup> et une fiche « <i>Être hospitalisé : ce qu'il faut savoir</i> »<sup>66</sup>.</p> <p>- <b>Le service social du CHU</b> est investi sur le sujet des sorties d'hospitalisation avec de nombreuses équipes hospitalières, en particulier la gériatrie et son équipe mobile. De plus, des réunions périodiques sont programmées tous les 15 jours concernant des cas complexes avec des organismes mobilisés sur le sujet, comme les services de soins à domicile, l'HAD, le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) ...</p> <p>- En effet, <b>le DAC</b> vient en appui aux professionnels de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients complexes. Dans ce contexte, le suivi et le soutien des sorties d'hospitalisation peuvent être accompagnés par le DAC. Il contribue ainsi à l'organisation de sorties dès qu'elles sont possibles en lien avec les établissements hospitaliers, les EHPAD (notamment hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation) et autres établissements médico-sociaux, les services d'aide et de soins à domicile<sup>67, 68</sup>.</p> <p>- <b>Concernant l'Assurance maladie</b>, le site Ameli bénéficie d'une rubrique « <i>Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer</i> »<sup>69</sup> et est annoncé la perspective de la mise en place sur tout le territoire français d'un Prado « <i>Retour à domicile après hospitalisation</i> »<sup>70</sup>. Des précisions sont apportées dans le flyer « <i>Je suis accompagné après mon hospitalisation pour une intervention en chirurgie</i> »<sup>71</sup>.</p> <p>Au total, il existe un paradoxe entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une part, le foisonnement des initiatives prises depuis plusieurs décennies,</li> <li>- d'autre part, une situation qui reste confuse d'accès à l'information et aux services, voir difficile pour les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles et les professionnels.</li> </ul>
--	--

<sup>64</sup> GIE IMPA : La sortie d'hospitalisation : un dispositif fédérateur, éprouvé et généralisable : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/bourgogne-franche-comte/article/la-sortie-d-hospitalisation-un-dispositif-federateur-eprouve-et-generalisable>

<sup>65</sup> Gie IMPA : Coordonner le retour à domicile des personnes âgées ; <http://www.gie-impa.fr/actualites-et-documentation/documents/sortie-d-hospitalisation/219-depliant-professionnel/file.html>

<sup>66</sup> Gie IMPA : Être hospitalisé : ce qu'il faut savoir ; <http://www.gie-impa.fr/actualites-et-documentation/documents/sortie-d-hospitalisation/215-flyer-sortie-hospitalisation/file.html>

<sup>67</sup> ARS Bourgogne Franche-Comté : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/dispositif-dappui-la-coordination-dac-0>

<sup>68</sup> DAC Franche-Comté : <https://www.dac-fc.org/>

<sup>69</sup> CNAM – Ameli : Hospitalisation : les types de séjour et les démarches à effectuer ; <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation>

<sup>70</sup> CNAM – Ameli : Prado retour à domicile après hospitalisation : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation>

<sup>71</sup> CNAM – Ameli : Je suis accompagné après mon hospitalisation pour une intervention en chirurgie » ; [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/dep\\_chir\\_pour\\_ecran\\_20200107.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/dep_chir_pour_ecran_20200107.pdf)



	<p>Si dans l’avenir, la CPTS B&amp;M compte s’investir sur l’ensemble du parcours de vie, de santé et de soin de la personne âgée, <b>cette fiche action</b> souhaite dans un premier temps intervenir sur le recensement des organismes prenant en charge les entrées et sorties d’hospitalisation, puis sur une séquence spécifique de ce parcours, souvent cause de rupture : <b>l’hospitalisation programmée des personnes âgées de 65 ans et plus</b>. D’autres pistes de développement, plus larges telles que les entrées et sorties d’hospitalisation non programmées, seront développées dans un second temps.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	Les personnes âgées de 65 ans et plus.
Objectif	Fluidifier en aval et en amont les hospitalisations pour les personnes âgées de 65 ans et plus
Tâches opérationnelles	<p><b>1. Répertorier les acteurs qui interviennent dans le champ de l’entrée et la sortie d’hospitalisation.</b> Identifier les missions de chacun et leurs limites d’intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rencontrer les acteurs</b> impliqués dans les sorties et entrées d’hospitalisation, identifier leurs compétences, leurs limites</li> <li>- <b>Réaliser une cartographie</b> de ces acteurs du territoire afin d’avoir une idée plus claire de l’offre existante</li> <li>- <b>Construite un annuaire régulièrement actualisé</b> contenant l’ensemble des ressources disponibles : DAC avec les coordinatrices de parcours, ELIAD, SSIAD, Plateforme téléphonique gériatrie CHU / St Vincent...</li> <li>- Engager une réflexion pour <b>une meilleure utilisation des outils numériques</b> déjà disponibles (eTICSS, Mon Espace Santé...) pour faciliter les parcours de soins dans le cadre d’entrées ou sorties d’hospitalisation ; ce sera le travail du groupe CPTS « Mon Espace Santé/e-santé ».</li> </ul> <p><b>2. Travailler en collaboration avec les institutions (CPAM, ARS) sur l’articulation existante.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontrer les institutions et discuter <b>des points d’amélioration et de la place de la CPTS</b> dans ce parcours de soins.</li> <li>- Présenter le dispositif <b>PRADO Hospitalisation</b></li> <li>- Mettre en place <b>une expérimentation</b> avec les MSP et les acteurs du territoire pour le repérage de la fragilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Exemple : Pre-éligibilité PRADO.</li> </ul> <p><b>3. Organiser et sécuriser les entrées et sorties d’hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En amont de l’hospitalisation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Une fiche de recommandations et conseils avant hospitalisation</b> sera rédigée et remise lors des consultations préhospitalisation en contact avec les personnes concernées, avec si possible des explications et commentaires donnés par ces derniers.</li> <li>○ <b>Un courrier l’entrée sera rédigé par le médecin traitant</b> contenant un certain nombre d’informations harmonisées.</li> </ul> </li> </ul>

- **Rédiger une fiche d'information générale à destination des soignants en cas d'hospitalisation et en possession de chaque usager concerné.** Cette fiche qui pourra être affichée sur le frigidaire de la personne contiendra :
  - les contacts de l'équipe soignante
  - le contact de la personne de confiance
  - les allergies...
  - les traitements en cours
  - les directives anticipées

- **Pendant et en aval de l'hospitalisation :**

- **Une fiche de recommandations et conseils** sera élaborée, remise et commentée par les équipes des établissements de santé.
- **Un courrier de sortie** sera rédigé et une procédure sera mise en place pour que celui-ci soit remis au médecin traitant et aux soignants concernés au moment de sa sortie (et pas des jours ou des semaines après...). Rappel surtout au niveau des cliniques qui ne font pas toujours cette lettre.
- **Uniformisation des ordonnances par le médecin traitant**

**Un point de vigilance :** assurer la continuité de tous les traitements pendant et après l'hospitalisation.

**Le travail de la CPTS sera :**

- d'engager cette mission avec les équipes soignantes, les établissements de santé et les usagers,
- de rédiger les deux fiches de recommandations et conseils d'entrée et de sortie,
- d'établir des préconisations pour la rédaction harmonisée des courriers d'entrée et de sortie,
- de favoriser l'usage de ces supports tant au niveau de la médecine de ville que dans les établissements publics ou privés avec une campagne de communication auprès des professionnels et des usagers.
- de développer également les usages pour les différents courriers (entrée et sortie) ainsi que les autres informations utiles à travers "Mon Espace Santé".

**4. Organiser et sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées chez les personnes âgées de 65 ans et plus**

Cette action sera développée dans un second temps. Après avoir fait l'évaluation des actions précédentes (intérêt, limite) auprès des acteurs et des patients dont l'hospitalisation était programmée.

Une attention particulière sera portée **aux personnes âgées de 75 ans et plus dépendantes et/ou présentant des troubles neurocognitifs**. Ce sont les personnes les plus à risque de réhospitalisation. Ce risque est d'autant plus important lorsque la première hospitalisation est non programmée, qui se fait donc le plus souvent via les urgences. Les personnes âgées dépendantes avec des troubles neurocognitifs ont généralement plus de 75 ans. Par exemple, dans le service de gériatrie du CHU, il est exceptionnel qu'une personne de moins de 75 ans y soit hospitalisée. En revanche, dans les autres services de médecine et de chirurgie, les sujets de plus de 75 ans y sont également en grand nombre et ce sont eux qui vont être à risque de réhospitalisation (syndromes gériatriques souvent non dépistés/traités, problématique sociale parfois sous-évaluée voire non recherchée).

Calendrier de déploiement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cartographie sera réalisée dans les 12 premiers mois de l'action</li> <li>- L'équipe projet prendra contact avec les autorités dans les 6 premiers mois de l'action.</li> <li>- Le déploiement d'actions « de terrain » débutera au premier semestre 2024 et sera mis en œuvre durant toute la période de l'ACI.</li> <li>- L'action concernant les entrées et sorties d'hospitalisation non programmées sera développée dans un second temps à partir de 2025.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moyens humains</li> <li>- Outils informatiques</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	Les médecins traitants (et les équipes traitantes dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel), les chirurgiens, les anesthésistes et les cardiologues, les professionnels de santé de proximité (infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes...), la CPAM, l'ARS, les usagers, les assistantes sociales et les équipes d'aide à la personne, le CCAS, le réseau gérontologie bisontin, les gériatres, le DAC, l'équipe mobile de gériatrie, le CHRU et les cliniques.
Indicateurs de moyens	Réalisation du recensement des acteurs travaillant dans le champ de la prise en charge de l'hospitalisation de la personne de 65 ans et plus et de leurs missions (amont et aval).
Indicateurs de résultat	

## C. Développer des actions de prévention

### a. Dépistage du cancer colo-rectal (fiche action n°5)

Dépistage du cancer colorectal (CCR)																					
Mission socle	Développement des actions territoriales de prévention																				
Responsables de l'action	Leila HANNOUNI																				
Diagnostic territorial	<p>Deux constats peuvent être faits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de participation au dépistage de ce cancer ne progresse pas suffisamment malgré les multiples initiatives prises pour rejoindre la population cible des 50-74 ans<sup>72</sup>. Pour notre territoire, <b>il est de 37.7% de participants</b> (cf les données ci-après).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Dépistage Cancers : Colorectal</b></p> <p>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)</p> <p><b>Commune(s) neutralisée(s) : Champoux, La Chevillotte, Palise</b> Taux de commune(s) neutralisée(s) : 4.4 %</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Territoire</th> <th colspan="3">Taux</th> <th colspan="3">Différence territoire et</th> </tr> <tr> <th>Dép.</th> <th>Rég.</th> <th>Fr.</th> <th>Dép.</th> <th>Rég.</th> <th>Fr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37.7% 16 961 pat.</td> <td>37.3%</td> <td>35.5%</td> <td>32.3%</td> <td><b>0.4</b></td> <td><b>2.2</b></td> <td><b>5.4</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)</small></p> <p>Il est important de préciser que ce taux ne tient pas compte de la population de cette tranche d'âge qui est exclue pour les raisons suivantes (Tableau I) :</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid #ccc; width: 200px; text-align: center;">Personne ayant réalisé un test et/ou eu une exploration digestive</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; width: 300px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Test de recherche de sang occulte dans les selles &lt; 24 mois</li> <li>Coloscopie &lt; 5 ans</li> <li>Coloscanner ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner &lt; 24 mois</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid #ccc; width: 200px; text-align: center;">Personne nécessitant une exploration coloscopique</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; width: 300px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rectorragies, mélæna</li> <li>Douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente</li> <li>Troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation, inhabituelle)</li> <li>Anémie ferriprive</li> <li>Maigrissement récent inexplicable</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid #ccc; width: 200px; text-align: center;">Personne à risque élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; width: 300px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédents personnels d'adénomes ou de CCR</li> <li>Antécédents familiaux d'adénomes ou de CCR (parents du 1<sup>er</sup> degré)</li> <li>Antécédents personnels de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique</li> </ul> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #f9a825; padding: 5px; border: 1px solid #ccc; width: 200px; text-align: center;">Personne à risque très élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">&gt;</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; width: 300px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch ou autre</li> </ul> </div> </div> <p style="font-size: 0.8em; text-align: center;"><small>Source : Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), HAS, 2013</small></p> <p>Ce public exclu est pour notre département estimé à 12% de la population cible. Le taux de participation, tel qu'il est calculé par le Centre régional de coordination des dépistages des cancers de Bourgogne Franche-Comté (CRCDC BFC) tient compte de ces exclusions. Il est transmis à Santé publique France pour son exploitation. Cependant, il n'est disponible que tardivement (un à deux ans après). Cette situation pose problème pour utiliser cet indicateur corrigé comme traceur de suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans tous les cas le taux de participation est très éloigné des objectifs fixés et bien inférieur aux recommandations européennes (minimum acceptable 45 % et 65 % recommandé). Certains pays européens ont des taux de participation bien supérieurs à 45 %.</li> </ul> </div>	Territoire	Taux			Différence territoire et			Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.	37.7% 16 961 pat.	37.3%	35.5%	32.3%	<b>0.4</b>	<b>2.2</b>	<b>5.4</b>
Territoire	Taux			Différence territoire et																	
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.															
37.7% 16 961 pat.	37.3%	35.5%	32.3%	<b>0.4</b>	<b>2.2</b>	<b>5.4</b>															

<sup>72</sup> Dernières données de Santé publique France :

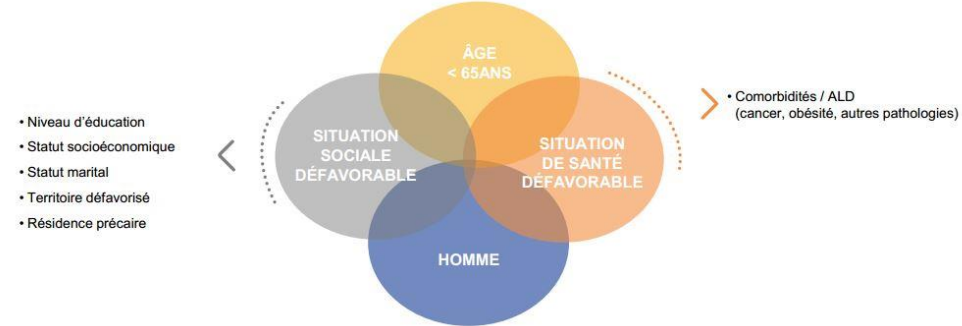
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees/#tabs>

	<p>Par ailleurs, <b>plusieurs éléments complémentaires sont à prendre en compte</b> dans la perspective de développer des actions pour favoriser la participation au dépistage de ce cancer et l'effectivité de ce dépistage sur notre territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4% des tests ne sont pas analysables et une partie de ces patients (25%) ne veulent pas refaire le test.</li> <li>- 5% des personnes ayant un test positif ne pratiquent pas la coloscopie recommandée mais ce chiffre peut aller jusqu'à 10 % et plus.</li> <li>- D'après le CRCDC BFC, les délais sont « corrects » entre les résultats d'un test positif et la coloscopie : 3 mois en moyenne pour notre territoire<sup>73</sup>. Cependant, il faut noter que les médecins traitants du secteur de Besançon/Grand Besançon Métropole déclarent qu'il est difficile d'avoir pour leurs patients un rendez-vous rapide chez un gastroentérologue dans le but de pratiquer une coloscopie après un test positif.</li> <li>- L'équipe du CRCDC BFC constate chaque année après « Mars bleu » un effet positif de cette campagne sur le taux de participation à ce dépistage.</li> <li>- La MSPU des 3 Provinces (Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire) lance un projet de recherche à l'échelle de la région visant à améliorer la couverture des dépistages organisés : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus. La FeMaSCo s'est associée au projet afin de faciliter la participation des maisons de santé. Ce dispositif vient en complément des actions mises en place pour favoriser la participation des usagers au dépistage et ne remplace pas les dispositifs régionaux (envoi de courrier, DMP...)<sup>74</sup>.</li> <li>- Enfin, des dispositifs récents ont été mis en place par l'Assurance maladie pour encourager et faciliter ce dépistage<sup>75</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les pharmaciens disposent de nouvelles compétences dans le cadre du suivi du dépistage avec un accompagnement du patient dans la remise du kit en 2023 et ensuite dans la remise et réalisation du dépistage. Le CRCDC BFC a mis en place des formations à destination de cette profession. A ce jour, plus de la moitié des pharmaciens d'officine a été formée.</li> <li>o Les patients peuvent commander eux-mêmes les kits de dépistage.</li> <li>o Les médecins généralistes vont recevoir début décembre 2022 la liste des patients n'ayant pas réalisé leur dépistage organisé. Les populations concernées en ont été informées au cours de l'automne 2022. Concernant les invitations et les relances, elles se font actuellement de la manière suivante : après une invitation initiale par le CRCDC BFC une première relance est faite 6 mois puis 9 mois après.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Public Bénéficiaire de cette action</p>	<p>L'ensemble de la population des hommes et des femmes de 50 à 74 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'exclusion des publics non concernés et identifiés dans le tableau 1,</li> <li>- avec une priorité pour les personnes qui n'ont pas fait le test de dépistage du cancer colorectal dans les délais et avec la périodicité recommandée.</li> </ul> <p>Par ailleurs seront également ciblés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes qui ont pratiqué un test non analysable,</li> <li>- les sujets n'ayant pas pratiqué une coloscopie après un test positif.</li> <li>- Les personnes en situation de handicap.</li> </ul>

<sup>73</sup> Corley DA, Jensen CD, Quinn VP, Doubeni CA, Zauber AG, Lee JK, Schottinger JE, Marks AR, Zhao WK, Ghai NR, Lee AT, Contreras R, Quesenberry CP, Fireman BH, Levin TR : Association Between Time to Colonoscopy After a Positive Fecal Test Result and Risk of Colorectal Cancer and Cancer Stage at Diagnosis JAMA. 2017 Apr 25;317(16):1631-1641

<sup>74</sup> Optimisation du dépistage organisé du cancer par les structures de soins primaires - OPTIDEC : <https://femasco-bfc.fr/actualites/actualites-federations/1625-optidec.html>

<sup>75</sup> Ameli : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-50-74-ans>

Objectif	Augmenter le taux de dépistage du cancer colorectal à l'aide de tests exploitables et faire progresser la réalisation effective d'une coloscopie après un test positif.
Tâches opérationnelles	<p>Un certain nombre de travaux identifie les populations non participantes à ce dépistage (Tableau II)</p> <h3>Caractérisation des non-participants</h3>  <p>• Niveau d'éducation • Statut socioéconomique • Statut marital • Territoire défavorisé • Résidence précaire</p> <p>• Comorbidités / ALD (cancer, obésité, autres pathologies)</p> <p>Source : Guessous et al., Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. Preventive Medicine, 2010 ; Gimeno-García, Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, Gastroenterology Research and Practice, 2012 ; Denters et al., Assessing knowledge and attitudes towards screening among users of faecal immunochemical test (FIT). Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care et Health Policy, 2015; El-Haddad et al., Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA, Colorectal Dis, 2015 – Traitement INCa, 2020</p> <p>...et également les freins (Tableau III) et les leviers (Tableau IV) :</p> <h3>Le dépistage du CCR : quels freins ?</h3> <div style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Les freins</div> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Méconnaissance des programmes de dépistages</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Méconnaissance de la pathologie et de son dépistage</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Manque d'informations pour une décision éclairée</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Ne se sent pas concerné(e)</b> (âge, symptômes, précédent test négatif, etc.)</p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Gêne à l'égard de la localisation (sujet tabou, partie intime)</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Gêne à l'égard du test et de la manipulation des selles</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Peur du résultat</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Peur de la coloscopie</b></p> </li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>▼</p> <p><b>Manque de temps des professionnels de santé pour donner l'information sur le dépistage</b></p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>▼</p> <p><b>Remise du kit sans explication</b></p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>▼</p> <p><b>Indisponibilité du kit chez les professionnels de santé</b></p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>▼</p> <p><b>Facteurs d'inégalité (niveau d'éducation, CSP, culture, pathologies chroniques, obésité, handicap, etc.)</b></p> </div> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017</p> <h3>Le dépistage du CCR : quels leviers ?</h3> <div style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Les leviers</div> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Implication du médecin dans les dépistages</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Qualité de la relation médecin-patient*</b> (confiance et légitimité du médecin)</p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Information et compréhension de la personne</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Bénéfices du test immunologique</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Influence de l'entourage familial et amical</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Diversification des professionnels de santé pouvant remettre le kit de dépistage</b></p> </li> <li style="width: 25%; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>▼</p> <p><b>Envoi du kit à domicile en relance 2**</b></p> </li> </ul> <p style="font-size: x-small;">*Force de conviction importante dans l'adhésion et fidélité au programme de dépistage : 9/10 personnes réalisent le test lorsqu'il est remis par un médecin</p> <p style="font-size: x-small;">** Pour les personnes ayant participé au moins à l'une des trois dernières campagnes</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017</p> <p>Les propositions faites ci-après tiennent compte de ces travaux, mais également des constats effectués sur notre territoire, notamment la différence entre les délais actuels et le ressenti des généralistes et des patients pour effectuer une coloscopie après un test positif.</p>

## Les tâches opérationnelles qui en découlent

### 1- SPECIFIER LES FREINS EXISTANTS ET LES LEVIERS POSSIBLES SUR NOTRE TERRITOIRE CONCERNANT CE DEPISTAGE

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

A partir des fichiers fournis aux médecins traitants par l'Assurance maladie, une enquête qualitative sera réalisée auprès d'un échantillon raisonné <sup>76</sup> en se basant sur les principales caractéristiques précisées dans le tableau II. Ce travail sera mené pour la réalisation d'une thèse de médecine, en spécialité médecine générale et en lien avec le Département de médecine générale de l'UFR santé de Besançon.

### 2- FAVORISER DES ACTIONS D'INFORMATION ET D'EDUCATION SUR LES TERRITOIRES AINSI QUE LES NOUVELLES MODALITES D'ACCES AUX TESTS

#### *Les tâches à mettre en place pour déployer cette action*

Elles seront développées suivant trois approches :

- L'une à travers l'encouragement à la participation de tous les acteurs concernés sur notre territoire et en tenant compte des initiatives prises localement à l'occasion de chaque « **Mars bleu** ». La CPTS les amplifiera et en assurera le suivi, notamment pour :
  - o impliquer un maximum de professionnels de santé du territoire,
  - o toucher les publics les plus éloignés du système de santé.
- L'autre approche se fera **tout au long de l'année** à travers des démarches relevant du « **aller vers** » avec les relais et/ou référents santé de proximité comme les personnes relais dans le cadre du projet régional Ambassadeurs (notamment avec la formation au Dépistage organisé du cancer colo-rectal - DOCCR par le CRCDC)<sup>77</sup>, les médiateurs en santé, les infirmières Asalée, les intervenants sociaux dans les quartiers et bassins de vie de Besançon et Grand Besançon métropole (travail avec la Ville de Besançon – Direction hygiène santé/CCAS), mais également dans les centres pour handicapés.
- Un travail sera engagé pour que les **IDE libérales** et les **sages-femmes** (ces dernières étant déjà impliquées dans les dépistages gynécologiques) afin qu'elles puissent mettre à disposition des kits de dépistage et/ou encourager leurs patients à s'en procurer. Elles pourront donner des informations claires et impliquantes. Dans cette perspective et en lien avec le CRCDC et les gastroentérologues :
  - o une fiche « méthode » pluriprofessionnelle sera élaborée,
  - o un webinaire sera organisé.
 Ces initiatives seront réalisées, notamment en lien étroit avec les URPS et les Ordres des IDE et des sages-femmes.
- Enfin, la promotion de l'accès aux tests par **les pharmaciens** ou à travers **une commande directe par les patients des kits de dépistage** sera faite.
- Une sensibilisation auprès **des personnes en situation de handicap** sera réalisée en collaboration avec les associations œuvrant pour ces publics (ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...)

Pour tous ces acteurs, des formations seront organisées en proximité, en lien avec le CRCDC BFC et les gastroentérologues (CHU et libéraux).

<sup>76</sup> Joëlle Kivits - Barbara Houbre : Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils ; [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod\\_resource/content/1/co/Module\\_Investig\\_Quali.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Module_Investig_Quali.html)

<sup>77</sup> <https://www.depistagedescancers-bfc.fr/programme-des-ambassadeurs>

	<p><b>3- DEVELOPPER LES RELANCES</b></p> <p><i>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</i> Elles concerneront trois types de population :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les publics dans la tranche d'âge concernée, mais n'ayant pas répondu à l'invitation après plusieurs relances,</li> <li>- les sujets ayant un test non exploitable,</li> <li>- les personnes testées positives, mais n'ayant pas fait leur coloscopie.</li> </ul> <p>Elles seront mises en œuvre sous la forme d'appel téléphonique utilisant l'entretien motivationnel<sup>78</sup>.</p> <p><b>4- ASSURER UN SUIVI CHEZ LES PERSONNES TESTEES POSITIVES</b></p> <p><i>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</i> Suivant les données nationales, après un test positif, les résultats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune anomalie détectée : 3/10 cas</li> <li>- Lésions précancéreuses bénignes détectées et retirées : 5/10 cas</li> <li>- Cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans radiothérapie ni chimiothérapie : &lt; 1/10 cas</li> <li>- Cancer à un stade avancé : &lt; 1/10 cas</li> </ul> <p>Pour notre région<sup>79</sup>, les résultats de coloscopies suite à un FIT positif sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coloscopie normale : 48 %</li> <li>- polypes bénins et à risque 44 %</li> <li>- cancer 8 %</li> </ul> <p>La CPTS facilitera le suivi des personnes ayant un test positif. Pour ce faire, elle développera, en lien avec l'équipe de télé-médecine de l'ARS, la télé expertise entre le 1<sup>er</sup> recours (médecin généraliste traitant) et le 2<sup>ème</sup> recours (spécialiste en gastroentérologie du CHU et de ville).</p> <p>Des formations seront organisées pour présenter les recommandations actualisées autour du dépistage du cancer colorectal en général et sa prise en charge, avec un suivi notamment des patients ayant eu un test positif n'ayant pas donné lieu au diagnostic d'un cancer, mais par exemple à un adénome avec polypectomie<sup>80</sup>.</p> <p>Un protocole sur la démarche à suivre pour un patient après la réalisation d'un test positif sera formalisé entre les gastro-entérologues et les médecins généralistes.</p>
<p>Calendrier de déploiement</p>	<p><b>1 SPECIFIER LES FREINS EXISTANTS ET LES LEVIERS POSSIBLES SUR NOTRE TERRITOIRE CONCERNANT CE DEPISTAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du protocole de l'enquête janvier 2023</li> <li>- Réalisation du terrain de février à avril 2023</li> <li>- Exploitation de l'enquête mai/juin 2023</li> </ul>

<sup>78</sup> Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher Butler : Pratique de l'entretien motivationnel, Inter-Editions Dunod, Paris 2009 ; [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=J6vS9hdj\\_BQC&oi=fnd&pg=PP4&dq=entretien+motivationnel+sant%C3%A9&ots=lu9SuL3GPX&sig=kF6MnxYr8ho55RW0sYcmm8j6tx0#v=onepage&q=entretien%20motivationnel%20sant%C3%A9&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=J6vS9hdj_BQC&oi=fnd&pg=PP4&dq=entretien+motivationnel+sant%C3%A9&ots=lu9SuL3GPX&sig=kF6MnxYr8ho55RW0sYcmm8j6tx0#v=onepage&q=entretien%20motivationnel%20sant%C3%A9&f=false)

<sup>79</sup> Source : CRCDC BFC

<sup>80</sup> Michel Robaszkiwicz : Recommandations pour le suivi après polypectomie (Recommandations SFED 2021) ; <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/recommandations-pour-le-suivi-apres-polypectomie-recommandations-sfed-2021/>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction finale et présentation de la thèse début juillet 2023</li> </ul> <p><b>2 FAVORISER DES ACTIONS D'INFORMATION ET D'EDUCATION SUR LES TERRITOIRES AINSI QUE LES NOUVELLES MODALITES D'ACCES AUX TESTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour le « Mars bleu », la mobilisation se fera chaque année.</li> <li>- Les initiatives « aller vers » et la promotion de l'accès aux tests par les pharmaciens seront déployées avec une programmation annuelle décidée à la suite des « Mars bleu » au sein de chaque quartier et bassin de vie.</li> <li>- Les formations seront déployées, elles aussi, par quartier et bassin de vie pour favoriser une mobilisation pluriprofessionnelle. Elles seront programmées de préférence en amont de chaque « Mars bleu ».</li> </ul> <p><b>3 DEVELOPPER LES RELANCES</b></p> <p>Le démarrage de cette action se fera à partir de septembre 2023 avec un déploiement par quartier et bassin de vie.</p> <p><b>4 ASSURER UN SUIVI CHEZ LES PERSONNES TESTEES POSITIVES</b></p> <p>Cette activité commencera en septembre 2023. Elle débutera par les formations et se poursuivra par la mise en place du dispositif de télémédecine. Ensuite, seront organisés par l'équipe de la CPTS les contacts et les suivis personnalisés.</p>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les entretiens se feront par téléphone et l'exploitation des résultats sera réalisée à l'aide d'un logiciel adapté aux enquêtes qualitatives.</li> <li>- Pour le « Mars bleu », l'action s'appuiera sur les outils mis à disposition chaque année par les promoteurs de cette opération ; éventuellement et si nécessaire des supports spécifiques seront créés.</li> <li>- Concernant les actions « aller vers », elles seront réalisées dans des lieux partagés comme les maisons de quartier ou les salles communales.</li> <li>- Pour les pharmaciens, les supports de l'Assurance maladie seront promus.</li> <li>- le travail de relance se fera par téléphone depuis le siège de la CPTS.</li> <li>- Les formations et la télé expertise</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<p>Le travail sera conduit par un interne en médecine général en liaison avec son Directeur de thèse, le Département de médecine générale de l'UFR santé et l'équipe de la CPTS, en lien avec les médecins généralistes traitants dont certains patients auront été choisis pour l'enquête.</p> <p>Les équipes du CRCDC BFC, l'Assurance maladie, la Direction Hygiène santé de la Ville de Besançon, le CCAS, l'Ireps, les Ordres, les URPS et l'ARS, ADAPEI, APF, Association Valentin Haüy...</p> <p>Les relances téléphoniques seront réalisées par l'équipe de la CPTS en lien étroit avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les médecins traitants n'étant pas en exercice pluriprofessionnel (avec une approche par quartier ou bassin de vie),</li> <li>- l'assurance maladie,</li> <li>- le CRCDC BFC.</li> </ul> <p>Les gastroentérologues du CHU et de ville</p>
Indicateurs de moyens	<p><b>Favoriser des actions d'information et d'éducation sur les territoires ainsi que les nouvelles modalités d'accès aux tests :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation auprès des professionnels de santé concernés ainsi que les structures accueillant des personnes en situation de handicap via un webinaire et une plaquette.</li> </ul>

	- Réalisation des actions programmées pour chaque « Mars Bleu » tout au long de l'année dans les différents bassins de proximité.
Indicateurs de résultat	Augmentation du taux de dépistage du cancer colorectal

## 5 Développer une réponse aux crises sanitaires graves

### a. Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS (fiche action n°6)

<b>Développer une réponse aux crises sanitaires graves sur le territoire de la CPTS</b>	
Mission socle	Développer une réponse aux crises sanitaires graves
Responsables de l'action	Audrey AOURAGH LABORIE
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général national</b></p> <p>Les crises sanitaires graves sont gérées au niveau national par le Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) du Ministère chargé de la santé. Sa mission : assurer 24h/24 et 7J/7 la réponse opérationnelle aux urgences sanitaires ayant un impact sur le territoire national<sup>81</sup>. Le CORRUSS est composé d'une équipe pluridisciplinaire et d'un vaste réseau de partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Equipe pluridisciplinaire définit et coordonne la réponse aux urgences sanitaires identifiées. Elle est composée de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médecins</li> <li>○ Pharmaciens</li> <li>○ Ingénieurs spécialisés en santé publique</li> <li>○ Gestionnaires de crises</li> <li>○ Equipe de communicants de crise</li> <li>○ Juristes et experts du Ministère</li> </ul> </li> <li>- Le réseau de partenaires signale et informe des situations sanitaires préoccupantes. Ce réseau se compose de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'ARS</li> <li>○ Les Agences de sécurité sanitaire nationales (Santé publique France, Agence Nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, Etablissement Français du Sang...)</li> <li>○ Les Ministères contribuant à la sécurité sanitaire des Français sur le territoire ou à l'étranger : Intérieur, Affaires étrangères, Agriculture et Alimentation, Environnement, Transport, Armées...</li> <li>○ Les Institutions internationales : Organisation mondiale de la santé, Commission Européenne...</li> </ul> </li> </ul> <p>Le CORRUSS réalise une veille nationale et internationale permanente pour assurer, le cas échéant, la réponse à toute alerte ou urgence sanitaire. Si une situation préoccupante nécessite une prise en charge, le CORRUSS active le Centre de Crise Sanitaire (CCS). L'activation du Centre de Crise Sanitaire constitue l'élément-clé du dispositif de réponse de la Direction générale de la santé (DGS) à une crise sanitaire ou à un impact sanitaire. Les missions du CCS sont les suivantes :</p>

<sup>81</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, La gestion es alertes et des crises sanitaires, le 20 décembre 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crisis-sanitaires>

- pilotage des actions du secteur sanitaire,
- suivi et coordination de la gestion de crise en relation avec les ARS,
- déploiement de moyens humains,
- organisation et suivi du dispositif "santé".

Le CCS est en contact avec les structures dédiées des instituts, établissements et agences sanitaires placés sous la tutelle du Ministère chargé de la santé (Santé publique France, Réserve Sanitaire, ANSM...), mais également avec les centres de crise mis en place dans les ARS et ARS de zones, d'une part pour centraliser et analyser les remontées d'informations concernant les éléments de situation du terrain, et d'autre part, pour leur venir en appui dans la gestion de l'évènement.

Cette organisation de la gestion de crise a été mise à l'épreuve récemment avec la crise COVID. Le rapport final sur l'évaluation de la gestion de la crise sanitaire présenté au Président de la République en mai 2021 dresse un bilan de l'épidémie de COVID en France, de son impact et de ses effets en comparaison internationale. La France fait partie des pays "*très affectés*" par la crise sanitaire avec 1332 décès par million d'habitants, beaucoup plus que la moyenne européenne (1092 décès par million). La crise a eu un impact sanitaire important sur toute la population, essentiellement les personnes âgées (au moins 15% de la population affectée)<sup>82</sup>. Les conséquences sanitaires indirectes (déprogrammation de soins, report de diagnostics...) ne seront connues que dans quelques années.

Afin d'améliorer les capacités de réaction et de gestion du modèle socioéconomique français face à une crise sanitaire, le rapport suggère trois axes d'amélioration :

- se préparer aux prochaines crises (formation et ressources des Ministères et des opérateurs),
- renforcer la santé publique (formation, recherche...), l'expertise scientifique (recherches en virologie et prévention du risque infectieux) et l'offre de soins (biologie, médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, traitement des données),
- organiser un retour d'expérience (institutions et société) et évaluer les impacts de la crise (efficacité des réponses sanitaires et sociales).

### **Contexte régional**

Au niveau local, les crises sanitaires sont gérées par plusieurs institutions avec un rôle central des services de l'Etat et notamment de l'ARS Bourgogne Franche-Comté. Ce fonctionnement a montré durant la crise COVID la nécessité de l'implication de nombreux acteurs et le rôle clef des professionnels de santé. En effet, ces derniers sur le Grand Besançon se sont organisés en association, la Communauté Bisontine Pluriprofessionnelle de Santé (CBPPS), pour faire face à l'épidémie de COVID. Les initiatives prises par la CBPPS aux côtés de l'ARS, de la CPAM, de la municipalité et d'autres acteurs ont été nombreuses :

- Mise en place de tournées spéciales COVID de soins infirmiers
- Astreinte des médecins généralistes pour assurer une réponse rapide concernant les patients COVID
- Coordination du suivi des patients par les kinésithérapeutes.
- Organisation de récolte et de stockage des Equipements de Protection Individuelle (EPI).

<sup>82</sup> Vie publique, Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? 18 mai 2021, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279852-covid-19-gestion-de-la-crise-sanitaire-en-france>

	<p>- Mise en place de centres de vaccination tel que le centre Résal.</p> <p>Face à une crise inédite, ces actions ont montré la réactivité des professionnels de santé et leur capacité d'innovation. Cela a également révélé l'importance d'une réponse coordonnée sur le terrain pour assurer une meilleure gestion de la crise. Les professionnels de santé en première ligne sont un maillon essentiel dans la résolution d'une crise sanitaire grave.</p>
Public Bénéficiaire de cette action	L'ensemble de la population habitant sur le territoire de Besançon & Métropole.
Objectif	Elaborer et piloter un plan d'action en cas de crise sanitaire grave sur le territoire de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole
Tâches opérationnelles	<p><b>ECRITURE D'UN PLAN D'ACTION EN CAS DE CRISE SANITAIRE EN ACCORD AVEC LA TRAME NATIONALE DEVELOPPEE PAR L'ARS.</b></p> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Concertation avec les autres CPTS de la région afin de mutualiser l'écriture du plan d'action.</b> Mutualisation des compétences entre CPTS avec éventuellement l'identification d'un spécialiste de la gestion de crise sanitaire partagé.</li> <li>- <b>Constitution d'un groupe de travail pluriprofessionnel au sein de la CPTS afin de suivre l'évolution de la rédaction du plan d'action.</b> Ce petit groupe participera aux réunions inter CPTS pour la rédaction du plan d'action régional. Le groupe pluriprofessionnel sera aussi l'interlocuteur privilégié de l'ARS afin de s'assurer de la bonne articulation avec les plans d'urgence nationaux.</li> <li>- <b>Adaptation du plan d'action régional au niveau local.</b> Le plan devra être adapté au territoire de la CPTS avec les ressources et les moyens de chaque bassin de proximité. Un référent par bassin de proximité devra être nommé et répertorié comme personne contact dans le plan d'action de la CPTS. Le plan d'action devra également être accordé avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>o les MSP du territoire qui développent elles aussi leur propre plan d'action en cas de crise sanitaire grave<sup>83</sup>,</li> <li>o Le Contrat local de santé de Besançon &amp; Métropole.</li> </ul> </li> <li>- <b>Présentation du plan d'action aux professionnels de santé et aux établissements sanitaires concernés</b> (CHRU, cliniques, EHPAD...). Ainsi les professionnels de santé du territoire seront informés de la démarche à suivre en cas de crise sanitaire grave.</li> <li>- <b>Réaliser un annuaire des personnes, institutions ressources en cas de crise.</b> Cet annuaire sera actualisé tous les ans et sera mis en annexe du plan d'action.</li> <li>- <b>Réaliser une liste des besoins en équipement pour les 5 typologies de crises</b> et faire remonter les besoins aux autorités compétentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>o prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendie, explosions, émeutes, ...)</li> <li>o prise en charge de malades (notamment des populations fragiles : personnes âgées ou enfants) : épidémie saisonnière (grippe, bronchiolite), canicule, grand froid, pollution ;</li> <li>o prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales, arboviroses, ...) et le cas échéant mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;</li> </ul> </li> </ul>

<sup>83</sup> Femasco : Memento pour un plan de crise sanitaire en Maison de santé pluriprofessionnel ; <https://femasco-bfc.fr/actualites/actualites/federations/1636-plan-de-crise-sanitaire-en-msp.html>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ prise en charge immédiate de patients atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires, radiologiques ou chimiques) et suivi à moyen et long termes des éventuels effets induits ;</li> <li>○ altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Actualisation annuelle du plan d'action en cas de crise sanitaire.</b> Modification des personnes ressources en cas de changement, actualisation des protocoles à suivre en cas de crise...</li> <li>- <b>Création d'une adresse mail d'urgence pour les professionnels.</b> Cette adresse pourra être utilisée par tous les professionnels pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ informer/déclarer une situation suspecte ou de crise</li> <li>○ poser toute question sur le plan d'action à suivre en cas de crise</li> <li>○ faire remonter des besoins urgents (matériel, médicament...)</li> </ul> </li> </ul>
Calendrier de déploiement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réunions avec les autres CPTS seront organisées dès que possible</li> <li>- Le plan d'action devra être opérationnel avant la fin de l'année 2023.</li> <li>- Annualisation du plan d'action tous les ans.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils informatiques, moyens humains (équipe de coordination).</li> <li>- Les moyens financiers nécessaires seront estimés dans un tableau budgétaire.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	Professionnels de santé du Grand Besançon Métropole, ARS, CPAM, MSA, les structures d'exercice coordonné, les professionnels en charge des autres CPTS, le CHRU, les cliniques...
Indicateurs de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un plan d'action est rédigé la première année.</li> <li>- Le plan est actualisé tous les ans</li> </ul>
Indicateurs de résultat	Capitalisation d'une crise sanitaire et impact du plan d'action dans la résolution de la crise.

## 2. Les missions complémentaires optionnelles de l'ACI

### A. Développer la qualité et la pertinence des soins

#### a. Antibiotiques et Test Rapide d'Orientation de Diagnostic (TROD) angine (fiche action n°7)

Le bon usage des antibiotiques par le développement de l'utilisation des TROD angine dans le contexte plus général de la lutte contre l'antibiorésistance	
Mission socle	Qualité et pertinence des soins
Responsables de l'action	Hervé FEIN
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général national et régional</b></p> <p>Au cours de l'année 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La France a été le 4ème pays d'Europe le plus consommateur d'antibiotiques.</li> <li>- 92 % des antibiotiques ont été dispensés en médecine de ville et 8 % en établissements de santé.</li> <li>- En ville, cette prescription a été effectuée trois fois sur quatre (72%) par un généraliste<sup>84</sup>.</li> </ul>

<sup>84</sup>Source : WEBINAIRE ANNUEL des organisations nationales Pr Céline PULCINI Cheffe de la Mission ministérielle de Prévention des infections et de l'antibiorésistance Ministère de la Santé et de la Prévention ; 15 juin 2022.

« Lutter contre l'antibiorésistance est un véritable enjeu de santé publique responsable de 5 500 décès annuels et 139 000 hospitalisations par an en France » (CNAM/Juillet 2022)<sup>85</sup>. La surconsommation d'antibiotiques favorise l'émergence et la diffusion de souches résistantes, susceptibles de provoquer des impasses thérapeutiques (absence de molécules efficaces). L'antibiorésistance est un risque important notamment pour certaines classes thérapeutiques comme les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération ou les fluoroquinolones.

**La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp)**, promue par l'Assurance maladie dans un cadre conventionnel avec les professionnels de santé vise à contribuer à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis. Elle concerne notamment les médecins traitants. Pour les adultes et les enfants, un des thèmes est l'antibiothérapie. Les objectifs sont les suivants<sup>86</sup>:

<b>Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
45 %	20 %	5 patients	35

<b>Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
52 %	≤ 11 %	5 patients	35

<b>Part des patients MT de 4 ans et plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques</b>			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
31 %	≤ 7 %	5 patients	35

**Une évaluation récente de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance** a été réalisée notamment par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Elle note qu'à l'hôpital, il y a eu des « progrès notables » mais que « les actions conduites en matière de médecine de ville ne sont pas à la hauteur des enjeux quantitatifs (plus de 90% de la dispensation d'antibiotiques) ni qualitatifs, au vu de l'ampleur persistante des usages inadaptés ». Ce rapport recommande que « les actions visant au meilleur usage des antibiotiques doivent être intensifiées (formation amplifiée, déploiement des TROD, de l'ordonnance dédiée, de la dispensation à l'unité...) »<sup>87</sup>.

En conformité avec les instructions ministérielles<sup>88</sup>, **le Schéma de l'organisation régionale et locale en matière de prévention de l'antibiorésistance pour la région Bourgogne Franche-Comté** est en cours de déploiement. Il est piloté par l'ARS Bourgogne Franche-

<sup>85</sup>CNAM : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 ; JUILLET 2022 ; Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 (loi du 13 août 2004) ; <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

<sup>86</sup>CNAM : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs>

<sup>87</sup>Évaluation et préparation de l'actualisation de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance (2022) ; <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article864>

<sup>88</sup> JO : Décret n° 2022-1445 du 18 novembre 2022 relatif aux centres régionaux en antibiothérapie ; Arrêté du 18 novembre 2022 fixant le cahier des charges des centres régionaux en antibiothérapie

Comté en lien étroit avec le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Centre régional en Antibiothérapie (CRAtb) de Bourgogne-Franche-Comté. Les textes précisent : « *Les Centres Régionaux en Antibiothérapie (CRAtb) apportent un appui à l'Agence régionale de santé (ARS) dans le pilotage de la politique du bon usage des antibiotiques pour la région. Ils collaborent de manière formalisée et étroite avec les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) à la prévention de l'antibiorésistance dans toutes ses composantes. Les CRAtb animent le réseau des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA), le réseau des référents en antibiothérapie et le réseau de médecins généralistes formés à l'antibiothérapie* ».

Autre acteur local, la CISA (Consultation inter-services en antibiothérapie et infectiologie) portée par le Service de maladies infectieuses et tropicales du CHRU de Besançon. Il permet aux prescripteurs d'obtenir une expertise via une ligne téléphonique d'avis direct en antibiothérapie et prise en charge infectieuse.

### **Diagnostic régional et territorial**

**Concernant la Bourgogne-Franche-Comté**, on note une consommation d'antibiotiques dans la moyenne des autres départements français (c'est-à-dire à un niveau très élevé par rapport aux autres régions européennes) : 18.8 DDJ/1000 habitants /jour en Bourgogne-Franche-Comté contre 18.1 DDJ/1000hab/j au national<sup>89</sup>.

**Sur le territoire de Besançon et Grand Besançon métropole**, le rapport entre la population susceptible d'être traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) et le nombre de patients traités par au moins un antibiotique, est de 34,1%.

### **Antibiorésistance**

*Rapport entre la population consommante 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.
34.1% 18 711 pat.	33.8%	36%	36.3%	0.3	-1.9	-2.2

source: DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

Sur le même territoire bisontin, le rapport entre le nombre d'enfants de moins de 4 ans ayant eu au moins une 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, est de 13,3%. Concernant les enfants de 4 ans ou plus de 16 ans, est de 7,9%.

### **Antibiorésistance chez les enfants de moins de 4 ans**

<sup>89</sup>Sources : OSCAR- rapport ville 2020 pour les données régionales Santé publique France pour les données nationales

*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*

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 95.6 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
13.3% 339 pat.	21.7%	29.1%	25.4%	-8.4	-15.8	-12.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

*médecin traitant*

**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*

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 89.7 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
7.9% 443 pat.	11.5%	15.6%	13.9%	-3.6	-7.7	-6

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2021)

L'utilisation des TROD Tests Rapide d'Orientation de Diagnostic est un dispositif ancien (20 ans). Cependant on constate une assez faible utilisation chez les médecins généralistes. D'autant plus que cet acte n'étant pas facturé, la traçabilité de leur utilisation est difficile à mesurer. Dans le Grand Besançon, seulement 39% des médecins généralistes ont commandé des TROD (information à confirmer avec la Caisse), et il est impossible de savoir si ces tests ont été utilisés.

Enfin, le contexte actuel de rupture des stocks de certaines classes d'antibiotiques accentue la nécessité de renforcer les plans d'action sur ce sujet.

Public Bénéficiaire de cette action	L'ensemble de la population habitant sur le territoire de Besançon & Métropole dans une démarche d'information et d'éducation sur leurs lieux de vie dans les quartiers et bassins de proximité.
Objectif	L'objectif général est la diminution de la consommation d'antibiotiques en médecine de ville, avec une priorité donnée dans un 1 <sup>er</sup> temps au développement à l'utilisation des TROD angine.
Tâches opérationnelles	<p><b>1- PROMOUVOIR L'UTILISATION DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) ANGINE</b></p> <p><b>Réaliser deux enquêtes qualitatives pour évaluer les freins et les leviers en relation avec l'utilisation des TROD</b></p> <p>Il semble qu'aussi bien au niveau des médecins que des pharmaciens (le décret n°2021-1631 du 13 décembre 2021 et l'arrêté du 13 décembre 2021<sup>90</sup> facilitent le recours aux TROD</p>

<sup>90</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/le-ministère-annonce-la-prise-en-charge-des-trod-angine-en-pharmacie>



de l'angine en officine de pharmacie), l'utilisation des TROD en pratique courante et notamment sur le plan organisationnel pose des difficultés. Afin de pouvoir lever ces problèmes et trouver des pistes de solution, deux enquêtes seront réalisées.

**Amplifier les informations et les formations sur la question de l'antibiothérapie et la maîtrise de l'antibiorésistance avec un focus sur l'utilisation des TROD**

Si l'utilisation des TROD est la priorité de cette fiche action, cette pratique doit s'inscrire dans un contexte plus large d'information et de formation autour de l'antibiothérapie. L'évolution des connaissances et des recommandations est une dimension clé pour le bon usage des antibiotiques. Il sera donc proposé d'organiser en associant médecins et pharmaciens, mais également d'autres professionnels de santé concernés, comme les dentistes :

- **Un webinaire** sur ce sujet, avec accès à un replay à partir du site de la CPTS et des sites partenaires.
- **Une publication** qui pourrait s'inspirer du périodique Antibio'Mag<sup>91</sup>.

Deux possibilités seront discutées :

- Le fait de renouveler ces webinaraires en fonction de l'évolution de l'actualité.
- D'envisager des rencontres entre professionnels de santé dans les quartiers et les bassins de vie puisque par exemple l'utilisation des TROD par les pharmaciens nécessite des relations étroites avec les médecins qui sont en général en proximité (cf. Logigrammes décisionnels)<sup>92</sup>.

Par ailleurs, **une campagne de sensibilisation** sera faite auprès des médecins. Le but est de « réactiver » l'utilisation des TROD et rappeler que les TROD peuvent être commandés sur « Amelipro » gratuitement. Ce suivi de l'utilisation des TROD sera effectué par la CPTS auprès d'un échantillon aléatoire de médecins.

**Réaliser une cartographie des pharmaciens formés à la pratique du TROD angine.**

Cette cartographie permettra aux professionnels de santé de mieux orienter les patients ayant besoin de réaliser un TROD en officine.

**Une campagne d'information auprès du grand public**

Avec l'aide des associations de patient, la CPTS développera cette action dans le but de sensibiliser les usagers sur ce dispositif afin de favoriser une prescription plus adaptée et mieux comprise de la part des patients (notamment par rapport à la non prescription). Par ailleurs, une promotion du site d'information Antibio'Malin pourra être faite<sup>93</sup>.

**A noter** : l'utilisation des TROD chez les enfants (3 à 10 ans) est fortement envisagée par le Ministère dans un délai rapide (information de l'ARS) ; dans ce cas son utilisation sera promue.

<sup>91</sup>[https://www.cpiasbfc.fr/surveillance/oscar/Antibiomag\\_2\\_fevrier\\_2018.pdf](https://www.cpiasbfc.fr/surveillance/oscar/Antibiomag_2_fevrier_2018.pdf)

<sup>92</sup> Assurance maladie : Logigrammes décisionnels TROD angine ; [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-logigramme-realisation-trod-officine\\_assurance-maladie\\_0.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-logigramme-realisation-trod-officine_assurance-maladie_0.pdf)

<sup>93</sup> Ministère de santé et de la prévention : Antibio'Malin - Les antibiotiques : soyons malins, utilisons-les mieux ; [https://www.sante.fr/antibiomaline?gclid=Cj0KCQiA\\_P6dBhD1ARIsAAGI7HBw7CZO4CzKxuPDMi03m\\_gXmy9ShCe6thz3FpxURQILENkvlU4iINwaAt5cEALw\\_wcB&gclid=aw.ds](https://www.sante.fr/antibiomaline?gclid=Cj0KCQiA_P6dBhD1ARIsAAGI7HBw7CZO4CzKxuPDMi03m_gXmy9ShCe6thz3FpxURQILENkvlU4iINwaAt5cEALw_wcB&gclid=aw.ds)



Lors des différentes concertations, d'autres propositions ont été faites. Elles pourront être mises en œuvre dans un deuxième temps :

- **Soutenir la communication auprès de la population sur le bon usage des antibiotiques** en s'appuyant sur les intervenants de la Direction hygiène santé (Ville de Besançon), les travailleurs sociaux des maisons de quartiers et des associations pour aller transmettre les messages sur le bon usage, notamment dans les quartiers prioritaires avec possibilité de traduction. Une campagne concernant la petite enfance pourra éventuellement être envisagée.
- Depuis plusieurs années, la CISAI (Consultation inter-services en antibiothérapie et infectiologie) portée par le service de maladies infectieuses et tropicales du CHRU de Besançon permet aux prescripteurs d'obtenir une expertise via une ligne téléphonique d'avis direct en antibiothérapie et prise en charge infectieuse. Ce service est unanimement apprécié des acteurs du 1<sup>er</sup> recours. Ce service va évoluer vers **une télé expertise pour les maladies infectieuses**. La mise en place de l'EMA du CHU va permettre de donner un accès à un infectiologue hospitalier pour réaliser une prescription plus précise, notamment dans des situations complexes. La CPTS fera connaître ce service, notamment auprès des acteurs du 1<sup>er</sup> recours.
- Une **expérimentation des ordonnances dédiées** sur lesquelles figureraient de nouvelles mentions dont l'indication, le respect des référentiels, l'usage de TROD, des messages de santé publique... devrait être lancée prochainement dans deux régions françaises dont la Bourgogne Franche-Comté. Des échanges ont eu lieu à ce sujet avec l'ARS et il a été évoqué le fait que le territoire de notre CPTS puisse être concerné.

Calendrier de déploiement	Les actions auprès des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de santé se feront en amont des actions en direction de la population.
Outils et moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les supports de l'Assurance maladie et du Ministère seront utilisés.</li> <li>- D'autres outils de communication seront créés, de préférence en mutualisant avec d'autres CPTS de la région travaillant sur ce thème.</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	L'équipe projet travaillera en lien étroit avec les différents acteurs spécialisés (CISAI et EMA du CHRU de Besançon et régionaux : le CRATb et le CPias de Bourgogne-Franche-Comté), mais également avec l'Assurance maladie et l'ARS
Indicateurs de moyens	<p><b>Promouvoir l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) angine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Auprès des médecins et des pharmaciens</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des deux enquêtes qualitatives sur l'utilisation des TROD</li> <li>• Mise en place d'informations et de formations</li> </ul> </li> <li>- <i>Auprès des pharmaciens :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie annuelle des officines pouvant réaliser des TROD angine.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Auprès du grand public :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de campagne d'information sur l'existence du TROD angine et sur l'automédication en cas de maux de gorge</li> </ul> </li> </ul>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la délivrance de TROD angine aux médecins</li> <li>- Augmentation de la réalisation de TROD angine chez les pharmaciens</li> </ul>

## B. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

### a. Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours (fiche action n°8)

<b>Développer l'exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	
Mission socle	Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire
Responsables de l'action	Patrick VUATTOUX
Diagnostic territorial	<p><b>Contexte général</b></p> <p>« <i>L'exercice coordonné des soins de premier recours permet d'organiser une meilleure prise en charge des patients en termes de prévention, d'orientation dans le système de santé, de programmation des étapes diagnostique, thérapeutique et de suivi.</i></p> <p><b>Les équipes de soins primaires</b> traduisent un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé fédérant plusieurs professionnels de santé assurant des soins de 1<sup>er</sup> recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. L'initiative de création d'une équipe de soins primaires peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premiers recours (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, sage-femme, professionnel de la PMI). Elles peuvent prendre la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), <b>mais aussi des formes plus légères.</b></p> <p>En tant que structure de proximité, l'équipe de soins primaire favorise l'accès aux soins (...). La composition pluriprofessionnelle permet d'apporter au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un accès aux soins pour tous : par le maintien et/ou le renforcement de la démographie des professions de santé, et son maillage territorial ;</li> <li>- Une fluidité du parcours de soins : préparation de l'hospitalisation en amont et en aval, suivi des pathologies chroniques ;</li> <li>- Une plus grande qualité des prises en charge : continuité des soins, système d'information partagé ;</li> <li>- Un meilleur développement du champ de la prévention en matière de santé publique ;</li> </ul> <p>...et de réponse à la demande des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail en équipe pluriprofessionnelle, échanges de pratiques, possibilité d'exercice mixte ou à temps partiel ;</li> <li>- Ouverture à d'autres modes de rémunération que la rémunération à l'acte (forfait, temps de salariat) ;</li> <li>- Expérimentation et innovation dans les modes d'intervention autour du patient : protocoles de coopération, télémedecine, travail par missions »<sup>94</sup>. <p>L'Assurance maladie précise : « La CPTS est une organisation ouverte : le nombre et le type de professionnels impliqués peut varier selon le projet et évoluer dans le temps. Elle s'appuie sur les compétences présentes sur le territoire, qui peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tout professionnel de santé ;</li> </ul> </li></ul>

<sup>94</sup> ARS : l'exercice coordonné en Bourgogne Franche-Comté ; <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/l'exercice-coordonne-en-bourgogne-franche-comte>

- une ou plusieurs structures d'exercice coordonné : **maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**, centres de santé, ou toute autre forme d'organisation pluriprofessionnelle de proximité (équipes de soins spécialisées, **équipes de soins primaires**, etc.) ;
- les établissements de santé et les hôpitaux de proximité ;
- les structures médico-sociales et sociales : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), etc. ;
- les dispositifs d'appui pour la prise en charge des cas complexes »<sup>95</sup>.

### **Diagnostic territorial**

#### **Des équipes en exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours en nombre insuffisant sur notre territoire**

La tension démographique médicale est moins forte sur le territoire de notre CPTS que sur le reste du département et de la région. Cependant des difficultés existent pour :

- trouver un médecin traitant,
- accéder à certaines spécialités.

Face à cette situation, et dans le but d'améliorer l'organisation de la prise en charge des patients, les autorités de santé encouragent l'exercice coordonné (cf. le *paragraphe précédent*).

Sur notre territoire, il existe 5 MSP et aucune équipe de soins primaires :

- La Maison de Santé Saint Claude à Besançon
- La Maison de Santé Vauban à Besançon
- La Maison de Santé des Mercureaux à Beure
- La Maison de Santé de Roche-lez-Beaupré
- La Maison de Santé de Avicenne-Grandfontaine



<sup>95</sup>CNAM : Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi ; <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

Dans le cadre du Contrat de Ville du Grand Besançon Métropole<sup>96</sup>, 5 quartiers sont prioritaires :

- Planoise (Programme National de Rénovation Urbaine d'intérêt national)
- Cité Brûlard (Programme National de Rénovation Urbaine d'intérêt régional)
- Clairs-Soleils
- Orchamps-Palente
- Montrapon

**Le quartier de Planoise** fait l'objet d'une attention spécifique en raison **d'une situation de tension particulière et qui s'est amplifiée au fil du temps**. La population de Planoise-Châteaufarine a connu une croissance démographique de +1,6% entre 2013 et 2018. En 2018, elle s'établit à 18 141 personnes, **ce qui veut dire que près d'un Bisontin sur six habite ce quartier**. Les indicateurs de précarité continuent de s'intensifier. En 2020, les ménages à bas revenus sont deux fois plus nombreux qu'en moyenne à Besançon (38,7% contre 20,1%)<sup>97</sup>. Dans ce quartier, il est fait le constat **d'un mésusage des services de santé et des soins**, avec un recours très fréquent à SOS Médecins et aux services du CHU. Par ailleurs, toutes les études concernant les publics en situation de précarité sociale montrent<sup>98</sup> que :

- ces derniers ont plus rarement que d'autres un médecin traitant,
- une des conséquences est la difficulté de s'inscrire dans un parcours de santé cohérent et souvent à un renoncement des soins (ou un mésusage).

#### **Encourager les futurs professionnels à travailler en exercice coordonné**

Par ailleurs, outre la longueur des études, il existe aujourd'hui un laps de temps important, notamment chez les médecins, entre la fin de leurs études et l'installation effective. D'après une enquête réalisée en 2018 par le Bureau de l'Intersyndicale nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (Isnar-IMG), près des 2/3 (65%) n'envisagent pas de s'installer dans les trois ans suivant la fin de leur internat. En revanche, 95,5% des internes en dernière année ou diplômés thésés interrogés plébiscitent des projets d'exercice pluriprofessionnel<sup>99</sup> (*cf. également la fiche action « équipe de soins primaires »*).

Un échange avec **le Président du Syndicat des Résidents Comtois et Internes de Médecine Générale** a permis de mieux approcher les projets envisagés par ces internes, concernant leur avenir. Ces futurs professionnels ont certes une vision différente par rapport à leurs aînés de leur activité médicale à venir et ils ont des perspectives intéressantes. Elles pourraient être résumées de la façon suivante :

- Un certain nombre d'entre eux envisagent **une activité mixte**, c'est-à-dire pour partie en cabinet de ville, pour partie en établissement.
- Nombre de ces futurs médecins réfléchissent à une installation sur Besançon ou dans sa périphérie, une pratique en zone rurale n'est pas exclue, sous réserve qu'elle puisse se faire dans **une organisation pluriprofessionnelle** de type maison ou centre de santé. Dans tous les cas, cette modalité d'exercice est plébiscitée, avec pour certains le souhait d'un salariat.

<sup>96</sup>Le Contrat de Ville de Grand Besançon Métropole : <https://www.grandbesancon.fr/infos-pratiques/citoyennete/le-contrat-de-ville-de-grand-besancon-metropole/>

<sup>97</sup>Observatoire socio-urbain –Parie II : les quartiers bisontins – Février 2022 : [https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2022/03/2\\_ABS-2021\\_AUDABFichesQuartiers-.pdf](https://www.besancon.fr/wp-content/uploads/2022/03/2_ABS-2021_AUDABFichesQuartiers-.pdf)

<sup>98</sup>Médecins du monde : Rapport 2022 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins ; [https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022\\_SYNTHESE\\_WEB\\_PLANCHES\\_OK2-1.pdf](https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_SYNTHESE_WEB_PLANCHES_OK2-1.pdf)

<sup>99</sup> Enquête de l'ISNAR-IMG : Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS – Janvier 2020 ; <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Documents-ISNAR-IMG.pdf>

	<p>- Enfin, la pratique dans des <b>quartiers « politique de la ville »</b> a été abordée, avec la dimension sociale à prendre en compte. D'après le Président des internes, ce n'est pas une difficulté majeure, bien au contraire. Cette composante sociale et les liens à établir avec des professionnels de ce secteur (assistant.e.s et travailleurs sociaux) donnent au contraire de l'intérêt à une pratique médicale qu'ils souhaitent largement pluriprofessionnelle.</p> <p>Aujourd'hui à Besançon, <b>deux initiatives existent</b> pour faciliter le travail en équipe pluriprofessionnelle, une facilitation à l'installation et une ouverture vers les questions médico-sociales ou sociales :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. D'après le Président des internes le goût de « <b>travailler ensemble</b> » a été stimulé par des séminaires organisés à Besançon depuis plusieurs années lors de la formation initiale des internes de médecine générale et d'autres futurs professionnels<sup>100</sup>.</li> <li>2. La FeMaSCO propose un séminaire intitulé « <b>Incubateur d'installation en médecine générale : deux jours pour s'installer</b> »<sup>101</sup>. Il concerne uniquement les internes en médecine générale, les remplaçants, les jeunes diplômés médecins en réflexion...</li> </ol> <p><b>En conclusion</b>, il est important à la fois de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser la constitution d'équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours, car elles sont encore trop peu nombreuses sur notre territoire,</li> <li>- accompagner les jeunes professionnels des champs de la santé, du médico-social et du social afin de faciliter une installation ou une prise de fonction précoce, pluriprofessionnelle et coordonnée.</li> </ul>
Public Bénéficiaire de cette action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La population habitant sur le territoire de Besançon &amp; Métropole qui ne bénéficie pas actuellement dans son quartier ou sur son bassin de proximité d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>- Les étudiants de l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et de l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC).</li> </ul>
Objectif	<p>L'objectif général est de favoriser la constitution d'au moins une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours dans chaque quartier ou bassin de proximité qui ne bénéficie pas actuellement de cette offre et de cette organisation, en s'appuyant sur les professionnels en activité dans ces territoires et les jeunes/futurs professionnels en cours de formation.</p>
Tâches opérationnelles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>La constitution des équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours</b></li> </ol> <p><b>Les tâches à mettre en place pour déployer cette action</b></p> <p>La constitution d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours se fera dans chaque quartier ou bassin de proximité en s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>la méthodologie décrite dans le Guide d'accompagnement des projets de santé des équipes de soins primaires pour la Bourgogne Franche-Comté (ARS)</b><sup>102</sup>,</li> <li>- l'expérience des personnes ressources du territoire ayant contribué à mettre en place des équipes coordonnées de soin de 1<sup>er</sup> recours sous la forme d'une maison de santé.</li> </ul> <p><b>Certains points de vigilance</b> seront à respecter :</p>

<sup>100</sup> Françoise Annézo, Florence Chauvin : Apprendre à travailler ensemble en formation initiale; Afdet/Santé éducation : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21555.pdf>

<sup>101</sup> Femasco : séminaire « Incubateur d'installation en médecine générale : deux jours pour s'installer » <https://femasco-bfc.fr/actualites/actu-federations/1621-seminaire-incubateur-22-23.html>

<sup>102</sup> Guide d'accompagnement des projets de santé des équipes de soins primaires pour la Bourgogne Franche-Comté – ARS Bourgogne Franche-Comté Edition 2019 ; file:///C:/Users/Univ%C3%A9t%C3%A9/Downloads/Guide%20accompagnement\_Projet-sant%C3%A9\_Equipe-soins-primaires\_oct19\_0-1.pdf

- La réalisation pour chaque quartier et bassin de proximité **d'un diagnostic à la fois quantitatif et qualitatif**.
- Le fait **d'associer de façon étroite les professionnels de santé, mais également tous les acteurs concernés** pour que la dynamique s'appuie sur les forces vives de chaque territoire (quartier/bassin de proximité).
- De ne pas considérer que **le bâti** soit la priorité, mais **le projet de santé** pour chaque équipe de soins primaires en cours de constitution.
- Faire le lien avec **des jeunes professionnels de santé, du médico-social et du social** en cours de formation ou sortant de l'UFR santé ou des instituts concernés implantés sur notre territoire.

## 2. Accompagner les jeunes professionnels

Les tâches décrites ci-après visent à :

- renforcer **les deux dispositifs existants** : séminaires « travailler ensemble » et « incubateur d'installation »,
- **élargir ces dispositifs** en place ou à venir, qui aujourd'hui sont principalement centrés sur les médecins, **aux autres professionnels de santé et aux professions du médico-social et du social**, dans une vision plus globale des pratiques pluriprofessionnelles,
- mettre en œuvre **un accompagnement sur la durée** avant et après la fin des études avec une notion de **tutorat** entre les jeunes professionnels et professionnels en activité de notre Communauté ; pour les futurs généralistes, la recherche des tuteurs pourra se faire en lien avec la perspective d'une 4<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale et la nécessité d'avoir de nouveaux maîtres de stage afin de les encadrer ; dans ce contexte, la priorité sera donnée aux quartiers « politique de la ville » de la CPTS où les projets d'Equipes de soins primaires/Maisons de santé pluriprofessionnels seront particulièrement soutenus.

### ***Les tâches à mettre en place pour déployer cette action***

Il est proposé de :

- Constituer **une Cellule de suivi et d'aide au sein de la CPTS CaPacités Besançon & Métropole** pour les étudiants en fin de parcours universitaire :
  - o Cette cellule veillera à la mise en place et au suivi des groupes de jeunes professionnels de santé, du médico-social et du social encore en formation pour préparer concrètement leur installation ou leur prise de fonction en équipe pluriprofessionnelle sur notre territoire.
  - o Le lien avec le terrain (l'existant) est un élément indispensable pour la bonne installation à venir. Elle se fera à travers **la notion de tutorat** avec les professionnels de notre CPTS.
- Elaborer **un nouveau module d'enseignement**, sous la forme de séminaire pluri professionnel, dont le contenu sera adapté aux réalités de l'évolution de l'organisation de l'offre de santé : nouveaux métiers, nouvelles compétences, équipes coordonnées...
- **Rendre ce module systématique** dans les Unités d'enseignement rattachées à l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et à l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC).
- Travailler avec les deux équipes pédagogiques qui pilotent actuellement **les deux séminaires** (« travailler ensemble » et « incubateur d'installation ») afin de mettre l'accent sur les **possibilités d'installation rapide et d'accompagnement par un tuteur** sur notre territoire.

Calendrier de déploiement	<p><b>1 La constitution des équipes en exercice coordonné de soin de 1<sup>er</sup> recours</b> Les chantiers se mettront en place progressivement avec une priorité donnée aux quartiers « politique de la ville » et/ou l'émergence d'un travail collaboratif entre professionnels de santé est naissante.</p> <p><b>2 Accompagner les jeunes professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif sera mis en place au cours de l'année 2024.</li> <li>- Il sera déployé tout au long de la période couverte par l'ACI.</li> </ul>
Outils et moyens nécessaires	<p>La méthodologie de projet sera mise en œuvre en s'appuyant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le guide ARS</li> <li>- L'expérience des équipes des MSP déjà implantées sur le territoire</li> <li>- Les compétences de la Région Bourgogne Franche-Comté en matière d'aménagement du territoire.</li> </ul> <p>Ils relèveront de composantes à dimensions principalement pédagogiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration du contenu du nouveau séminaire, son animation et son intégration dans les différentes maquettes pédagogiques actuelles des enseignements.</li> <li>- La mise en place du cadre d'accompagnement par les tuteurs des jeunes professionnels.</li> <li>- L'adaptation des maquettes pédagogiques des deux séminaires déjà existants (« travailler ensemble » et « incubateur d'installation »).</li> </ul>
Acteurs impliqués ou à intégrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé des différents quartiers et bassins de proximité exerçant dans un quartier ou un bassin de proximité qui ne bénéficient pas actuellement d'une équipe coordonnée de soin de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>- Principalement les équipes d'enseignants de ces organismes de formation, mais également les professionnels en activité susceptibles d'accompagner ces publics (tuteurs).</li> <li>- L'équipe de la CPTS pilotera ces chantiers en lien étroit avec la FeMaSCo, l'ARS, la CPAM, la Région de Franche-Comté et la Direction hygiène santé de la Ville de Besançon. Une équipe projet sera constituée à cet effet.</li> <li>- L'équipe de la CPTS pilotera ce chantier en lien étroit avec les enseignants de l'UFR Santé de l'Université de Franche-Comté (formations médicales et paramédicales) et de l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (IRTS-FC), ainsi que la FeMaSCo, le CCAS, en concertation avec la Région de Franche-Comté et l'ARS dans le cadre de leurs compétences respectives sur ces sujets de formation.</li> </ul>
Indicateurs de moyens	Mise en place d'équipes de soins de premier recours dans un quartier bisontin et dans un bassin de proximité du Grand Besançon
Indicateurs de résultat	

### 3. Les missions qui seront développées durant les 5 prochaines années

#### A. Perspectives globales

Nos missions s'inscrivent dans les valeurs et les orientations portées par notre CPTS et son logo : **solidarité, innovation et participation.**

Nous les déploierons autour de **plusieurs orientations structurantes** dont certaines sont présentées dans l'introduction de ce document :

- **Les publics vulnérables** constituent pour notre communauté un public prioritaire, que cela soit pour des raisons médicales (sujets âgés ou en situation de handicap, personnes souffrant de maladies chroniques) ou sociales.
- **L'implication des usagers de la santé** est pour nous une composante essentielle et une force pour



la démocratie en santé.

- **La promotion de la santé et la prévention** doivent porter et apporter la santé et le bien-être tels que définis par l’OMS, avec une vision positive non culpabilisante. Elle ne peut pas être uniquement centrée sur les maladies et ses facteurs de risque.

**Sur un plan plus stratégique et organisationnel :**

- Il est important de rappeler que **la CPTS n’est pas un offreur de soins**, mais qu’elle a **une mission de coordination**, avec un point de vigilance essentiel : **ne pas ajouter de la complexité à la complexité**. Si l’on souhaite que les professionnels et les usagers s’engagent à nos côtés et donc bénéficient pleinement des actions mises en place par notre communauté, n’ajoutons pas de la coordination à la coordination. **Notre but est de fluidifier les parcours et d’en faciliter la lisibilité et l’accessibilité pour tous.**
- **L’exercice coordonné de proximité et pluriprofessionnel** est une dimension clef. Il doit installer sur la durée une offre de santé et de soin répondant aux enjeux actuels et permettre une nécessaire innovation organisationnelle.
- Un de nos atouts majeurs est d’avoir sur le même territoire un Contrat local de santé (CLS). **CPTS et CLS sont deux éléments structurants et cohérents de la politique de santé**. Agir avec un souci d’équité dans les 68 communes du Grand Besançon est un défi, mais également une nécessité. Il nous faut impliquer en proximité tous les acteurs et répondre aux besoins différenciés des habitants de secteurs géographiques divers (urbain, semi-urbain et rural).
- Enfin, nous avons la conviction que **l’amélioration de l’offre de santé ne peut pas être compartimentée et segmentée** entre la ville et l’hôpital, le médical et le social ou le médico-social, le soin et la promotion de la santé/prévention, les professionnels, les élus et les usagers, l’administration et l’associatif... C’est la raison pour laquelle la composition de notre Conseil d’administration est plurielle et que toutes nos actions mobilisent toujours des acteurs et des compétences aussi diversifiés qu’essentiels.

**B. Perspectives spécifiques par rapport aux huit fiches actions**

<b>Les soins non programmés</b>	La mise en place du Service d’accès aux soins (SAS) devrait intervenir dans les prochains mois. Il nécessitera un ajustement du dispositif actuel.
<b>Le médecin traitant</b>	Cette fiche action aborde la question du parcours des personnes fréquentant les structures d’addictologie et celles qui vont dans les Centres médico-psychologiques. Il sera important dans le futur, comme le demandent actuellement ces structures, d’élaborer deux fiches actions distinctes et complémentaires sur les parcours complexes de ces publics fragiles.
<b>Insuffisance cardiaque (IC) et personnes âgées</b>	La fiche action aborde actuellement le repérage très en amont de l’IC. L’organisation et la prise en charge des parcours de ces patients font l’objet actuellement d’une organisation bien structurée. La CPTS pourra participer au renforcement de ce parcours et au développement de la dimension « Education thérapeutique du patient ».

<b>Entrée et sortie d'hospitalisation des personnes âgées</b>	Aujourd'hui, les deux premières « sous actions » de la fiche action visent d'abord à identifier et faire connaître les multiples dispositifs existants, et ensuite mettre en place un accompagnement pour « des cas simples » d'entrée et de sortie d'hospitalisation. Par ailleurs, il sera important de prendre en compte les publics ayant de nombreux points de rupture (forte fragilité, grande dépendance, isolement, pathologie lourde...) pour se mobiliser sur l'ensemble du parcours de ces personnes âgées et apporter une réponse adaptée.
<b>Dépistage du cancer colorectal</b>	Les deux autres dépistages (sein et col) devront être pris en compte et certainement nécessiter de la part de notre CPTS une mobilisation.
<b>Crises sanitaires</b>	Un travail sera indispensable avec l'ARS pour préciser la fiche action actuelle et au fil du temps l'actualiser.
<b>Bon usage des antibiotiques</b>	La fiche action s'est centrée sur les TROD angine. Dans le futur, des actions complémentaires seront développées en cohérence avec les politiques portées par l'Etat (ARS) et l'Assurance maladie (CPAM), adaptées à la réalité de notre territoire.
<b>Exercice coordonné des soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	L'essaimage de ce type d'organisation dans les quartiers et bassins de proximité devra être poursuivi tout au long des 5 ans.

C. Deux axes transversaux à déployer à travers toutes les fiches actions : promotion de la santé/prévention et Mon espace santé/ e-santé

Deux ateliers et deux groupes de travail se sont réunis sur ces sujets et ont formulé des 1<sup>ers</sup> constats, objectifs et préconisations. Ce sont des points de départ pour engager des projets à la suite de la signature de l'ACI.

*a. Promotion de la santé/prévention*

*Constats*

Globalement, il y a sur notre territoire beaucoup d'initiatives de promotion de la santé/prévention, souvent pertinentes, mais qui dans les quartiers et les bassins de proximité n'associent pas suffisamment les professionnels de santé de ces différents secteurs géographiques.

Il y a aussi le souci de rejoindre non seulement les populations de Besançon intramuros, où il existe déjà une offre de prévention importante, mais également les habitants des communes périphériques. Les enjeux sont donc différents :

- Nous faisons le constat qu'à Besançon, si les initiatives sont nombreuses, il s'agit (entre autres) de les faire connaître.
- Sur les communes périphériques, le constat est plus nuancé, les acteurs/actions de promotion de

la santé/prévention sont parfois moins présents et/ou les habitants rencontrent des freins de mobilité pour y accéder.

### Objectif

Un des objectifs initiaux est de mettre en place dans les quartiers et les bassins de proximité des rencontres pour développer sur des thèmes de santé « *une alliance de prévention* » entre les professionnels et la population, avec le souci de rejoindre les publics les plus défavorisés afin de ne pas creuser les inégalités sociales de santé, mais bien au contraire de les réduire (universalisme proportionné).

### Proposition

Comme évoqué précédemment, les initiatives ci-après seront concertées avec les promoteurs du CLS. Par ailleurs, la CPTS s'attachera à les faire connaître auprès des professionnels de santé et à encourager leur implication.

Plusieurs propositions non hiérarchisées se dégagent :

- Travailler de façon prioritaire sur **les fiches actions actuelles qui ont une forte composante prévention** comme le dépistage du cancer colorectal, l'antibiothérapie et l'insuffisance cardiaque (ETP), mais aussi d'autres fiches pour lesquelles la composante éducative est importante. C'est le cas des soins non programmés autour « du bon usage des soins ».
- Profiter de l'enquête qui se fera sur le médecin traitant et les soins non programmés pour interroger les médecins, afin de savoir, d'après eux et sur leurs secteurs, **les priorités en matière de promotion de la santé et prévention**. Elle pourra être complétée par des enquêtes auprès des autres professionnels de santé. Des enquêtes « miroirs » pourront également avoir lieu sur les mêmes territoires en direction des habitants.
- **Favoriser des initiatives de terrain à priori prometteuses ou prioritaires** comme dans les quartiers politiques de la ville (nombreux acteurs mobilisables) et les territoires où il y a une maison de santé (équipes pluriprofessionnelles dont nombre d'entre elles sont déjà engagées dans la prévention). Parmi les acteurs mobilisables de ces quartiers, il est important d'associer les comités consultatifs des habitants (CCH) qui existent sur Besançon. Par ailleurs, il est nécessaire de préciser que les besoins ne sont pas identiques d'un bassin de proximité à l'autre (par exemple sur Planoise et Palente qu'aux Montboucons ou à Bregille...)
- Ne pas négliger, bien au contraire, **les secteurs géographiques**, notamment en périphérie de Besançon, **sans dynamique** concertée de santé particulière, mais où la prévention peut constituer une approche d'amorçage, par exemple en s'appuyant sur un professionnel motivé ou un projet fédérateur.
- Profiter des impulsions locales autour de la prévention pour fédérer les professionnels concernés autour d'une action de prévention et les encourager grâce à ce levier à développer **un exercice pluriprofessionnel coordonné** (possibilité qui rejoint l'objectif d'une des fiches actions sur l'exercice coordonné).
- Envisager de développer **des formations** sur la promotion de la santé/prévention destinées aux professionnels de santé, pour que ces derniers puissent acquérir une compétence dans ce domaine. Afin de leur donner l'envie de participer à ces formations, elles pourraient être rattachées à un projet de promotion de la santé et de prévention très concret.
- Enfin, des liens pourraient être faits avec **les institutions de formation** des étudiants en santé pour impliquer par exemple les étudiants du service sanitaire (possibilité qui rejoindrait également l'objectif d'une des fiches actions sur l'exercice coordonné). Il pourra en être de même pour l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté (Irts).

## *b. Mon Espace Santé/e-santé*

### *Constat*

Aujourd'hui, les professionnels de santé ont de la difficulté à développer les usages de certains outils numériques, ce qui est un frein au développement d'activités qui seraient facilitées par cet usage.

Par ailleurs, il existe un certain scepticisme, à la fois des professionnels et de la population, face aux tentatives successives de déploiement du numérique en santé qui malheureusement, pour beaucoup d'entre elles, ont été un échec.

Le Ségur du numérique a donné quelques espoirs que nous souhaiterions concrétiser dans notre CPTS. Dans ce but, il est utile d'accompagner et d'amplifier en proximité les dynamiques actuelles portées par l'Assurance maladie, l'ARS et le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS).

### *Objectif*

Il porte essentiellement sur le développement de l'usage et donc de l'appropriation de certains de ces outils numériques par les professionnels de santé et la population, dans le but d'améliorer l'offre de santé et de soin sur notre territoire.

### *Propositions*

Elles concernent essentiellement deux axes :

- mettre à disposition des professionnels de santé du territoire un outil numérique de communication et de partage d'informations,
- faciliter l'usage de « Mon Espace Santé » et de son DMP.

Sur le premier sujet « **communication entre professionnels** ».

L'utilisation de Globule est la recommandation la plus consensuelle, d'autant plus que les professionnels actuellement utilisateurs en sont plutôt satisfaits et qu'il ne sera pas possible de continuer à utiliser des outils de communication non sécurisés comme WhatsApp. Si Globule a un lien avec eTICSS, l'usage d'eTICSS n'est pas une condition pour se servir de Globule.

Concernant **Mon Espace Santé et les logiciels métiers** :

- la priorité est de s'adresser aux professionnels santé,
- mais également (dans un deuxième temps) à la population

**Pour les professionnels de santé :**

- organiser des réunions/ateliers d'information sur le numérique santé orientés « pratico-pratique » : qu'apportent les décisions en cours de déploiement dans l'amélioration de notre système de santé ? qu'est-ce que cela change concrètement dans ma pratique quotidienne (tout de suite et dans l'avenir) ? ; ces réunions peuvent s'organiser en distanciel et/ou en présentiel (si c'est en présentiel, cela pourrait se faire par territoire dans les quartiers ou les bassins de proximité) ;
- avoir dans l'équipe de la CPTS une personne qui puisse apporter un appui technique et pratique au sein des cabinets, en complément des démarches effectuées actuellement par l'Assurance maladie ou les éditeurs ;
- constituer un annuaire des médecins référents pour chaque logiciel présent sur la CPTS et faciliter une aide par les pairs (un professionnel qui maîtrise un logiciel aide un confrère).

#### **Pour la population :**

- une démarche d'accompagnement est aussi nécessaire car c'est le patient qui ouvre son Espace santé,
- il faudra en définir la forme en lien avec l'Assurance maladie.

#### **La télé expertise pour améliorer l'accès au second recours**

L'accès aux médecins spécialistes est aujourd'hui une vraie problématique, non seulement pour les médecins spécialistes en médecine générale (médecin traitant), mais également dans la plupart des autres spécialités. Dans le but de faire évoluer favorablement cette situation, des solutions s'appuyant sur la télé expertise sont en cours de déploiement au niveau du CHRU avec le soutien de l'ARS. L'objectif de la CPTS sera de mobiliser les spécialistes de ville autour de ces solutions (*cf. par exemple la fiche action dépistage des cancers colorectaux et les gastroentérologues*) et de faire connaître les solutions proposées (*cf. par exemple la fiche action sur l'antibiothérapie et les infectiologues*).

#### **D. Autres**

##### *a. Prévention du Sur-Handicap dans les 1000 premiers jours*

Une équipe de pédiatres libéraux (pilote : Pascale Vurpillat) en lien avec de nombreux autres acteurs institutionnels ou associatifs de la petite enfance propose ce programme dont l'objectif principal et les objectifs secondaires sont les suivants :

##### *Objectif principal :*

Promouvoir une action de prévention initiée par les professionnels de santé pour améliorer la qualité de vie des femmes enceintes et des jeunes enfants en favorisant l'activité physique, la sensori-motricité et la nutrition saine.

##### *Objectifs secondaires :*

- Permettre aux professionnels de santé de mieux repérer les situations à potentiel handicapant pour mettre en place précocement des interventions de remédiation et les coordonner.
- Mettre à disposition de l'enfant en situation de précarité, vulnérabilité ou handicap des ressources adaptées à un bon développement par un accueil en crèche, une alimentation saine et des explorations sensori-motrices adaptées à l'âge.
- Proposer un accompagnement à la parentalité dans un cadre transculturel.

*La CPTS, lorsqu'elle sera en place, pourra poursuivre le dialogue avec cette équipe pour préciser l'implication de notre communauté dans ce programme important pour la santé et la prise en charge de cette population.*

##### *b. Autres thématiques*

Elles pourront être traitées dans les 5 ans à venir en fonction de l'évolution de l'offre de soin (par exemple l'accès direct à certains protocoles), des sujets liés à la pertinence des soins (par exemple la iatrogénie médicamenteuse) ou encore à l'attractivité du territoire (bien-être des soignants).

## 4. Autres actions hors du champs de l'ACI CPTS

### A. Projet de l'Institut de la vulnérabilité

Dans le cadre de ce projet, et de l'article 51, il est proposé la création d'une consultation des vulnérabilités qui serait dirigée vers l'évaluation des différents champs de la vulnérabilité d'une personne dont l'indépendance et/ou l'autonomie est ou peut être altérée du fait de la maladie ou d'une intervention médicale. L'idée est d'expérimenter une évaluation de la vulnérabilité, suivie d'une analyse et d'un diagnostic, pour orienter ensuite la personne dans son environnement personnel et professionnel avec une prise en soin et un accompagnement personnalisé. Cette intervention est à penser dans le réseau de proximité autour du lieu de vie et de soins de la personne. Tout le projet se construirait alors autour d'une approche en trois temps :

- Une consultation interprofessionnelle et/ou interdisciplinaire de la personne directement après le stade aigu de la maladie.
- Un suivi, ne prenant pas nécessairement la forme d'un suivi en présentiel, mais plutôt d'une mise en lien et d'une mise en réseau avec/entre les professionnels de santé, les acteurs sociaux et les représentants des usagers intervenant à proximité du lieu de vie de la personne.
- Une évaluation de l'impact de cette prise en soins et de cet accompagnement personnalisé.

*La CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole a été sollicitée par l'équipe promotrice (responsable Régis Aubry) pour participer à cette expérimentation.*

### B. Création d'un poste innovant en médiation de la santé sur le quartier de Planoise

La Préfecture du Doubs, en lien étroit avec l'ARS et de nombreux autres partenaires, souhaite développer sur le quartier de Planoise **un Pacte pour l'émancipation des jeunes**. Quatre axes d'actions ont été proposés dont un porte sur l'accès à la santé.

De son côté le Conseil local d'appui à la santé publique (CLASP) a préconisé « *d'adopter pour le quartier de Planoise un projet de santé spécifique avec des réponses urgentes et structurantes en matière d'offre de santé* » avec deux orientations fortes :

- mettre en place une maison de santé participative (dispositif en cours de déploiement – Ministère de la santé et de la prévention)<sup>103</sup>
- avoir sur ce quartier un médiateur en santé

La création de ce poste permettrait de répondre à plusieurs problématiques spécifiques rencontrées sur le quartier de Planoise :

- contribuer à lutter contre les inégalités de santé des personnes vulnérables, et plus particulièrement les habitants du quartier de Planoise ;
- favoriser le « mieux vivre ensemble » entre les habitants du quartier de Planoise et leur environnement au sens large ;
- faciliter les échanges et (r)établir le dialogue entre les personnes et les institutions.

Le médiateur en santé est un poste clé à plusieurs titres :

- d'une part, il fait le lien entre le soin et l'accompagnement social afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins pour les habitants d'un quartier prioritaire ;

---

<sup>103</sup>Ministère de la santé et de la prévention : Maisons et centres de santé « participatifs » ; [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp\\_centres\\_et\\_maisons\\_de\\_sante\\_participatifs\\_20220131.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_centres_et_maisons_de_sante_participatifs_20220131.pdf)

- d'autre part, il sensibilise les acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. La Haute Autorité de santé (HAS) a d'ailleurs élaboré un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la médiation en santé<sup>104</sup>.

*La CPTS a été sollicitée pour être partie prenante de cette mobilisation sur Planoise, notamment par l'ARS.*

## IV. Organisation et fonctionnement de la CPTS

### 1. Fonctionnement de la CPTS

La CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est une association loi 1901. Elle est composée actuellement d'un Conseil d'Administration (CA), d'un Bureau et d'une équipe de coordination.

#### A. Rôle des instances décisionnelles

Le CA et le Bureau sont les organes décisionnels de la CPTS CaPacITÉS B&M. Ensemble, ils superviseront la mise en place des actions prévues dans le projet de santé.

Le Conseil d'Administration dispose des pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances.

Le Bureau quant à lui, assure la gestion des affaires courantes et la coordination des actions en lien avec les référents de chaque action. Il est composé de 8 membres pluriprofessionnels, reflétant la volonté de la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole de représenter chaque collège d'adhérents. Il se réunit une fois par mois pour discuter de la stratégie opérationnelle de l'association.

Pour plus de précisions sur le rôle et les fonctions du CA et du Bureau, **les statuts constitutifs de l'association sont disponibles en annexe.**

La mise en application des actions du projet de santé est et sera effectuée par l'équipe de la CPTS.

#### B. Rôle et missions l'équipe

L'équipe travaille et travaillera en lien étroit avec le Bureau. Elle sera constituée de personnes salariées de l'association à temps partiel ou mi-temps en fonction des missions, sous la responsabilité d'un.e coordinateur.ice (*fiche de poste consultable en annexe*).

Les tâches du coordinateur sont multiples :

- Mise en œuvre du projet de santé
- Suivi du projet de santé et évaluation
- Pilotage de l'équipe
- Suivi administratif de l'association.
- Rencontre avec les acteurs de santé du territoire

---

<sup>104</sup>HAS : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ; [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins)

- Gestion de la communication autour de l'association

### C. Démarche d'élaboration du projet dans une dynamique d'inclusion et d'ouverture

Après une première élaboration de deux lettres d'intention pour deux secteurs géographiques de Besançon et Grand Besançon Métropole, la CPAM et l'ARS ont demandé aux promoteurs de rédiger une seule lettre d'intention pour tout le territoire. Cette demande a conduit la Communauté Bisontine Pluriprofessionnelle de Santé (CBPPS) à réunir le 15 novembre 2021 les acteurs concernés lors d'une rencontre de travail pour élaborer les grandes orientations de la future CPTS. A l'issue de cette rencontre, une nouvelle lettre d'intention a donc été rédigée et validée par l'ARS et la CPAM le 31 mars 2022<sup>105</sup>. La CBPPS s'est alors transformée en CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole et plusieurs réunions de travail et/ou rencontres avec les professionnels de santé se sont tenues :

- le 14 juin 2022 à Besançon (réunion de travail par groupes)
- le 29 septembre 2022 à Thise (rencontre)
- le 6 octobre 2022 à Saint-Vit, (rencontre)
- le 13 octobre 2022 à Saône, (rencontre)
- le 20 octobre 2022 à Châtillon-le-Duc, (rencontre)
- le 15 novembre 2022 à Besançon. (réunion de travail par groupe)

En plus des réunions de présentation de la CPTS organisées dans le Grand Besançon, l'équipe a également participé au Forum Santé organisé par le CLS et la ville de Besançon. Ces échanges ont permis de rencontrer des professionnels qui ne connaissaient pas le concept d'une CPTS.

Par ailleurs, de nombreuses réunions se sont tenues avec, d'une part, le bureau et l'équipe de coordination, et d'autre part, différents acteurs (à leur demande ou à celle de la CPTS), comme sur l'antibiothérapie, la e-santé et la télémédecine, les addictions, la Ville de Besançon (Direction Hygiène Santé, CCAS...), le CHRU (Direction, différents services), élus, l'ACORELI, les autres CPTS...

Deux groupes de travail transversaux sont en cours de constitution :

- l'un sur la e-santé et « Mon Espace santé »,
- l'autre concerne la promotion de la santé et la prévention.

Enfin, il est important de préciser que la particularité de la CPTS CaPacITeS Besançon & Métropole est sa volonté d'inclusion de chaque acteur de santé, notamment les usagers.

**Au total**, ces différentes rencontres ont permis et permettront dans l'avenir d'établir et d'approfondir les problématiques de santé rencontrées sur le territoire par les acteurs et d'envisager des pistes de solutions. Ainsi, les différentes fiches actions présentées précédemment résultent des réflexions instaurées durant ces réunions et rencontres.

---

<sup>105</sup> La validation par l'ARS de la lettre d'intention se trouvent en annexe du présent document.



## D. Communication et fonctionnement opérationnel

Afin de mobiliser le maximum de professionnels de santé du territoire, la communication est passée par la création d'un logo et l'envoi d'une newsletter informant régulièrement les acteurs du territoire des différents rendez-vous et avancées de la CPTS. L'ARS et la CPAM ont été des relais essentiels pour nos invitations auprès des acteurs du territoire.

La communication s'est faite également à travers un groupe WhatsApp de professionnels de santé de Besançon, initié lors de la crise de la Covid 19. Cet outil sera transformé pour être étendu à tous les adhérents de la CPTS et sécurisé. Un site internet, une adresse mail et un numéro de téléphone de contact seront mis en place dans les prochains mois.

### 2. Les professionnels de santé adhérents de la CPTS

Professionnels et organisations de santé	Nombre et/ou pourcentage de professionnels ayant adhéré à la CPTS	Nombre et/ou pourcentage de professionnels participant à la gouvernance
Médecin généraliste	59 (33,7%)	1 (7,7%)
Médecins spécialistes	16 (9,1%)	
Infirmiers	22 (12,6%)	3 (23,1%)
Pharmacie	36 (20,6%)	2 (15,4%)
Masseurs-kinésithérapeutes	5 (2,9%)	
Laboratoire	2 (1,1%)	1 (7,7%)
Orthophonistes	5 (2,9%)	
Opticiens	1 (0,6%)	
Psychologues	1 (0,6%)	
Ostéopathe	1 (0,6%)	
Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)	5 (2,9%)	1 (7,7%)
Cliniques	2 (1,1%)	1 (7,7%)
Centre de Soins	1 (0,6%)	
CHRU	1 (0,6%)	2 (15,4%)
Usagers	2 (1,1%)	1 (7,7%)
DAC	1 (0,6%)	
EHPAD	2 (1,1%)	
Etudiant IPA (promotion 2021-2023)	1 (une adhésion pour toute la promotion) (0,6%)	
Associations	9 (5,1%)	1 (7,7%)
Mutualité Française Comtoise	2 (1,1%)	
PMI	1 (0,6%)	

La liste des adhérents à la CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole est plutôt variée. Cependant, il y a certaines professions que nous ne parvenons pas pour l'instant à mobiliser :

- les chirurgiens-dentistes,
- les sages-femmes,
- les radiologues,

- les podologues,
- les diététiciens...

De prochaines réunions d'information seront organisées pour rencontrer ces professionnels.

### 3. Liste des services/ établissements partenaires de la CPTS

Service/Etablissement	Nom du représentant	Localisation	Partenariat formalisé (oui/non)	Participation à la gouvernance (Oui/non)
CHRU de Besançon	Emmanuelle PIDOUX	Besançon		Oui
Clinique Saint-Vincent	Aline BONDY/ Jean-Pierre VERDOT	Besançon		Oui
de Polyclinique Franche-Comté		Besançon		Oui
Laboratoire CBM25	Marie Carole PAOLINI	Besançon		Oui
Laboratoire LPA	Mathilde LUGAND	Besançon		Non
Contrat Locale de Santé	Stéphanie THOMAS	Besançon	En cours	Non
CCAS de Besançon	Alban SUCARROS	Besançon		Non
CH Novillars	Florent FOUCARD	Novillars		oui
Groupement d'Addictologie Franche-Comté	Morgane JACQUOT NOUREDDINE/Julien BOUVRET	Dole	En cours	Non
DAC	Laure BORNOT	Besançon		Non

## Annexes

### 1. Annexe 1 : liste des communes du territoire de la CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole

**2. Tableau I**

COMMUNES	CODE Commune	Population	Particularité du territoire (QPV, ZIP, ZAC)
Amagney	25014	929	
Audeux	25030	430	
Avanne-Aveney	25036	2 227	
Besançon	25056	117 912	5 Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)
Beure	25058	1 345	
Bonnay	25073	830	
Boussières	25084	1 166	
Braillans	25086	210	
Busy	25103	636	
Byans-sur-Doubs	25105	588	Zone d'Aménagement Concerté (ZAC)
Chalezeule	25112	1 312	
Chalèze	25111	362	
Champagney	25115	279	
Champoux	25117	91	
Champvans-les-Moulins	25119	235	
Chaucenne	25136	502	
Chemaudin et Vaux	25147	2 021	
Chevroz	25153	132	
Châtillon-le-Duc	25133	2 023	
Cussey-sur-l'Ognon	25186	1 044	
Dannemarie-sur-Crète	25195	1 522	ZAC
Deluz	25197	616	
Devecey	25200	1 379	
Ecole-Valentin	25212	2 633	

Fontain	25245	1 251	
François	25258	2 295	
Geneuille	25265	1 317	
Gennes	25267	682	
Grandfontaine	25287	1 771	
La Chevillotte	25152	158	
La Vèze	25611	478	
Larnod	25328	786	
Le Gratteris	25297	169	
Les Auxons	25035	2 515	
Mamirolle	25364	1 795	
Marchaux-Chaufontaine	25368	1 479	
Mazerolles-le-Salin	25371	211	
Miserey-Salines	25381	2 555	
Montfaucon	25395	1 570	
Montferrand-le-Château	25397	2 180	
Morre	25410	1 342	
Mérey-Vieilley	25376	154	
Nancray	25418	1 259	
Noironte	25427	394	
Novillars	25429	1 497	
Osselle-Routelle	25438	956	ZAC
Palise	25444	141	ZAC
Pelousey	25448	1 526	
Pirey	25454	2 127	
Pouilley-Français	25466	828	ZAC
Pouilley-les-Vignes	25476	1 982	
Pugey	25473	731	
Rancenay	25495	396	
Roche-lez-Beaupré	25495	2 157	
Roset-Fluans	25502	546	ZAC
Saint-Vit	25527	4 922	ZAC

Saône	25532	3 231	
Serre-les-Sapins	25542	1 764	
Tallenay	25557	425	
Thise	25560	3 020	
Thoraise	25561	348	
Torpes	25564	1 019	
Vaire	25575	807	
Vesmes-Essarts	25594	352	ZAC
Venise	25598	522	
Vieilley	25612	692	
Villars-Saint-Georges	25616	280	ZAC
Vorges-les-Pins	25631	601	
<b>Total</b>	<b>68 communes</b>	<b>195 745 habitants</b>	<b>10 sur 68</b>

3. Données INSEE (MAJ 2022- Recensement 2019)

#### 4. Annexe 2 : PV Assemblée Générale Constitutive



### Compte rendu de l'assemblée générale ordinaire de CaPaCiTÉS bisontines du 28 juin 2022

Association CaPaCiTÉS bisontines

57 Rue des Flutttes-Agasses, 25000 Besançon

[cptsnebesancon@gmail.com](mailto:cptsnebesancon@gmail.com)

#### **Ordre du jour :**

- **Changement de nom de l'association qui sera désormais CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole**
- **Changement d'adresse de l'association**
- **Validation des statuts de l'association par l'assemblée**
- **Rapport moral de l'année 2021**
- **Rapport financier de l'année 2021**
- **Budget Prévisionnel 2022**
- **Présentation des retours d'ateliers de la soirée du 14/06/2022**
- **Election des membres du bureau**
- **Questions diverses**

#### **Présents :**

<p>Hoggas Samia : cheffe de service csapa solea  Grand Maud : coordinatrice résado  Picart Nicole : usager  Negri Florine : ROC-CPAM  Levacher Philippe : Directeur FEMASCO  Previtali Clément : Directeur ASPET/MSA  Ngoma Gérard : DAC-FC  Luigi Emmanuel : DTA CHU  Poisot Marie : IDEL  Fouchard Romain : MG APF  Flammarion Phillipe : usager  Helias Pierre Louis : MG  Chanut Anne Suzy : IPA  Tiv Patrick : MG  Vuattoux Patrick : MG  Lamblot Virgine : IDEL  Formet Géraldine : IDEL  Ray Delaunay Nathalie : IDEL  Delcey Florence : IDEL  Renard Thierry : pharmacien  Cabaud Laetitia : IDEL  Lucas Anna : orthophoniste  Schweizer Anne Catherine : Cheffe de service CCAS  Zambelli Catherine : médecin conseil CPAM  Poulen Stephanie : IDEL  Pidoux Emmanuelle : directrice adjointe CHU  Quenaud Céline : MG  Zemmahi Zineb : pharmacien  Tirel Pierre Emmanuel : pharmacien  Tissot Edgar : PCME CH Novillars  Vieillard Raphael : orthophoniste  Spicher Gilles : adjoint à la mairie  Hakkar Lazar : MG  Leuci Vivianna : MG  Duret Olivier : MG</p>	<p>Detournay Anaïs : responsable d'étude  Arnoux Laurent : pharmacien  Garbuio Camille : pharmacien  Boccaro Patrick : président croix-rouge  Khouri Jacques : MG  Aubry Regis : médecin  Grand Wilfried : responsable PMI du Doubs  Nier Astride : Cheffe de service ELIAD  Quenaud Florence : pharmacien  Vurpillat Pascale : pédiatre  Ehlinger (prénom non communiqué): usager  Schwartzler Remy : médecin directeur hygiène santé de la ville  Mathieu Grégoire : directeur adjoint du CH Novillars  Boursin Bertrand : MG  Gillot Emmanuelle : MG  Paulin Philippe : MG  Vauthier Crellier Michel : MG  Baudier François : chargé de mission auprès de la CPTS  Detot Pepin Elodie : médecin addictologue  Sillan Aline : coordinatrice MSP vauban  Roch Jean François : médecin coordinateur DAC  Perrot Jean Michel : MG  Jacquin Hervé : MG  Bonvalot Marion : MG  Aubry Maud : MG  Vieira Da Silva Flora : MG  Badois Stéphanie : IDEL  Debost Carole : pharmacien  Cardot Stéphane : médecin  Boullicaut Lilian : MG  Barthelet Valérie : kinésithérapeute</p>
---	---

**Les membres présents ont signé une feuille d'émargement. Le quorum étant atteint, l'assemblée peut valablement délibérer.**

**Déroulé de la réunion :**

**-Bilan moral du président pour l'année 2021 présenté par Mme Delcey et définition d'une CPTS**

**- Présentation du nouveau nom de l'association par Mme Delcey. La Communauté Bisontine Pluri Professionnelle de Santé, désormais intitulée CPTS CaPacITÉS Besançon & Métropole.**

- Vote du changement de nom

**Le changement de nom est approuvé à l'unanimité.**

**- Demande de changement d'adresse du siège social de l'association par Mr Arnoux.**

Actuellement basé au 55 rue de Vesoul 25 000 Besançon, le nouveau siège social sera domicilié au 57 rue des flûtes Agasses, 25 000 Besançon.

- Vote du changement d'adresse

**Le changement d'adresse est approuvé à l'unanimité.**

**-Présentation des statuts par Mr Arnoux**

Question de Mme Pidoux concernant la durée d'élection du bureau ?

Réponse 3 de Mme Delcey, 3 ans

Question de Mme Gillot : Les actions des membres de la CPTS sont-elles rémunérées ?

Réponse de Mme Delcey, nos tutelles de la CPAM ici présentes pourront répondre précisément à cette question.

Question de Mme Quenaud: Quelle est la définition des professions non profession de santé pouvant adhérer à la CPTS ?

Réponse de Mme Delcey: Les demandes d'adhésion provenant de professionnels non-inscrits au code de santé publique feront l'objet d'une évaluation individuelle par le conseil d'administration de l'association.

Question : Les salariés pourront-ils adhérer à la CPTS ?

Réponse de Mme Delcey: Oui, les salariés peuvent adhérer individuellement en tant que personne physique

- **Vote des statuts :**

1 vote contre et 4 abstentions. **Les statuts sont approuvés à la majorité absolue.**

- **Présentation du rapport financier de l'année 2021 Par Mr Fein**

Question Mr Previtali: Doit ont faire appel à un commissaire aux comptes ?

Réponse de Mme Delcey: A l'avenir Oui.

Question de Mr Flammarion : Quelle est l'origine des fonds de l'activité 2021 ?

Réponse de Mme Delcey : il s'agit d'un fond FIR vaccination de l'ARS et d'un fond d'amorçage de l'ARS.

- Vote du rapport financier 2021:

**Le rapport financier est approuvé à l'unanimité.**

**- Présentation du budget prévisionnel par Mme Negri.**

Question de M Flammarion : Sur quelles missions la CPTS s'engage-t-elle ?

Réponse de Mme Delcey : Nous avons priorisé nos missions sur les 3 missions socle mais à terme nous comptons répondre à toutes les missions prévues dans le cadre de l'ACI.

Question de Mme Gillot : Avez-vous des exemples de missions ?



Réponde de Mme Delcey : Nous répondrons à cette question plus tard

Question : Le FIR est-il pérenne ?

Réponse de Mme Negri : Notre financement n'est pas un FIR, il s'agit d'un ACI (ndlr : Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui est signé pour 5 ans.

**- Vote du budget prévisionnel :**

**Le rapport est approuvé à l'unanimité.**

**- Présentation des étapes à venir par Mr Baudier et rappel de l'appel à candidature pour le poste de coordination.**

**- Présentation de la planification des déploiements par Mme Negri**

**- présentation des retours d'atelier de la soirée du 14 juin 2022 :**

- Groupe accès aux soins par le Dr Vuattoux

- Groupe parcours de soin par Mme Boisot

Question : La création d'un site web ne ferait-il pas doublon avec "Mon espace santé" ?

- Groupe prévention Mr Flammarion

**- Election des membres du bureau :**

Présidence :

Election de Mme Florence Delcey et Mr Laurent Arnoux en tant que Co-Présidents à l'unanimité.

Vice-présidence :

Election de Mmes Leila Hannouni et Nicole Picard en tant que Vice-Présidentes à l'unanimité.

Secrétariat :

Election de Mme Audrey Aouragh Laborie, et des Drs Olivier Duret et Patrick Vuattoux en tant que Secrétaires à l'unanimité.

Trésorier :

Election de Mr Hervé FEIN en tant que Trésorier à l'unanimité.

**- Questions diverses :**

Aucune.

Clôture de la réunion à 22h30

Fait à Besançon le 28 juin 2022.

Co-Présidents

Florence Delcey



Laurent Arnoux



## 5. Annexe 3 : Statuts CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole

### Association

### CaPaciTÉS Besançon & Métropole

### Statuts

### Sommaire

<u>Titre I : FORME – OBJET – DENOMINATION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL</u> .....	97
<u>Article 1 : Forme</u> .....	97
<u>Article 2 : Objet</u> .....	97
<u>Article 3 : Dénomination sociale</u> .....	97
<u>Article 4 : Durée</u> .....	97
<u>Article 5 : Siège social</u> .....	97
<u>TITRE II : COMPOSITION – ADESIONS – COTISATION</u> .....	98
<u>Article 6 : Composition de l'Association</u> .....	98
<u>Article 7 : Condition d'adhésion</u> .....	99
<u>Article 8 : Perte de qualité de membre</u> .....	99
<u>Article 9 : Cotisation</u> .....	99
<u>TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT</u> .....	99
<u>Article 10 : Assemblée Générale</u> .....	99
<u>Article 11 : Mandat de représentation</u> .....	101
<u>Article 12 : Conseil d'Administration (CA)</u> .....	102
<u>Article 13 : le Bureau</u> .....	103
<u>Article 14 : Rétributions</u> .....	104
<u>Article 15 : Règlement intérieur</u> .....	104
<u>TITRE IV RESSOURCE DE L'ASSOCIATION – COMPTABILITE</u> .....	104
<u>Article 16 : Ressources</u> .....	104
<u>Article 17 : compte annuel – Exercice</u> .....	105
<u>Article 18 : Fonds de réserve</u> .....	105
<u>TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION</u> .....	105
<u>Article 19 : dissolution et dévolution des biens</u> .....	105
<u>TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES</u> .....	105
<u>Article 20 : Formalités administratives</u> .....	105
<u>TITRE VII : LIBERALE</u> .....	105

## **Titre I : FORME – OBJET – DENOMINAION SOCIALE – DUREE – SIEGE SOCIAL**

### **Article 1 : Forme**

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association CPTS régie par les principes généraux du droit applicable au contrat et obligations, par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ainsi que les présents statuts ayant pour titre :

CaPaciTÉS Besançon & Métropole

### **Article 2 : Objet**

Cette Association a pour but de porter la CPTS de Besançon et Besançon Métropole.

Son objet est :

- D’initier les projets de santé et de les promouvoir sur son territoire ;
- D’organiser les réponses à un besoin de santé de la population de son territoire ;
- D’assurer et faciliter la coordination et/ou la structuration de l’offre de santé de proximité et du parcours coordonné du patient ; la continuité, la qualité et l’efficacité des soins curatifs et préventifs de sa population ;
- De faciliter l’accès aux soins ;
- De développer toute collaboration nécessaire avec les autres acteurs dans le respect de l’indépendance professionnelle, du respect du secret médical et du libre choix du patient ;
- La gestion de crise.

Le territoire retenu à sa création est l’ensemble des communes de Besançon et Besançon Métropole soit :

Amagney, Audeux, Avanne-Aveney, Besançon, Beure, Bonnay, Boussière, Braillans, Busy, Byans-sur-Doubs, Chalezeule, Chalèze, Champagny, Champoux, Cha+6mpvans-les-Moulins, Chaucenne, Chemaudin et Vaux, Chevroz, Châtillon-le-Duc, Cussey-sur-l’Ognon, Dannemarie-sur-Crète, Deluz, Devecey, Ecole-Valentin, Fontain, Franois, Geneuille, Gennes, Grandfontaine, La Chevillotte, La Vèze, Larnod, Le Gratteris, Les Auxons, Mamirolle, Marchaux-Chaufontaine, Mazerolles-le-Salin, Mérey-Vieille, Miserey-Salines, Montfaucon, Montferrand-le-Château, Morre, Nancray, Noiron, Novillars, Osselle-Routelle, Palise, Pelousey, Pirey, Pouilley-Français, Pouilley-les-Vignes, Pugey, Rancenay, Roche-lez-Beaupré, Roset-Fluans, Saint-Vit, Saône, Serre-les-Sapins, Tallenay, Thise, Thoraise, Torpes, Vaire, Velesmes-Essarts, Venise, Vieille, Villars-Saint-Georges, Vorges-les-Pins.

### **Article 3 : Dénomination sociale**

La dénomination sociale de l’association est Communauté Professionnelle du Territoire de Santé de Besançon et Besançon Métropole dit CaPaciTÉS Besançon & Métropole.

### **Article 4 : Durée**

L’association CaPaciTÉS Besançon & Métropole a une durée de vie illimitée

### **Article 5 : Siège social**

Le siège social est situé à l’adresse du lieu d’exercice du (de la) président (e) et en cas de coprésidence, au siège de l’un des coprésidents en l’occurrence :

- CaPaciTÉS Besançon& Métropole 57, rue des Fluttes Agasses 25000 Besançon

Il pourra être transféré sur proposition de la présidence en tout autre lieu après validation du Conseil d’Administration.

## TITRE II : COMPOSITION – ADESIONS – COTISATION

### **Article 6 : Composition de l'Association**

#### Membres fondateurs

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales, acteurs du territoire ayant participé à la fondation de l'association et à l'élaboration du projet de santé initial.

Parmi eux, il est voté la composition du bureau initial.

#### Membres actifs

Sont membres de l'association CaPacITeS Besançon & Métropole tout professionnel de santé ou non qui en fait la demande exerçant dans le territoire géographique de santé défini dans l'article 2 ; ou limitrophe.

Ce sont des professionnels de santé mais aussi des personnes physiques ou morales, acteurs du territoire défini selon l'article 2, qui adhèrent à son projet de santé en apportant leur concours à la réalisation des projets. Ils versent annuellement une cotisation à l'association, fonction du collège d'appartenance, dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale (AG) et qui auront communiqué leur mail pour répondre aux convocations des AG et pour communication des comptes rendus.

De facto, l'adhésion emporte de plein droit l'acceptation du règlement intérieur qui pourrait être mis en place par l'Assemblée Générale.

#### Membres sympathisants

Ce sont les professionnels de santé et les personnes physiques ou morales qui approuvent les actions menées par l'association CaPacITeS Besançon & Métropole et qui participent à ses manifestations sans en être membre. Ils sont exempts de cotisation.

#### Membres d'honneur

Ce titre peut être décerné par délibération du Conseil d'Administration (CA) aux personnes physiques ou morales qui par leurs compétences ou autorité ou actions, ont rendu des services importants à l'association. Ils peuvent participer au CA et à l'AG au sein desquelles ils disposeront d'une voix consultative. Ils ne sont ni électeurs ni éligibles.

Ils sont exempts de cotisation.

Les personnes morales membres de l'association sont représentées par leur représentants légal ou toute personne dûment habilitée. Toute personne physique ou morale ne dispose que d'une voix.

Les membres de l'association sont répartis en collège :

- **Collège 1** : professionnels de santé à exercice isolé ou coordonné (MSP ou CDS par exemple), du domaine médical ou paramédical. Ce collège bénéficie de 60% des droits de vote répartis de la manière suivante :
  - Sous collège : libéraux isolés => 30%
  - Sous collège : professionnels coordonnés => 30%

- **Collège 2** : établissements, structures de santé, sociales et médico-sociales intervenant sur les parcours de santé des usagers (CHU, EHPAD, clinique, collectivités locales...). Ce collège bénéficie de 30% des droits de vote.
- **Collège 3** : personnes morales (association d'usagers) ou physiques intervenant dans le champ d'action de l'association. Ce collège bénéficie de 10% des droits de vote.

Intégreront les professionnels assimilés de santé qui ne figurent pas au code de santé public après acceptation du CA. (Psychologue, réflexologue, médecine douce, etc. : liste non exhaustive).

#### **Article 7 : Condition d'adhésion**

L'adhésion est ouverte à toute personne physique ou morale de droit privé ou public, exerçants ou établis sur le territoire défini par l'article 2, sans autres restrictions que celles prévues par la loi et les présents statuts.

L'adhérent s'engage à respecter les présents statuts. Chaque membre de l'association s'engage également à respecter la charte des valeurs de collaboration pluriprofessionnelle et les textes fonctionnels régissant le fonctionnement de l'association CaPaciTÉS Besançon & Métropole.

#### **Article 8 : Perte de qualité de membre**

La qualité de membre de l'association tel que défini se perd :

- En cas de décès de la personne physique ;
- Pour les personnes morales en cas de dissolution, cessation d'activité, disparition ou fusion ; changement d'activité professionnelle ou transfert de cette dernière en dehors du territoire défini pour la présente CPTS et pour les personnes physiques représentant une personne morale ayant perdu leur qualité au sens des institutions qu'elles représentent ;
- Par démission adressée par Lettre Recommandée ou Accusé de Réception à la présidence de l'association ;
- Radiation, exclusion :  
L'exclusion est prononcée par le Bureau, pour infraction aux présents statuts, motif grave portant préjudice moral, matériel à l'association ou pur défaut de contribution à l'objet de l'association et non-respect de la charte, et après que le membre intéressé ait été préalablement invité par lettre recommandée à fournir des explications écrites au Conseil d'Administration.
- Pour non-paiement de la cotisation.

#### **Article 9 : Cotisation**

La cotisation due par les membres de chaque catégorie, sauf que les membres d'honneur et les membres sympathisants, elle est fixée tous les ans par décision de l'Assemblée Générale Ordinaire (AGO).

Son versement s'effectue tous les ans en janvier pour l'année civile en cours.

### **TITRE III : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

#### **Article 10 : Assemblée Générale**

Les Assemblées Générales sont Ordinaires (AGO) ou Extraordinaires (AGE).

Elles se réunissent sur convocation du (de la) Président (e) ou par demande d'une partie du CA.

Elles comprennent l'ensemble des membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés.

Seuls les membres à jour de leur cotisation ont le droit de vote. Le vote par procuration est autorisé dans la mesure où le mandat est remis à un autre membre à jour de cotisation de l'association par remise d'un bon pour pouvoir et dans la limite de 2 pouvoirs par représentant. Le vote électronique (visioconférence) est possible selon les modalités définies dans le règlement intérieur s'il existe et/ou dans la convocation et l'ordre du jour adressés. Il est établie une feuille d'émargement signée par chaque membre présent ou représenté.

L'assemblée ne peut délibérer valablement que si les 50% au moins des membres du collège 1 sont présents ou représentés.

Chaque collège participe au vote selon les mêmes modalités.

Seules sont valables les résolutions prises par l'AG sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Les modalités de vote sont définies en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

### **L'AGO**

Chaque année, l'Assemblée se réunit sur convocation du conseil d'Administration et chaque fois que nécessaire dans les conditions prévues.

#### **L'AGO entend :**

- Les rapports sur la gestion du Bureau présentés par le (la) Président (e) ;
- Le rapport financier, les comptes annuels présentés par le (la) Trésorier(ière) et le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes. Le (la) Trésorier(ière) soumet le bilan financier à l'approbation de l'Assemblée ;
- Le rapport d'activités de l'association présenté par le (la) Secrétaire. Le (la) Secrétaire organise les votes.

Elle vote le budget et approuve les comptes de l'exercice. Le rapport annuel et les comptes peuvent être communiqués chaque année aux membres de l'Association sur simple demande.

#### **L'AGO est compétente pour :**

- Voter le budget de l'exercice et approuver les comptes de l'exercice ;
- Délibérer sur toutes les questions à l'ordre du jour ;
- Définir le montant de la cotisation annuelle de ses membres et des différentes catégories de membres ;
- Rédiger, approuver, mettre en œuvre, réviser le règlement intérieur ;
- Définir, valider, suivre la politique salariale de l'association qu'elle assure elle-même ou en délègue la responsabilité au bureau ;
- Déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au (à la) Président (e) ou au Bureau ;
- Définir les grandes orientations de la politique de l'association et assurer le suivi des actions qu'elle mène en application de ces orientations ;
- Procéder au renouvellement des membres du Bureau par tiers tous les 3 ans après appel à candidature selon les dispositions prévues à cet effet ;
- Désigner le comptable et/ou le (s) commissaire (s) aux comptes

Les décisions de l'AGO sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés. Les votes ont lieu à main levée sauf si le tiers des membres présents exige que le scrutin soit tenu à bulletin

secret. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante. Le vote pour les membres du CA conformément est réalisé à bulletin secret.

Si les conditions (le quorum) n'est pas atteint, l'Assemblée est convoquée à nouveau dans un délai d'au moins deux semaines et se déroulera selon les mêmes modalités ; dans ce cas, ses délibérations sont validées quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Les délibérations font l'objet d'un procès-verbal signé par le (la) Président (e) et le (la) Secrétaire joint par courriel au compte rendu d'Assemblée.

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

## **L'AGE**

L'AGE est exclusivement compétente pour :

- Modifier les statuts de l'association ;
- Se prononcer sur toute prorogation ou sur la dissolution de l'association ; sa fusion ou son union avec toute autre association dans un but analogue ;
- Se prononcer sur la liquidation et la dévolution des biens conformément aux règles énoncées au titre 5 des présents statuts.

L'AGE ne peut être réunie que sur convocation du (de la) Président (e), du Bureau ou à la demande de 50% des membres à jour de leur cotisation.

Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents.

Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Pour délibérer valablement, l'AGE doit réunir à minima la moitié plus un de ses membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle AGE est convoquée à quinze jours au moins d'intervalle. Elle peut siéger quel que soit le nombre de présents. Les votes ont lieu à main levée sauf si un tiers des présents exige que le scrutin soit réalisé à bulletin secret. Les modalités de vote sont définies en début d'AGE par le président de séance. La visioconférence sera autorisée sous modalité particulière.

Dans tous les cas les résolutions portant sur la modification des statuts sont prises à la majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés.

### **Article 11 : Mandat de représentation**

Les membres de l'association sont des personnes physiques ou morales représentées par des personnes physiques.

Dans l'hypothèse où le représentant de la personne morale dument mandaté ne peut plus assurer ses fonctions (démission, mutation, décès ou toute autre cause), le Bureau demande à la personne morale concernée de nommer un nouveau représentant.

La volonté des parties est de s'assurer que les représentants des personnes morales soient stables et assidus dans leur fonction au sein de l'Association.



## **Article 12 : Conseil d'Administration (CA)**

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration (CA) composé de 10 à 20 membres représentatifs des collèges de ses membres.

Le CA se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Présidence ou du Bureau. Il n'y a pas de quorum pour les réunions du Conseil.

Les modalités de vote peuvent être validées en début d'AG par le (la) président (e) de séance.

L'ordre du jour figure sur les convocations.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion, le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis. Les votes se font à main levée mais peuvent être à bulletin secret à la demande d'un tiers des membres présents.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le secrétaire et le président.

Le (la) Président (e) convoque le CA et fixe l'ordre du jour au moins 10 jours avant la tenue du CA.

L'ordre du jour figure sur les convocations. Seules les questions à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Le quorum pour délibérer valablement est de la moitié des membres du CA.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Le vote par procuration et par visioconférence est autorisé. En cas de partage des voix, la voix du (de la) Président (e) est prépondérante.

Pour prononcer une radiation ou une exclusion le quorum des deux tiers des suffrages exprimés est requis.

Une feuille des présents est tenue à jour et le procès-verbal est inscrit au registre des délibérations du CA. Elle est signée par le (la) Secrétaire et le (la) Président (e).

Il est composé de 10 à 20 membres selon le schéma suivant :

- 6 à 10 représentants pour le collège 1 (60%)
- 2 à 5 représentants pour le collège 2 (30%)
- 2 à 5 représentants pour le collège 3 (10%)

Les administrateurs sont élus à la majorité simple pour trois ans par l'Assemblée Générale Ordinaire (AGO). Le vote par procuration et/ou électronique est autorisé.

Le conseil d'administration est renouvelé par tiers tous les trois ans. Chaque membre du conseil d'administration est rééligible deux fois sauf pour le collège 3.

Le conseil d'administration choisit parmi les membres adhérents à jour de leur cotisation les chargés de projets ou les représentants pour siéger dans d'autres associations partageant un objectif commun à celui de notre Association.

En cas de vacances d'un poste au conseil d'administration entre deux AGO, ledit conseil pourvoit provisoirement au remplacement du ou de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif lors de la prochaine AGO.

Est éligible au Conseil d'Administration tout membre de l'Association présent ou dûment représenté lors de l'AGO et à jour de ses cotisations.

Dans le cas où une personne morale est membre du Conseil d'Administration, celle-ci est représentée par son représentant légal.

Le conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs pour gérer, diriger et administrer l'association en toutes circonstances, sous réserve de pouvoirs expressément et statutairement réservés à l'Assemblée Générale.

La présidence est mandatée par le CA pour ester en justice, signer les contrats et conventions engageant l'Association et statuer quant aux embauches.

### **Article 13 : Bureau**

Le CA choisit parmi ses membres, au scrutin secret, pour trois ans, un bureau comprenant à minima :

- Un (e) Président (e) ou 2 coprésidents (es) ;
- Un (e) Vice-Président (es) ou 2 co Vice-Présidents (es) ;
- Un (e) secrétaire et éventuellement un (e) adjoint (e) ;
- Un (e) trésorier (ière) et éventuellement un (e) adjoint (e)

Les membres du Bureau sont issus d'au moins deux collèges différents (au minimum un usager et/ou un représentant d'organisation autre que libéral). Ils sont élus pour deux ans.

Le Bureau est en charge de la gestion des affaires courantes de l'Association. Il se réunit sur convocation de la Présidence chaque fois que nécessaire et au moins 1 fois par an

Le membre absent à plus de trois réunions consécutives du Bureau pourra être déclaré démissionnaire par la présidence. Il sera remplacé conformément aux dispositions prévues à cet effet.

A l'issue de chaque réunion, un procès-verbal est dressé, qui prend compte de l'ensemble des points discutés et décisions prises.

#### - La présidence

La présidence est chargée d'exécuter les décisions du Bureau, de l'Assemblée Générale et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association qu'elle représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

La présidence peut ester en justice. Elle a la charge de convoquer les Assemblée Générales et de présenter le rapport moral annuel. La présidence est élue par le Conseil d'Administration pour une durée de trois ans, dans le cadre d'un mandat renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, de démission, d'incapacité prolongée, ou de décès du (de la) Président (e), celle-ci sera remplacée par le (la) Vice-Président (e), ou selon les modalités du règlement intérieur jusqu'à la tenue d'une nouvelle élection – partielle le cas échéant – lors d'une AGO convoquée par le (la) Secrétaire.

#### - Le (la) Vice-Président (e)

Assiste le (la) Président (e) dans l'exercice de ses fonctions et la remplace en cas d'empêchement.

- Le (la) Secrétaire

Agit sur délégation de la présidence et assure à ce titre l'administration, l'organisation et le bon fonctionnement de l'Association. Il (elle) a notamment pour mission l'organisation, la tenue des Assemblées Générales et de dresser les procès-verbaux. Il (elle) présente à chaque AGO un rapport d'activité.

- Le (la) Trésorier (ière)

Tient les comptes de l'Association, décide des dépenses courantes et présente à chaque AGO un rapport financier.

Il (elle) effectue tous paiements et reçoit toutes sommes ; il (elle) procède, avec l'autorisation du Bureau, au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs. Les actes de disposition qui dépassent la gestion courante des affaires financières et patrimoniales seront en revanche sous à l'approbation de l'Assemblée Générale.

**Article 14 : Rétributions**

Les fonctions de membre du CA sont par défaut bénévoles. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés au vu des pièces justificatives.

Un ou plusieurs membres du CA peuvent être indemnisés pour leur fonction de dirigeant de l'association dans le cadre du dispositif prévu par la loi n°2001-1275 du 28 décembre 2001 de finance pour 2002. Les modalités de cette indemnisation sont soumises à l'approbation annuelle de l'AGO.

Le rapport financier annuel présenté à l'AGO fait mention des indemnisations et remboursements effectués à chacun des membres du CA.

**Article 15 : Règlement intérieur**

Un règlement intérieur pourra être établi par le Conseil d'Administration et être approuvé par l'Assemblée Générale. Ce règlement intérieur devra préciser certains points des statuts, notamment ceux qui ont traités à l'administration interne de l'Association.

Il sera établi une charte de valeurs de collaboration pluriprofessionnelle destinée à déterminer en tant que de besoin le détail d'exécution des présents statuts.

**TITRE IV : RESSOURCE DE L'ASSOCIATION – COMPTABILITE**

**Article 16 : Ressources**

Les ressources de l'Association proviennent de toutes ressources prévues par la loi :

- Des cotisations ;
- Des subventions de l'état de l'Assurance Maladie et tout autre acteur institutionnel privé ;
- Du mécénat ;
- Des revenus et intérêts des biens et valeurs appartenant à l'Association ;
- Des rétributions perçues pour service rendus dans le cadre de l'objet de l'Association ;
- Des dons manuels faits à l'Association ;
- Des legs et libéralités.

Cotisation : se référer à l'article 9.

### **Article 17 : Compte annuel – exercice**

L'Association par son (sa) Trésorier (ière) établit des comptes annuels faisant apparaître un compte de résultat, un bilan conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations établie dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice annuel.

Comptabilité d'engagement selon le principe « créances acquises et dettes certaines ».

### **Article 18 : Fonds de réserve**

Afin d'une part, de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de constituer un fond de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, qu'elle qu'en soit la nature.

Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fond sont fixés par l'Assemblée Générale.

## **TITRE V : DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION**

### **Article 19 : dissolution et dévolution des biens**

En cas de dissolution volontaire ou statutaire dans le cadre des disposition prévues à l'article 10 des présents statuts ou de dissolution judiciaire, l'AGE désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et du décret du 16 aout 1901.

En aucun cas les membres de l'Association pourront se voir attribuer une part quelconque de l'actif net de l'Association, sauf reprise d'un apport. Les actifs nets seront ainsi donnés à une autre association dont les missions seront similaires pour le même territoire.

## **TITRE VI : FORMALITES ADMINISTRATIVES**

### **Article 20 : Formalités administratives**

Le (la) Président (e) est chargé (e) au nom du bureau d'accomplir toutes les formalités de déclaration de publication prévues par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 tant au moment de la création qu'au cours de l'existence ultérieure de l'Association. Le (la) Président (e) s'engage à faire connaître dans les trois mois à la Préfecture tous les changements survenus dans l'administration et à présenter les registres et les pièces de comptabilité sur réquisition du Préfet.

## **TITRE VII : LIBERALE**

Le rapport et les comptes annuels sont adressés chaque année au Préfet du département.

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

Fait à Besançon le 28 juin 2022

Les Co Présidents

Florence DELCEY



Laurent ARNOUX



Le Trésorier

Hervé FEIN



La Secrétaire

Audrey AOURAGH LABORIE



## 6. Annexe 4 : Liste des adhérents à la CPTS CaPaciTÉS Besançon & Métropole

Mr/Mme	Nom	Prénom	Adresse	CP	Ville	Structure
Mme	Achard	Geneviève	1 a Place de la Fontaine	25220	Chalezeule	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Acheche	Mégane	48 avenue Georges Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Alfonsi	Thierry	6 rue Pasteur	25320	Montferrand le Chateau	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Ammari Youala	Samira	6 avenue du parc	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Aouragh Laborie	Audrey	20 avenue du Commandant Marceau	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Arnoux	Laurent	57 rue des fluttes agasses	25000	Besançon	Pharmacie Arnoux
Mr	Aubry	Regis	2 rue du porteau	25720	Avanne	CHRU Jean Minjot
Mme	Aubry	Maud	16 rue madeleine bres	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Avis	Nicole	15 rue du Commerce	25660	Morre	Pharmacie Avis
Mme	Badois	Stéphanie	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Barata	Christophe	24 Ter rue de Besançon	25220	Thise	Maison Médicale
Mme	Bardol	Clémentine	9 bld Leon Blum	25000	Besançon	
Mr	Barlet	Cyril	2 b rue de l'église	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mr	Barthelet	Rodolphe	1 B rue du Faubourg Briand	25410	Saint-Vit	Cabinet de médecine générale
Mme	Barthelet	Valérie	14 b rue Lafayette	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Baudet	Chloé	29 rue de l'église	25720	Avanne	Orthophoniste
Mr	Benjoar	David	26 rue Mathias Ullmann	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Beurtheret	Sophie	57 rue des Fluttes agasses	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Boccaro	Gabriel	19 rue Rivotte	25000	Besançon	Croix-Rouge Besançon
Mme	Boichard-Chays	Catherine	47 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie de Saint Claude

Mr	Boileau	Lionel	34 rue de Belfort	25000	Besançon	scp Boileau Coulon Roy
Mme	Bonnet	Claire	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Borg	Christophe	3 boulevard Flemming	25000	Besançon	CHRU Jean Minjoz oncologie
Mme	Borlot	Sandrine	6 rue de chatillon	25480	Ecole-Valentin	Cabinet de médecine générale
Mme	Bornot	Laure	3 allée l'île au moineaux	25000	Besançon	DAC-FC
Mr	Boulicaut	Lilian	Rue des corvées	25870	Cussey-sur-l'Ognon	Cabinet de médecine générale
Mr	Boursin	Bertrand	1 a rue des près charlots	25220	Roche les beauprés	Maison de santé pluridisciplinaire de roche
Mme	Bouvier-Slekovec	Céline	3 Bd Fleming	25030	Besançon	Cpias Bfc/ Chu de Besançon/ Ufr Santé
Mme	Bralet-Fraysse	Claire	1 bis rue de la Craie	25410	Saint Vit	Cabinet Médical
Mme	Braud	Anne	7 rue des iris	25000	Besançon	Cabinet médical de Palente
Mme	Bregand	Edith	27 rue Ronchaux	25000	Besançon	Pharmacie du théâtre
Mme	Bresson	Marine	2 grande rue	25770	Franois	Pharmacie du Médipôle
Mme	Brice	Patricia	8 rue rivotte	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Buet	Anne-Laure	3 place flore	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Buffet	Sophie	125 grande Rue	25000	Besançon	
Mme	Bugnon	Julie	2 place Saint Jacque	25000	Besançon	Reppop-bfc
Mme	Cabaud	Laetitia	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet infirmier Viotte
Mme	Cantonnet	Marine	37 chemin champ Melin	25000	Besançon	smerra
Mr	Chambre	Alain	26 b rue de l'église	25036	Avanne	Pharmacie chambre
Mme	Chanut	Anne-Suzy	1 rue giacomotti	25000	Besançon	UFR sante Besançon promotion ipa 2021-2023
Mme	Chevenement	Stéphanie	11 rue André Coudrey le Bousier	25000	Besançon	EPHAD Granvelle
Mr	Cheviron	Cedric	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale Avicenne sisa
Mme	Clément	Annie	15 a Route de Lyon	25720	Beure	Maison de Santé de Mercureaux
Mme	Combe	Lucie	1 rue d'Arcier	25220	Roche-lez-Beauprés	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Corde	Noël	28 rue de la Mairie	25660	Saône	Pharmacie du marais

Mr	Cornut	Gilles	20 B rue Alexis Chopard	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Coulon	Benoit	34 rue de Belfort	25000	Besançon	scp Boileau Coulon Roy
Mme	Courtot	Sylvie	6 rue de Chatillon	25 480	Ecole Valentin	Cabinet infirmier
Mme	Dancer-Brenet	Isabelle	6 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie régionale
Mme	De Tricornot	Stéphanie	16 rue madeleine Bres	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	De Vesvrotte	Pierre	42 rue de Vesoul	25000	Besançon	Maison de sante de Saint Claude
Mme	Debost	Carole	4 route de Bornay	25000	Besançon	Pharmacie de Devecey
Mme	Delcey	Florence	55 rue de Vesoul	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Delette	Christophe	2 rue madeleine bres	25000	Besançon	Pharmacie Lafayette des Tilleroyes
Mme	Detot-Pepin	Elodie	2 place Payot	25000	Besançon	Solea
Mr	Donard	Thierry	3 avenue clemenceau	25000	Besançon	Pharmacie saint Charmont
Mme	Dragani	Graziella	18 rue de la préfecture	25000	Besançon	Service pmi
Mme	Ehlinger	Marie-Catherine	1 route de Marchaux	25000	Besançon	France asso sante bfc
Mr	El Ouazzani	Soufiane	85 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie de la Citadelle
Mr	Esposito	Raphael	18 avenue du commandant marceau	25000	Besançon	Espace santé mazagran
Mr	Fauchard	Stéphane	39 c rue du Muguet	25000	Besançon	Cabinet d'infirmier
Mme	Faure	Clémentine	67 rue des Cras	25000	Besançon	Mutualité Française Comtoise/Centre de Santé Dentaire
Mr	Fein	Herve	27 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie Fein
Mr	Flammarion	Philippe	39 rue Jacques Prévert	25000	Besançon	France assos santé bfc
Mr	Flesch	Jean Benoit	1 bis rue de la Craie	25410	Saint Vit	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Formet	Géraldine	32 av du Commandant Marceau	25000	Besançon	Idel Libérale
Mr	Fouchard	Romain	Avenue Clemenceau	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Fumey	Marie-Hélène	36 rue Ernest Renan	25000	Besançon	Pédiatre



Mme	Futin	Karen	44 rue urbain Leverrier	25000	Besançon	Cabinet d'ostéopathie
Mme	Garbuio	Camille	29 c avenue de Montrapon	25000	Besançon	Pharmacie de Montrapon
Mr	Gauthier	Nicolas	45 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie des Chaprais
Mme	Gauthier	Sophie	26 avenue Carnot	25000	Besançon	Pharmacie flore
Mme	Girardin	Claire	9 bld Leon Blum	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Grandjean	Stéphanie	8 rue de Rivotte	25000	Besançon	Cabinet infirmier Rivotte
Mme	Grillet	Jacqueline	11 rue de la grange du collège	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Grosperin	Laetitia	4 rue du docteur Charcot	25220	Novillars	Centre hospitalier plateforme de santé mentale et psychiatrie
Mme	Gruillot	Marie	2 rue Pasteur	25320	Montferrand-le-Château	Pharmacie Gruillot
Mr	Guillermont	Jean	82 rue de Belfort	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mr	Hakkar	Lazhar	7 avenue de l'Observatoire	25000	Besançon	Cabinet Médical
Mme	Hannoui	Leila	13 places des lumières	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Havet	Claire	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Helias	Marianne	7 b rue des granges	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Herbelin	Margaux	17 avenue Leo Lagrange	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Hong Vang	Élodie	2 rue des corroyeurs boite ff6	21000	Dijon	unaass-uraass bfc-France asso sante bfc
Mr	Jacquier	François	10 rue Victor Delavelle	25000	Besançon	Cabinet médecine
Mme	Jacquot	Lydie	3 boulevard Flemming	25030	Besançon	Cabinet de kinésithérapie
Mme	Kichenaradja	Chित्रa	46 b chemin du sanatorium	25030	Besançon	Centre de soins des Tilleroyes
Mme	Krieger	Uta	6 av de Bourgogne	25000	Besançon	Pédiatre
Mme	Labbaci	Sonia	Avenue de la Longeau	25220	Novillars	Cabinet médical
Mme	Laguet	Flavie	101 rue de Vesoul	25000	Besançon	Cabinet de kinésithérapie

Mme	Lambert-Briquez	Cécilia	48 avenue Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet médical
Mme	Lamblot	Virginie	32 L av du Commandant Marceau	25000	Besançon	IDE Libérale
Mme	Langlais	Aline	4 rue Victor Delavelle	25000	Besançon	Cabinet de pédiatire
Mme	Lebeau	Amandine	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison de sante avicenne
Mr	Lhosmot	François	118 rue de Belfort	25000	Besançon	Pharmacie LHOSMOT
Mme	Lieb	Françoise	5 rue du Luxembourg	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Limito	Marie-Laure	15 rue de la Mouillère	25000	Besançon	Pharmacie de la Mouillère
Mr	Lugand	Julien	5 rue des prés culots	25220	Roche lez Beauprés	Pharmacie Lugand
Mme	Lugand	Mathilde	12 rue Françoise Dolto	25000	Besançon	Laboratoire de proximité associes - Ipa
Mr	Luigi	Emmanuel	3 boulevard Alexandre Flemming	25000	Besançon	CHU Jean Minjoz
Mr	Mahut	Yves	6 grande rue	25000	Besançon	Pharmacie régionale
	Maison de sante		6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale avicenne sisa
Mme	Malot	Delphine	19 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie Malot
Mme	Mayar	Proserpine	14A rue Lafayette	25000	Besançon	Cabinet d'Orthophonie
Mr	MAZZUCOTELLI	Serge	57 rue des flutes agasses	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Meraux	Sébastien	1 rue Rodin	25000	Besançon	Cabinet de pédiatre
Mr	Meynard	Guillaume	3 boulevard Flemming	25000	Besançon	CHU Jean Minjoz oncologie
Mme	Micic	Marielle	11 rue des rosiers	25220	Roche-lez-Beauprés	ide iterim+ sophrologue+ instructrice protocole pleine conscience
Mme	Milesi	Claire	63 chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Morand	Marion	24 rue du Dr Bernard Mourras	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Morgado Da Eira	Maria	32 d chemin de Vieilley	25000	Besançon	Cabinet de médecine libérale
Mme	Mousson	Nicole	Résidence le Vauban, 3 avenue de Bourgogne	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Moyse	Manon	39 ch des Montarmots	25000	Besançon	Montarmots sport sante

	MSP	Vauban	9 a rue stephane mallarme	25000	Besançon	Maison de sante Vauban
Mme	Nier	Astrid	41 rue thomas Edison	25000	Besançon	eliad
Mme	Oléron	Nathalie	1 A place de la Fontaine	25220	Thise	Cabinet Médical
Mr	Orbegozo	Jacques	42 B av Clemenceau	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mr	Oudot	Pascal	15 rue de la Mouillere	25000	Besançon	Pharmacie de la Mouillere
Mme	Paguet-Contoz	Estelle	2 rue Marcel Troncin	25220	Amagney	Cabinet infirmier
Mme	Paratte	France	1 rue Rodin	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mr	Parcelier	François	3 rue de Clousey	25720	Pugey	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Paulin-Tattu	Carole	1 A place de la Fontaine	25220	Chalezeule	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Pelletier	Pascale	2 avenue de la Longeau	25220	Novillars	Pharmacie de Novillars
Mr	Perrot	Jean-Michèle	49 grande rue	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Perry	Héloïse	7 rue des iris	25000	Besançon	Cabinet médical de Palente
Mme	Petit	Bénédicte	13 place des Lumières	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Petit	Marie-Christine	2 rue de la carrière	25170	Champvans-les-Moulins	Usager
	Pharmacie du Stade		2 rue du Gard	25000	Besançon	Pharmacie du Stade
Mme	Picard	Christelle	2 grande rue	25770	Francois	Pharmacie du Médipôle
Mme	Pillet	Anne-Marie	33 ch des Tilleroyes	25000	Besançon	cabinet infirmier
Mme	Poisot	Marie	5 bis rue de Trey	25000	Besançon	Cabinet infirmier libéral ipa
Mme	Poulen	Stéphanie	39 c rue du muguet	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Pougiat Tonnelier	Virginie	1 rue d'Arcier	25220	Roche-lez-Beaupré	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Previtali	Clément	13 avenus Elysée Cusenier	25000	Besançon	asept fcb msa fc
Mr	Prunier	Nicolas	97 grande rue	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Quenaud	Florence	4 route de Bonnay	25870	Devecey	Pharmacie de Devecey
Mme	Quenaud	Céline	70 grande rue	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Raguin	Thomas	55 rue de Vesoul	25000	Besançon	Pharmacie des hauts de Vesoul

Mme	Reverchon-Billot	Emma	30 rue de la Gare	25620	Mamirolle	Pharmacie du Marronnier
Mme	Rey-Delaunay	Nathalie	16 rue de Trey	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mr	Ribere	Vincent	Place de la Mare	25330	Chemaudin	Cabinet de Médecine Générale
Mr	Richard	Benoit	15 route de Lyon	25720	Beure	Pharmacie de beure
Mme	Rigolot	Anne-Claude	3 r madeleine Brès	25000	Besançon	Pédiatre
Mr	Rizzone	Jean-Charles	132 rue de Belfort	25000	Besançon	Ehpad La Retraite Auxons Saint-Vit
Mr	Roman	Lionel	2 rue du Rondey	25220	Thise	Opticien à domicile
Mr	Saade	Bechara	2 place Payot	25000	Besançon	Cabinet de pédiatrie
Mme	Saade	Christine	8 rue Paul Bert	25000	Besançon	Pharmacie des Buis
Mme	Saintpère	Charlène	97 Grande rue	25000	Besançon	Cabinet infirmier
Mme	Santenac	Nadine	22 boulevard Leon Blum	25000	Besançon	Pharmacie du boulevard
Mme	Schevingt	Sophie	4 rue auguste Rodin	25000	Besançon	Polyclinique de Franche-Comte
Mme	Stirnemann	Codou	6 route de Chatillon	25480	Ecole Valentin	Cabinet infirmier
Mr	Studer	Bertrand	6 b chemin des pièces	25320	Grandfontaine	Maison médicale avicenne
Mme	Sylvant	Sylvie	41 rue thomas Edison	25000	Besançon	eliad
Mme	Thiebaud	Hélène	48 avenue Georges Clémenceau	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Thiou	Sandrine	57 rue des Fluttes agasses	25000	Besançon	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Thomas	Hélène	6 rue Pasteur	25320	Montferrand le Chateau	Cabinet de Médecine Générale
Mme	Tirel	Zineb	22 E rue de Trey	25000	Besançon	Pharmacie de Saint Claude
Mr	Tirel	Pierre-Emmanuel	22 e rue de Trey	25000	Besançon	Pharmacie de Saint-Claude
Mr	Tordjman	Bernard	2 b rue louis Ganier	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mme	Trahand	Caroline	40 chemin des Tilleroyes	25044	Besançon	Clinique Saint Vincent
Mr	Tran Nguyen	Hien Anh	11 rue Alfred de Vigny	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale
Mr	Tran	Tuan-Anh	11 rue Alfred de Vigny	25000	Besançon	Cabinet de médecine générale

Mr	Vanlemmens	Pascal	122 rue Battant	25000	Besançon	Cabinet de médecine libérale
Mr	Vauthier Crelier	Michel	8 rue Lebeuf	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Verdenet	Mélanie	28 bis rue Charles de Gaulle	25410	Saint Vit	Pharmacie du Trèfle
Mr	Vernay	Bruno	90 rue des granges	25000	Besançon	Pharmacie du capitole
Mr	Viellard	Raphael	26 quai Vauban	25000	Besançon	Cabinet d'Orthophonie
Mr	Vincent	Jean-Michel	19 G rue de Vesoul	25000	Besançon	Psychiatre libéral
Mme	Virost	Christelle	3 rue Madeleine Bres	25000	Besançon	Cabinet de Pédiatrie
Mme	Vittouris	Florence	30 rue du mont	25480	Pirey	Pharmacie Vittouris
Mme	Vuillaume	Elodie	17 avenue Leo Lagrange	25000	Besançon	Cabinet médecine libérale
Mme	Vurpillat	Pascale	36 r Ernest Renan	25000	Besançon	Pédiatre
Mme	Wollner	Annie	1 b rue des Corvees	25970	Cussey sur l'Ognon	Pharmacie d'officine
Mr	Yve-jardin	Marion	125 grande rue	25000	Besançon	Cabinet médical