Projet de santé de la CPTS Dracénie Provence Verdon2020

Table des matières

Table des matières 2

Présentation de la CPTS Dracénie Provence Verdon 3

1) CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS 4

a) Description du territoire du projet 4

b) Problématiques de santé identifiées sur le territoire (diagnostic complet en annexe 2) 5

c) Identification et analyse de l'offre existante du territoire qui sera en lien avec la CPTS et articulation avec la CPTS (diagnostic complet en annexe 2) 6

d) Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués 7

2) ORGANISATION DE LA CPTS 8

a) Les professionnels de santé membres de la CPTS liste mise en annexe 3 8

b) Description de l'organisation de la gouvernance du projet (document ACSANTIS) : bureau, conseil d'administration… (statuts en annexe1) 9

c) Système d'information Quels sont les systèmes d'information actuellement utilisés par les membres de la CPTS pour communiquer entre eux ? Le projet induit-il un besoin de partage et/ou fonctionnalités qui seraient nécessaires pour la mise en œuvre du projet ? 9

d) Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS 10

e) Liste des services / établissements partenaires de la CPTS 10

f) Synthèse des forces, faiblesses, menaces et opportunités de la CPTS DPV 12

3) CONTENU DU PROJET DE LA CPTS 13

a) Les missions de la CPTS 13

b) Le cas échéant, détaillez les actions de télémédecine envisagées dans votre projet 16

c) Quelles sont les actions envisagées par les acteurs impliqués pour mener à bien les actions ? 16

Annexe 1 : statuts CPTS DPV 17

Annexe 2 : diagnostic 33

Annexe 3 : liste des adhérents aux 01/09/20 75

Annexe 4 : fiches actions 75

Présentation de la CPTS Dracénie Provence Verdon

Projet de santé établi en date du : 01/2021

Structure juridique porteuse du projet de la CPTS, « Acsantis », représentée par Mme Caroline Bureau du Colombier

Nom de la structure :	CPTS Dracénie Provence Verdon (CPTS DPV)
Type de structure :	✓ Association loi 1901 [1] ☐SISA ☐Autres (précisez) :
N° SIRET :	853 942 464 00019
Coordonnées de la structure	Adresse postale : 42 pl Piquemal, 83300 Draguignan Téléphone : 06.16.02.00.84 (provisoire) Email : assos@cptsdracenie.fr Email à diffuser sur le site de l'ARS : assos@cptsdracenie.fr
Représentant légal de la structure (nom, prénom, profession, téléphone, email)	Mme Joly Marion, présidente de l'association, infirmière libérale habitant trans en Provence, 06.16.02.00.84, marion.joly@cptsdracenie.fr
Coordonnateur de la CPTS (nom, prénom, profession, téléphone, email)	Mme Pugliese cindy, infirmière libérale, habitant chemin de la mude à Salernes 83690. Tel : 06.75.20.98.51, cindy.pugliese@cptsdracenie.fr

[1] **Statuts en annexe 1**

1) CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DE LA CPTS

a) Description du territoire du projet

COMMUNES	CODE POSTAL	Particularité du territoire (QPV, ZIP, ZAC)
AMPUS	83111	
BARGEME	83840	
BARGEMON	83830	
CALLAS	83830	ZAC
CHATEAUDOUBLE	83300	
CLAVIERS	83830	
COMPS SUR ARTUBY	83840	
DRAGUIGNAN	83300	
FIGANIERES	83830	
FLAYOSC	83780	
LA BASTIDE	83840	
LA MOTTE	83920	ZAC
LA ROQUE - ESCLAPON	83840	
LE MUY	83490	ZAC
LES ARCS	83460	ZIP
LORGUES	83510	ZAC
MONTFERRAT	83131	
SAINT ANTONIN DU VAR	83510	ZAC
SALERNES	83690	ZAC
SILLANS LA CASCADE	83690	ZAC
TARADEAU	83460	ZAC
TOURTOUR	83690	
TRANS EN PROVENCE	83720	ZAC
VIDAUBAN	83550	ZAC
VILLECROZE	83690	

Evaluation de la population concernée par le projet (nombre d'habitants basé sur les données Insee) : 109452

Taille de la CPTS : taille 3

☐ Taille 1 : moins de 40 000 habitants
☐ Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants
✓ Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants habitants
☐ Taille 4 : Plus de 175 000

b) Problématiques de santé identifiées sur le territoire (diagnostic complet en annexe 2)

L'analyse de l'ensemble de ces données socio-économiques et socio-sanitaires permet d'identifier quatre groupes distincts :

- Une population « rurale » (23 communes de moins de 10.000 habitants) qui représente 50 % du territoire
- Une population urbaine (Draguignan et Vidauban qui regroupent plus de 51.000 habitants) qui correspond aux 50% de la CPTS Dracénie Provence Verdon.
- Une population âgée résidant dans les villages et petites villes, population identifiée comme prioritaire par les professionnels de santé du territoire, entre autre au travers du diagnostic territorial du projet PAERPA de l'Est Varois
- Une population jeune et précaire qui, elle aussi, méritera toute l'attention des professionnels de santé dans l'élaboration du projet de CPTS du territoire

L'étude de l'état et des besoins de la population met en exergue plusieurs problématiques :

- Un taux de mortalité et de morbidité élevé chez le sujet jeune (15/35 ans) et les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ischémiques.
- Un indice de fréquence régionale supérieur aux données nationales notamment dans les professions de services. Il conviendra de mettre une action en place pour réduire la sinistralité au niveau du territoire en consultant les acteurs en santé au travail.
- La consommation d'actes en médecine générale, en médecine pédiatrique, en kinésiologie et en soins infirmiers est comparable à celle de la région (sauf pour la tranche d'âge des15/35 ans). Pour les professions de sage-femme, d'orthophoniste et de psychiatrie, le nombre d'actes réalisés au sein du territoire est bien en deçà des données régionales et nationales, s'expliquant par une désertification dans ces spécialisations.
- Une consommation supérieure à toutes les moyennes (régionales, départementales, nationales) de psychotropes, benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques ainsi que les somnifères souvent prescrits par les généralistes due à l'absence d'une offre de soins dans le milieu psychiatrique adéquat. –
- Un manque de recours à la médecine de prévention principalement pour la vaccination des jeunes enfants.
- Une utilisation minorée sur notre territoire de l'offre de dépistage du cancer colorectal et du col de l'utérus.
- Un manque de visibilité sur le recours aux soins non programmés sans orientation vers les urgences.
- Une barrière environnementale avec un territoire nécessitant l'utilisation de moyen de transport routier individuel.

Le focus sur l'offre sanitaire du territoire identifie des points de vigilance entravant ou pouvant entraver la qualité de l'offre de soins pour notre population et impactant la qualité de vie au travail des professionnels. Voici ces constatations :

<u>En matière d'accès aux soins</u>

- Actuellement une seule structure d'exercice coordonné sur le territoire (MSP de Comps)

- Une population vieillissante de médecins avec un nombre de futurs départs à la retraite important (87 médecins généralistes recensés en avril 2020 (Données SNDS) dont 46 de plus de 60 ans et 23 de plus de 65 ans, 88 médecins spécialistes libéraux (hors médecine libérale) dont 34 de plus de 60 ans et 13 de plus de 65 ans).
- Des difficultés à trouver un médecin traitant / des communes en difficulté concernant l'offre de médecine générale / des structures d'exercice coordonné (MSP, Centre de santé)
- Une diminution des visites à domicile notamment pour les personnes à mobilité réduite et ou vieillissantes.
- Des soins non programmés mal assurés / un engorgement des urgences.
- Des délais d'attente dans l'accès aux spécialistes.
- Le territoire ne comporte plus de Conseil Local de Santé Mentale (C.L.S.M) avec un seul médecin psychiatre libéral.

<u>En matière de coordination</u>

- Une prise en charge à domicile à améliorer, notamment en sortie d'hospitalisation : absence de communication entre professionnels libéraux et ceux en structures.
- Pas d'outils mis en place
- Des besoins importants en matière de prise en charge sociale, coordonnée avec la prise en charge sanitaire : complexité d'une prise en charge globale et individuelle de la personne.

c) Identification et analyse de l'offre existante du territoire qui sera en lien avec la CPTS et articulation avec la CPTS (diagnostic complet en annexe 2)

Les établissements de soins de second recours sont majoritairement concentrés sur la côte varoise. On trouve cependant à Draguignan, la polyclinique NOTRE DAME (groupe ELSAN), située non loin du centre hospitalier de la Dracénie.

Le Centre Hospitalier de la Dracénie (CHD) fait partie d'un GHT qui regroupe les 7 autres centres hospitaliers de Brignoles, du Luc en Provence, de Hyères, de Pierrefeu du Var, de Saint Tropez, de Fréjus-Saint Raphaël, de la Seyne.

La CTA fusionnant avec la PTA est un acteur incontournable du territoire pour élaborer une stratégie coordonnée dans les domaines communs.

Sur le territoire, il existe 2 structures de soins et de réadaptation (SSR).

L'offre de structures à destination des personnes âgées est la suivante :11 EHPAD,1 USLD, 5 résidences d'autonomie.

L'offre de Réinsertion Sociale comprend 5 SSIAD, 9 SAAD, 8 services d'aide-ménagère, 1 CLIC.

L'offre de structures à destination des adultes handicapés comprend 1 MAS, 1 FAM, 1ACT, 2 ESAT, 1 foyer de vie et 1 foyer d'occupation.

L'offre de structures à destination des enfants handicapés comprend 4 IME, 1 ITEP, 2 SESSAD, 1CMPP, CAMSP.

L'offre de structures de l'Aide Sociale à l'Enfance comprend 1 FDE et 1 MECS.

L'offre d'Établissements de l'Action Sociale pour Réinsertion Sociale comprend : 1 LHSS, 1 ACT, 1 CADA et 1 CSAPA.

Bien entendu les CCAS des communes intégrées à la CPTS seront partie prenante dans le maillage des acteurs au bénéfice de la population. Un travail collaboratif est incontournable notamment sur le plan d'actions sociales.

d) Modalités existantes de travail et de communication entre la CPTS et les autres acteurs impliqués

Le système d'information est actuellement en cours de réflexion. D'ores et déjà, nous utilisons une fiche de liaison entre les structures et les professionnels libéraux travaillée, en co-construction en groupe de travail avec un représentant du CHD. Nous conduisons une même réflexion avec la polyclinique notre dame afin de créer une continuité dans la prise en charge des patients et éviter les pertes d'informations.

Entre professionnels, structures et la CPTS, nous utilisons une messagerie sécurisée et une ligne téléphonique personnelle qui évolueront vers une ligne dédiée lors de la signature de la convention tripartite. La CPTS DPV possède un site internet permettant de mieux suivre l'évolution de l'association et d'être mieux repéré mais il est à perfectionner.

Nous nous projetons sur l'utilisation de réseaux professionnels pour augmenter l'attractivité du territoire (Linkedin, groupe facebook...). La communication auprès de la population pourra s'appuyer sur les différents supports médiatiques du territoire (radio, journaux, chaine de la Dracénie…).

Lors de la crise « Covid », l'utilisation de la plateforme « TerCovid » a été un frein pour beaucoup de professionnels médicaux au plus fort de la crise. Les médecins de ville ont en effet rencontré des difficultés de coordination en particulier dans la manipulation des outils informatiques mis à disposition sur le territoire. Cette expérience nous permettra néanmoins d'affiner notre stratégie dans le choix d'un outil de coordination adapté aux professionnels. Par contre, la téléconsultation et notamment dans le suivi des plaies et des cicatrisations a connu un véritable succès auprès de la majorité des professionnels paramédicaux.

Y a-t-il un besoin de partage et/ou fonctionnalités aujourd'hui non couvert ?

La fluidification de la communication entre tous les acteurs est un enjeu incontournable pour optimiser la prise en charge des patients. Le monde connecté est une évolution dont il faut se saisir intelligemment. L'acceptation d'un changement de pratique doit être accompagnée par le biais d'ateliers ou de réunions de formation et d'information. Ainsi, les points forts d'un tel outil peuvent permettre aux PS d'adhérer plus naturellement à l'utilisation d'un logiciel commun en aplanissant les aprioris et les craintes. Le passage à l'utilisation d'un outil répondant à toutes les normes légales dans les domaines des droits et liberté cumulés avec celui du secret professionnel est nécessaire. Actuellement de nombreux professionnels utilisent des moyens connectés non sécurisés. La prise de conscience d'une utilisation inadéquate de certaines applications pourra être un levier sur l'obligation d'adapter notre communication via « internet ».

La plateforme Entr'actes peut être un outil pertinent dans l'attente du développement du e-parcours. D'autres moyens mis à disposition comme le DMP, sont des supports à promouvoir par la CPTS DPV.

2) ORGANISATION DE LA CPTS

a) Les professionnels de santé membres de la CPTS liste mise en annexe 3

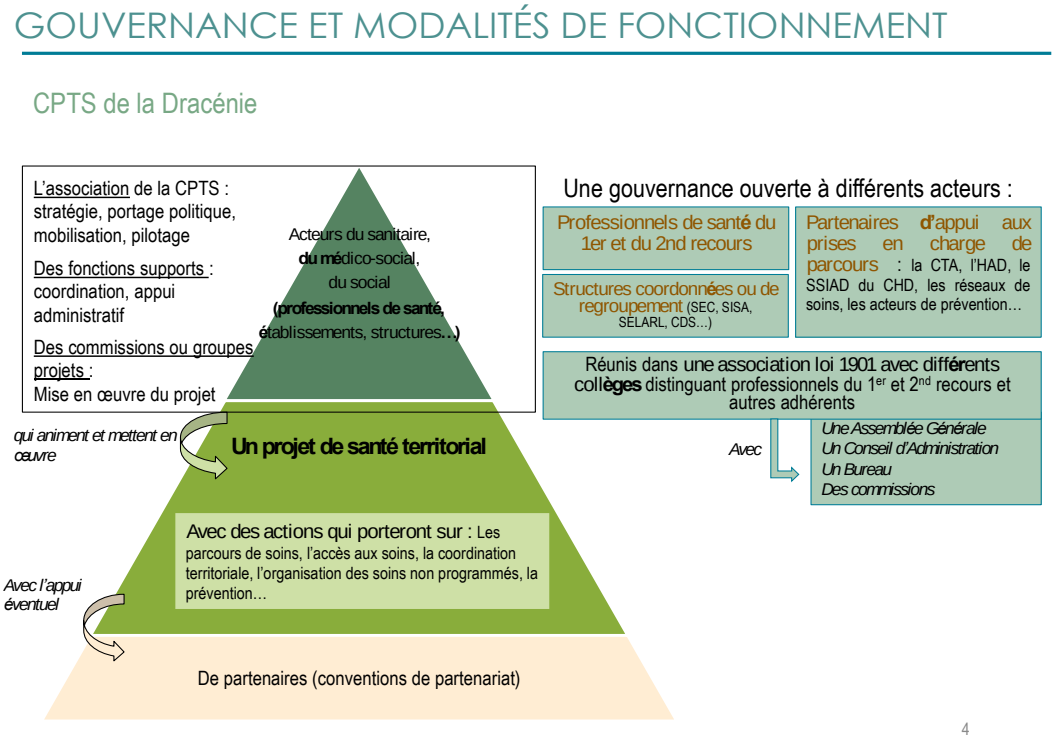
La liste des membres de la CPTS avec leurs statuts - professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, centres de santé, établissements services de santé et services sociaux, etc. Les statuts prévoient 3 collèges qui sont référencés comme suit :

- Collège 1 : personnes physiques de 7 administrateurs adhérents professionnels de santé en activité libérale (pas de catégorie professionnelle)
- Collège 2 : personnes morales de 1 administrateur d'exercices coordonnés adhérent à l'association
- Collège 3 : personnes morales de 2 administrateurs représentants structures sanitaires, médico-sociales et sociales adhérents à l'association.

La dynamique de la CPTS est inclusive, c'est-à-dire que celle-ci est ouverte à toutes les catégories de professionnels de santé. Cette exigence est reflétée par ses statuts et sa méthode d'élaboration du projet de santé : **il s'agit d'un critère important de validation du projet de santé.**

Profession	Nombre de professionnels ayant adhéré à la CPTS	Nombre de professionnels participant à la gouvernance	Nombre de professionnels ayant participé à l'élaboration du projet de santé
Médecins généralistes	9	1	5
Médecins spécialistes	1	0	0
Infirmiers	82	6	20
Pharmaciens	8	2	3
Masseurs kinésithérapeutes	1		
Biologistes	1	1	1
Sages-femmes	0	0	0
Orthophonistes	2	0	0
Orthoptistes	0	0	0
Dentistes	0	0	0
Pédicures-Podologues	4	1	1
Autres (précisez)			

b) Description de l'organisation de la gouvernance du projet (document ACSANTIS) : bureau, conseil d'administration… (statuts en annexe1)



L'association a défini son mode de fonctionnement à travers ses statuts et son règlement intérieur. Les membres du bureau sont actuellement les membres fondateurs de l'association. Le conseil d'administration est composé des membres fondateurs et des adhérents issus du milieu professionnel libéral. En mai 2021, il sera élu un nouveau bureau et un nouveau CA intégrant les partenaires et les usagers selon la définition des statuts. Une assemblée générale est organisée annuellement à minima. Le poste de coordination est actuellement à mi-temps depuis juillet 2020 et passera à 1 ETP dès la signature de la convention tripartite pour la mise en œuvre du projet de santé (projection 2021).

c) Système d'information Quels sont les systèmes d'information actuellement utilisés par les membres de la CPTS pour communiquer entre eux ? Le projet induit-il un besoin de partage et/ou fonctionnalités qui seraient nécessaires pour la mise en œuvre du projet ?

Le système d'information est actuellement basé sur un fonctionnement minime au regard du budget alloué à cette affectation. A ce jour, un site internet dédié à l'association est créé : http://cptsdracenie.fr/.
Chaque représentant de l'association possède une adresse mail sécurisé par un hébergeur répondant à la réglementation RGPD.

Le travail de groupe s'appuie sur des outils gratuits comme « Google drive », « WhatsApp », « one drive ». Étant donné que ce travail n'implique pas l'exposition de données personnelles de patients mais actuellement que d'une analyse globale de l'offre de soins, il n'y a pas de nécessité d'être dans un système d'information très sécurisé.

Cependant pour la mise en œuvre du projet de santé, il est évidant que cela devra évoluer pour répondre aux besoins et attentes de la population, des professionnels et de l'association tout en respectant le cadre législatif.

Concernant le site internet, l'association souhaite se tourner vers un prestataire spécialisé dans la gestion de page web afin que sa lecture soit adaptée à tous (selon handicap par exemple), et que certains accès ne soient ouverts qu'aux adhérents/professionnels/partenaires. Sa mise en page et son accessibilité web sont importantes pour représenter l'association dans son environnement.

L'association devra faire un investissement dans le matériel informatique et son réseau. La multiligne téléphonique ? Ordinateurs, SSI (système sécurité incendie).…

Un point dans le projet de santé concerne la mise en œuvre d'un logiciel de partage des données de santé entre professionnels voire la création d'une application destinée aux professionnels de santé, acteurs du sanitaire et partenaires pour améliorer l'accessibilité à une prise en charge (*entr'actes*)

d) Dynamique d'inclusion et d'ouverture de la CPTS

Quelles ont été les actions mises en place à destination des professionnels du territoire pour les informer du projet ? Combien de professionnels ont participé/été touchés par ces actions ? Les outils numériques éventuels déployés par la CPTS sont-ils ouverts à tous, sans exclusion de statut juridique ou professionnel ?

L'association a commencé les rencontres en présentiel dès le début du projet. Des groupes de travail ont été conduits pour coconstruire le projet de santé et créer la projection de travail de la CPTS. En période de crise épidémiologique, les grandes réunions sont évitées dans les lieux où la promiscuité à la circulation virale est trop importante mais des temps d'échanges en présentiel sont maintenus lorsque les mesures barrières peuvent être respectées. Actuellement, les supports en visioconférence[2] ou téléphoniques sont les principaux moyens de communication. Concernant la communication écrite, les mails et réseaux sociaux sont des alliés pour transmettre certaines informations aux professionnels, partenaires et usagers.

Le site internet est accessible à tous ainsi que sur les réseaux sociaux.

Lors du confinement du mois de mars, la CPTS DPV s'est rapproché du journal local (« Var Matin ») ainsi que la chaine TV « Canal Draguignan » pour communiquer avec la population, les professionnels et les partenaires.

Pour la mise en œuvre du projet, d'autres supports techniques sont proposés pour améliorer l'inclusion, inscrire la CPTS dans son territoire comme acteur stratégique dans l'offre sanitaire de notre territoire.

e) Liste des services / établissements partenaires de la CPTS

Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions projetées sont partie prenante au projet de santé. **La participation de ces acteurs-clé est un critère de validation du projet de santé.**

Voici les acteurs rencontrés et intégrant les initiatives de la CPTS. Les autres acteurs sont décrits dans le diagnostic (mis en annexe 2)

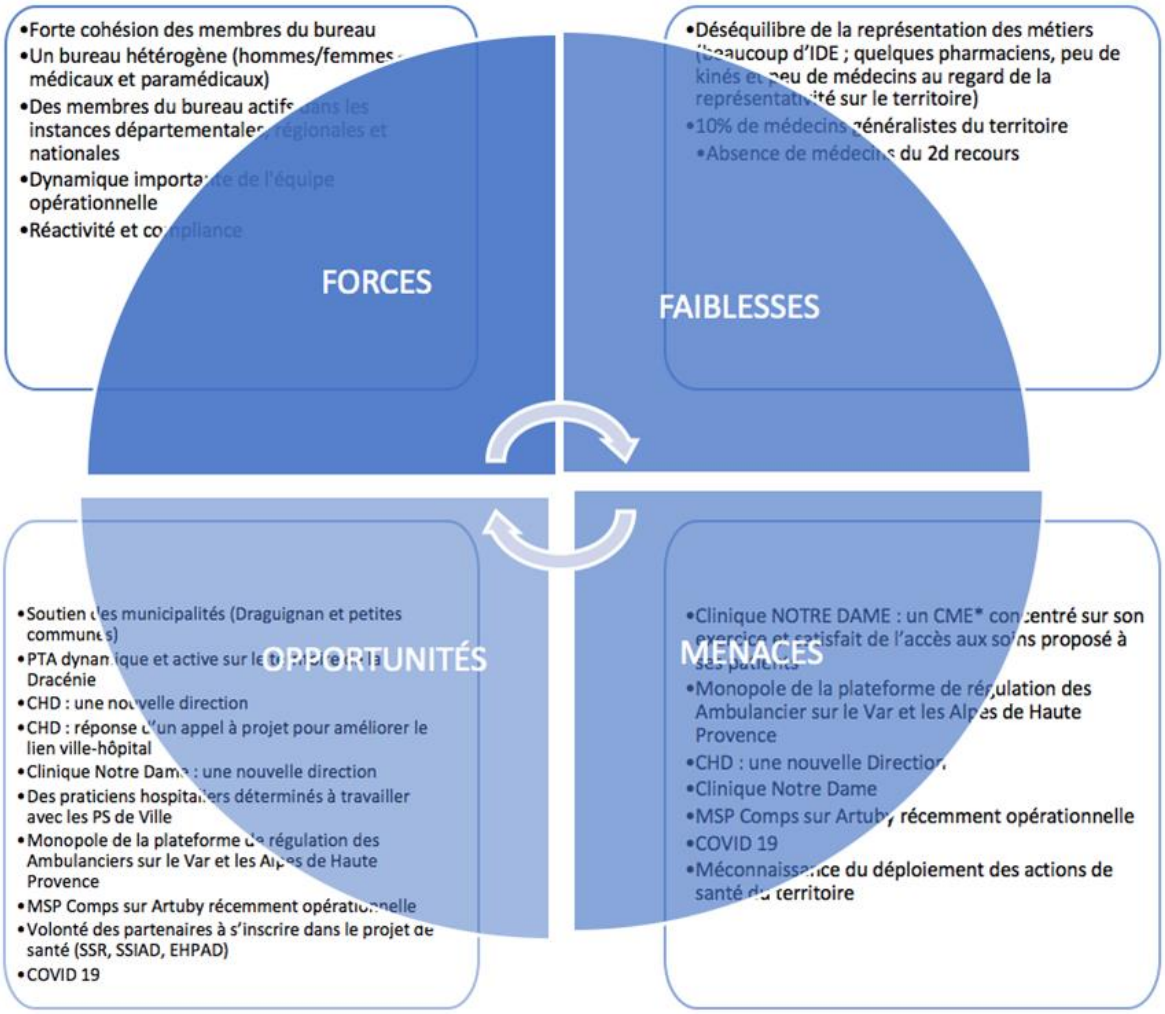
[2] Support Zoom contracté

Service / Établissement	Nom du représentant	Localisation	Partenariat formalisé (Oui/non)	Participation à la gouvernance (oui/non)
CH Dracénie	Mme Chassain	Draguignan	Oui	Vote en 2021
Polyclinique notre dame	M. Esmingeaud Etienne	Draguignan	En cours	
Ehpad du Bessillon	Directeur	Draguignan	En cours	
Ehpad callas		Callas	En cours	
Ehpad la pierre de la fée	IDEC	Draguignan	En cours	
Ehpad Bouen Seren	Directeur	Bargemon	En cours	
Ehpad tonus et vitamines	Directruce	Draguignan	En cours	
Ehpad le Malmont	Direction	Draguignan	En cours	
Ehpad le pré de la roque	Cadre médecin coordinateur	Figanières	En cours	
Ehpad les clématites		Vidauban	En cours	
Ehpad les milles soleils		Au Muy	En cours	
Ehpad notre dame des anges		Lorgues	En cours	
Ehpad Saint François		Lorgues	En cours	
Ehpad la source		Salernes	En cours	
SSR Callas	Dirigeance	Callas	En cours	
SSR Figanières	Dirigeance	Figanières	En cours	
SSR Draguignan	Dirigeance	Draguignan	En cours	
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA		Draguignan	En cours	
SSIAD		Du secteur	Non	
Autres partenaires prévus dans les rencontres futures selon le projet de santé à déployer				

Nous sommes en train de programmer toutes les rencontres avec les différentes structures selon leur offre de service. Nous travaillons sur une présentation de notre action avec les différentes municipalités que compose le territoire de la CPTS DPV.

Un travail collectif sur la communication est d'ores et déjà en cours avec une réunion fixée pour mi-janvier 2021.

f) Synthèse des forces, faiblesses, menaces et opportunités de la CPTS DPV



3) CONTENU DU PROJET DE LA CPTS

a) Les missions de la CPTS

<table>
<tr><th>Missions</th><th colspan="2">Description synthétique des objectifs attendus à court et moyen terme</th></tr>
<tr><td colspan="3">MISSIONS SOCLES (OBLIGATOIRES)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Améliorer l’accès aux soins : faciliter l’accès au médecin traitant</td><td>Objectifs généraux et spécifiques</td><td>Public</td></tr>
<tr><td>Faciliter l’accès à un médecin traitant.
Structurer une organisation de prise en charge des patients sans médecin traitant.
Informer les MG de l’existence de la CPTS
Anticiper les fins d’activités médicales libérales avec une réorientation des patients
Sensibiliser la population sur le rôle des médecins traitants</td><td>La population générale et en particulier les patients en ALD, les plus de 70 ans, les personnes bénéficiant de la C2S</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Améliorer l’accès aux soins non programmés</td><td>Objectifs généraux et spécifiques</td><td>Public</td></tr>
<tr><td>Objectif général : améliorer la prise en charge des SNP en ville le jour même ou dans les 24h de la demande d'un patient en situation d'urgence non vitale.
Proposer des consultations de soins non programmés dans les 24h
Maintenir l’existant et développer des plages d’accueil des soins non programmés par les médecins généralistes.
Recenser l’offre existante des SNP chez les spécialistes et la développer.
Identifier les organisations déjà existantes y compris pour le 1er recours conformément au besoin identifié dans le diagnostic et les carences pour définir les solutions d'organisation à mettre en place en fonction des besoins identifiés > cf diagnostic territorial.
Inciter l’utilisation de la télémédecine et de téléexpertise.</td><td>La population</td></tr>
</table>

Améliorer le parcours de la personne âgée	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	• *Garantir la continuité et la fluidité des soins* • *Améliorer la prise en charge et le suivi du patient âgé de plus de 75 ans.* • *Contribuer à l'information sur les aides existantes destinées aux personnes âgées et aux aidants (aides sociales, financières, soutien psychologique...).* • *Fluidifier le parcours de la personne âgée en améliorant l'accessibilité à l'offre de soins dédiée.* • *Promouvoir le maintien à domicile.* • *Relayer les actions menées par le DAC, SEC, PLS.*	La population de plus de 75 ans
Créer un parcours « Covid »	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	• *Organiser l'offre sanitaire pour que la population ait accès aux soins à tout moment.* • *Définir un programme d'actions en cas de crise épidémiologique avec des phasages* • *Anticiper les besoins en matériel* • *Définir une stratégie de communication* *Apporter un soutien aux professionnels*	La population les Professionnels de santé et les différents acteurs du territoire
Développer des actions territoriales de prévention	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	1. Maladies cardio-vasculaires : • *Prévenir (prévention primaire et prévention secondaire) les maladies cardio-vasculaires* • *Décliner au niveau local les campagnes et plans nationaux en lien avec les ressources du territoire* • *Soutien aux SEC et à la PND dans les actions déployées*	La population

	• *Promouvoir l'autosurveillance.*	
Développer des actions territoriales de prévention	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	2. Vaccination « gardasil »: • *Améliorer la couverture vaccinale* • *Réduire l'écart entre le taux de vaccination de la région et du territoire* • *Promouvoir les vaccinations obligatoires et non obligatoires* *Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, conformément à l'analyse du diagnostic territorial et compte tenu du nombre de sages-femmes adhérentes à la CPTS, cette dernière relaiera les campagnes nationales institutionnelles. Pour le cancer colorectal, la CPTS fera de même auprès des médecins généralistes adhérents.* ***3. Addictions aux écrans chez les jeunes de moins de 35 ans :*** • *Prévenir et identifier les addictions aux écrans* • *Décliner au niveau local les campagnes et plans nationaux en lien avec les ressources du territoire.* • *Soutenir le CSAPA dans les actions déployées.* • *Sensibiliser les établissements scolaires, les « associations jeunesse et éducation populaire » sur le territoire.*	La population
MISSIONS COMPLEMENTAIRES ET OPTIONNELLES		
Amélioration de la qualité et pertinence des soins pour les infections urinaires	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	• *Améliorer la qualité et l'efficience des prises en charge* • *Actualiser et parfaire les connaissances et les compétences*	Les professionnels de santé

	• *Relayer les avancées en termes de pratiques, de recommandations, de connaissances scientifiques ainsi que les évolutions des politiques publiques*	
Favoriser l'attractivité du territoire	***Objectifs généraux et spécifiques***	***Public***
	• *Favoriser les nouvelles installations* • *Proposer un accompagnement des professionnels de santé à la prévention de l'épuisement professionnel.* • *Améliorer les conditions d'exercice des PS.* • *Faire face au défi de la démographie médicale.* • *Déployer une démarche QVT dans l'exercice libéral sous la même forme qu'en entreprise.* • *Accompagner et promouvoir l'exercice coordonné.*	Les professionnels de santé

b) Le cas échéant, détaillez les actions de télémédecine envisagées dans votre projet

La CPTS DPV envisage la mise en place d'un outil commun partageant les données médicales en respectant la réglementation RGPD. Cet outil aura la fonctionnalité de la télémédecine. La CPTS jouera donc un rôle dans l'accompagnement de l'utilisation de ce moyen informatique. La télémédecine a été un moyen indispensable lors de la crise « Covid » et a démontré tout l'intérêt d'adopter ces nouvelles formes de consultation (absence de rupture du parcours en santé) tout en répondant au cadre légal en vigueur.

La CPTS s'oriente actuellement sur un logiciel reprenant les fonctionnalités de télémédecine, de partage de dossier DMP, de messagerie sécurisée, de partage de protocoles, et de suivi par des statistiques.
Le partenariat avec d'autres structures médicales et d'exercices coordonnés permettra de développer cette télémédecine ainsi que la téléexpertise. Actuellement la clinique Notre Dame construit un projet de téléexpertise qui sera complémentaire de celui de la CPTS. La mise en œuvre de la plateforme e-parcours est attendue pour déployer une stratégie dans le système d'information.

D'ores et déjà, grâce à la plateforme mise à disposition par l'ARS, TEMEDEV, la télé-expertise dans le domaine des plaies et cicatrisation avec le Dr Sannajust a pu être organisée depuis le début de la crise « Covid ». Ce déploiement doit persister dans le temps et être un outil de téléexpertise accessible à tous.

c) Quelles sont les actions envisagées par les acteurs impliqués pour mener à bien les actions ?

Dans l'objectif d'avoir une conduite stratégique du développement des actions envisagées par la CPTS DPV, vous trouverez une planification des actions et les interlocuteurs responsables de leur déploiement dans l'annexe 3.

ANNEXE

Annexe 1 : statuts CPTS DPV

Association Loi 1901
Enregistrée à la Préfecture de Toulon W831011037

STATUTS A JOUR AU 30 juin 2020

SOMMAIRE

Préambule ..... 3+30
Article 1 : Constitution de l'association ..... 3+30
Article 2 : Dénomination de l'association 3
Article 3 : Objet de l'association 3
Article 4 : Siège social et limites géographiques 4
Article 5 : Durée de l'association 4
Article 6 : Membres de l'association 4
Article 7 : Perte de la qualité de membre 5
Article 8 : Cotisation 6
Article 9 : Assemblée générale 6
Article 10 : Pouvoir propre de l'Assemblée générale 7
Article 10.1 : Assemblée générale ordinaire 7
Article 10.2 : Assemblée générale extraordinaire 7
Article 11 : Conseil d'administration (CA) 8
Article 11.1 : Composition du conseil d'administration 8
Article 11.2 : Réunions du conseil d'administration 9
Article 11.3 : Décisions extraordinaires 9
Article 12 : Pouvoirs propres du conseil d'administration 9
Article 12.1 : Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet associatif 10
Article 12.2 : Gestion budgétaire, financière et comptable 10
Article 12.3 : Gestion et animation des ressources humaines 10
Article 12.4 : Coordination avec les institutions et les partenaires extérieurs 10
Article 13 : Bureau de l'association 10
Article 14 : Pouvoirs propres au bureau 12
Article 14.1 : Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet associatif 12
Article 14.2 : Gestion budgétaire, financière et comptable 12
Article 14.3 : Gestion et animation des ressources humaines 12
Article 14.4 : Relation avec les institutions et les intervenants extérieurs 12
Article 15 : Pouvoir du Président 12

Article 16 : Rôle du Vice-Président 13
Article 17 : Rôle du secrétaire 13
Article 18 : Rôle du trésorier 13
Article 19 : Ressources 13
Article 20 : Exercice social 14
Article 21 : Comptabilité et comptes annuels 14
Article 22 : Commissaire aux comptes 14
Article 23 : Règlement intérieur 14
Article 24 : Modification des statuts 14
Article 25 : Dissolution 15
Article 26 : Contestations 15
Article 27 : Formalités 15

PREAMBULE

Afin de répondre aux dispositions de l'art. L1411-11 du Code de la Santé Publique et de l'art. 64 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation du système de santé, prévoyant la création d'équipes de soins primaires constituées de professionnels de santé agissant autour de médecins généralistes de premier recours, sur la base d'un projet de santé, la présente association a pour objectif de réunir les professionnels de santé souhaitant promouvoir les soins primaires de proximité et améliorer l'organisation des parcours de soins des patients.

Afin d'assurer une meilleure coordination des actions, les professionnels de santé pourront recourir à la constitution de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé composées elles-mêmes de professionnels de santé regroupés, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires assurant des soins de premier ou deuxième recours (Art. 65 de la loi du 26 janvier 2016).

ARTICLE 1 : CONSTITUTION DE L'ASSOCIATION

Il est fondé entre adhérents aux présents statuts, une association régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901, ayant pour titre : communauté professionnelle territoriale de santé Dracénie Provence Verdon (CPTS Dracénie Provence Verdon).

ARTICLE 2 : DENOMINATION DE L'ASSOCIATION

L'Association a pour dénomination « Communauté professionnelle territoriale de Santé Dracénie Provence Verdon – CPTS Dracénie Provence Verdon » - Cette association fonctionne en tant que Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) conformément aux instructions ministérielles et dans le cadre du plan de santé régional de l'Agence Régional de Santé.

Au cours de la vie sociale de l'Association, l'Assemblée Générale – en respectant les modalités de vote visées au sein des présents statuts – pourra modifier la dénomination de l'Association. En application des dispositions de l'article 5 de la loi du 1er juillet 1901, l'Association a l'obligation légale de faire connaître, par une déclaration modificatrice, toutes les modifications apportées aux statuts et ce, dans un délai de 3 mois à compter de la décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 3 : OBJET DE L'ASSOCIATION

Cette association a pour but de :

- Permettre à la population un accès à des soins de qualité et de proximité ;
- Améliorer la coordination des soins et mutualiser les moyens dans cette perspective ;
- Favoriser les relations interprofessionnelles entre acteurs de la CPTS ;
- Favoriser une formation professionnelle indépendante sur le territoire et adaptée aux pratiques et aux recommandations en vigueur ;
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé et prévenir toute forme d'épuisement professionnel pour maintenir une offre de soins pérenne ;
- Développer et soutenir des initiatives locales contribuant au bien des patients (prévention, éducation thérapeutique, dépistage, éducation et promotion de la santé) et des professionnels de santé ;
- Représenter les acteurs de santé de la CPTS et constituer une force de proposition auprès des pouvoirs publics, des institutions et des collectivités ;
- Défendre et favoriser l'exercice libéral des acteurs de santé du territoire ;

- Gérer les subventions attribuées pour la conception, la réalisation et la mise en œuvre des projets portés par la CPTS ;
- Favoriser et faciliter la concertation et la communication entre les professionnels de santé entre autres par le développement d'outils adaptés ;
- Evaluer les actions conduites par la CPTS Dracénie Provence Verdon ;
- Pourvoir au financement du dispositif CPTS.

Et, plus généralement, toutes opérations, de quelque nature qu'elles soient, se rattachant directement ou indirectement à l'objet sus-indiqué ou à tous autres objets similaires ou connexes, de nature à favoriser le but poursuivi par l'association, son extension ou son développement.
Au jour de la création de l'Association, son objet et ses moyens d'action n'impliquent aucune activité économique au sens des dispositions de l'article L.442-7 du Code de commerce.

ARTICLE 4 : SIEGE SOCIAL ET LIMITES GEOGRAPHIQUES

Le siège social est fixé au : 42, place Jean PIQUEMAL, 83300 DRAGUIGNAN

Il pourra être transféré en tout lieu de la même ville ou du même territoire de santé en vertu d'une simple décision du bureau. En revanche, le transfert du siège social de l'Association en dehors des limites précitées implique une décision collective en Assemblée Générale.

La CPTS Dracénie Provence Verdon comprend les communes de Draguignan, Vidauban, Le Muy, Lorgues, les Arcs, Trans-en-Provence, Flayosc, Salernes, La Motte, Figanières, Callas, Taradeau, Montferrat, Villecroze, Bargemon, Ampus, Sillans-la-Cascade, Saint Antonin du Var, Claviers, Tourtour, Châteaudouble, Comps sur Artuby La Roque-Esclapon, Bargème, La Bastide. Ce territoire pourra être modifié à la suite d'une décision collective prise en Assemblée Générale.

Toutefois, l'aire d'influence de la Communauté n'est pas soumise aux strictes limites administratives pour éviter l'effet frontière avec d'autres futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

ARTICLE 5 : DUREE DE L'ASSOCIATION

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 6 : MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Sont **membres actifs** ceux qui ont pris l'engagement de verser annuellement une cotisation dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale.

Sont **membres de droit** les personnes de droit public (collectivités territoriales, institutions de l'Etat, etc.) qui en font la demande. Ils peuvent être exemptés de verser une cotisation et participent à l'assemblée générale avec voix consultative. Ils ne peuvent pas être élus aux instances statutaires de l'association.

Sont **membres d'honneur** les personnes physiques ayant rendu service à l'association et que cette dernière veut honorer. Ils sont exemptés de verser une cotisation et participent à l'assemblée générale avec voix consultative. Ils ne peuvent pas être élus aux instances statutaires de l'association.

Pourront être adhérents de l'association toute personne physique ou morale partageant les valeurs de l'association et remplissant les conditions ci-dessous :

En tant que personne physique :

- Les professionnels de santé non-salariés ou indépendants (au sens du Code de la Santé Publique) en activité sur le territoire des communes concernées
- Les autres professionnels de santé (hors Code de la Santé Publique) en activité sur le territoire des communes concernées, au cas par cas

En tant que personne morale :

- Les structures juridiques de mise en commun de moyen, d'exercice (SISA, SCM, Centre de santé, SEL…) intervenant sur le territoire de la CPTS et représentées par un professionnel de santé en exercice.
- Les établissements ou structures sanitaires, médico-sociales, sociales (CH, HAD, SSIAD, CLIC, Maia, réseaux…), les associations et collectivités intervenant sur le territoire de la CPTS et représentées par leur représentant légal ou un mandataire de celui-ci.

Par ailleurs, pour bénéficier de la qualité de membres, il convient de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Être agréé par le Bureau de l'Association à la majorité des 2/3. La décision en la matière est discrétionnaire et n'a pas à être motivée ;
- Être engagé dans le développement de l'objet social de l'Association ;
- Être à jour de cotisation et s'en acquitter de façon annuelle.

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, les personnes physiques suivantes disposent de la qualité de membres fondateurs :

- Marion JOLY
- Olivier PIRIOU
- Hendrik ROUVIER
- Laurent SCHLEGEL
- Franck VARIO
- Magali COURTOIS
- Catherine PICARD
- Carole DHIEUX

Seuls les membres à jour de leur cotisation disposent d'une voix à l'assemblée générale.

ARTICLE 7 : PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- En cas de décès ;
- En cas de dissolution, pour quelque cause que ce soit, des personnes morales, ou leur liquidation judiciaire ;
- En cas de démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président de l'Association ;
- Pour les personnes physiques, professionnels de santé au sens du Code de la Santé Publique, en cas de perte de cette qualité telle que reconnue par le Code de Santé Publique ;
- En cas de non-paiement de la cotisation depuis plus de 2 ans sur simple décision du Conseil d'Administration ;

- En cas de radiation prononcée par un vote du Conseil d'Administration. Aucune décision de radiation ne peut être prise si l'adhérent intéressé n'a pas été convoqué au Conseil d'administration au moins 15 jours avant la date prévue par lettre recommandée avec accusé de réception, et s'il n'a pas été mis à même de présenter sa défense sur les faits qui luis sont reprochés. Les motifs graves peuvent être : non-respect du code de déontologie, compérage, captation de patientèle, propos diffamatoires... La décision est prise par le Conseil d'Administration dans les conditions prévues pour les décisions exceptionnelles. La décision est notifiée à l'adhérent sous huitaine par lettre recommandée avec avis de réception. Elle n'est pas susceptible d'appel.

L'Assemblée Générale Ordinaire peut également décider de la suspension temporaire d'un membre. Cette décision implique la perte de la qualité de membre et du droit de participer à la vie sociale pendant toute la durée de la suspension.

ARTICLE 8 : COTISATION

Les membres paient une cotisation dont le montant et les modalités de paiement sont déterminés annuellement par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 9 : ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale se compose de l'ensemble des membres de l'association tels que définis à l'article 6 des présents statuts.

L'Assemblée générale se réunira au moins une fois par an, et plus si nécessaire, sur convocation du Président. Les convocations seront transmises par voie électronique ou par courrier postal avec accusé de réception au moins 15 jours avant la tenue de ladite assemblée, l'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Chaque adhérent, personnes physiques ou morales, bénéficie d'une seule voix lors des décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire et/ou Extraordinaire. Chaque adhérent peut déléguer à un autre adhérent de l'Association – par voie de mandat écrit – la faculté de le représenter lors des prises de décisions collectives de l'Association.

Chaque adhérent peut bénéficier de trois délégations (mandat écrit ou pouvoir) en vue de représenter d'autres adhérents lors des délibérations et votes en Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Il est tenu un procès-verbal des séances de l'Assemblée Générale et tenu au siège social de l'Association. Les procès-verbaux sont signés du Président et d'un membre de l'association. Chaque membre de l'Association peut prendre connaissance des procès-verbaux au siège de l'Association.

Les partenaires de l'Association peuvent participer à l'Assemblée Générale sur invitation du Bureau, sans disposer de voix délibérative.

ARTICLE 10 : POUVOIR PROPRE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 10.1 : Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire :

- Définit les grandes lignes de l'activité de l 'Association ;
- Vote les rapports moraux et financiers ;
- Élit les membres du Conseil d'administration ;
- Définit le territoire de la CPTS ;
- Vote l'autorisation d'indemniser les membres du Bureau conformément à la règlementation en vigueur.

L'Assemblée générale ordinaire ne peut délibérer valablement que si la majorité absolue de ses membres adhérents à jour de leur cotisation sont présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, l'Assemblée générale ordinaire se réunit 30 minutes plus tard et cette fois peut valablement délibérer, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Toutes les décisions sont prises à main levée et sauf opposition exprimée par l'un des adhérents.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des membres présents ou représentés, sauf pour le vote concernant l'indemnisation des membres du Bureau qui doit se faire à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

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

Article 10.2 : Assemblée générale extraordinaire

A la demande du Président, ou de la moitié plus un des membres inscrits, une convocation à une Assemblée générale extraordinaire est possible. Les convocations sont transmises par voie électronique ou par courrier postal avec accusé de réception 15 jours avant la tenue de ladite réunion.

L'Assemblée générale extraordinaire est la seule compétente pour délibérer de la modification des statuts, la cessation de l'activité ou la dévolution totale ou partielle du patrimoine.

L'Assemblée générale extraordinaire ne peut délibérer valablement que si la moitié de ses membres adhérents sont présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, l'Assemblée générale extraordinaire est convoquée dans le mois qui suit et le quorum devra être respecté.

Toutes les décisions sont prises à main levée et sauf opposition exprimée par l'un des adhérents.

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

ARTICLE 11 : CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA)

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 10 membres adhérents, élus par l'Assemblée Générale.

Article 11.1 : Composition du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration de l'association est organisé sous forme de 3 collèges, composés en référence à l'article 6 des présents statuts :

Collège 1 des personnes physiques :

- Ce collège est composé de 7 administrateurs adhérents en tant que professionnels de santé en activité sur le territoire des communes concernées
- Il comprend impérativement au moins 3 membres fondateurs tels que définis à l'article 6, tant que ceux-ci sont encore adhérents de l'Association.

Collège 2 des personnes morales représentant les structures juridiques de mise en commun de moyen, d'exercice des professionnels de santé

- Ce collège est composé de 1 administrateurs représentants les personnes morales adhérentes en tant que structures juridiques de mise en commun de moyen, d'exercice (SISA, SCM, Centre de santé, SEL…) intervenant sur le territoire de la CPTS

Collège 3 des personnes morales représentant les établissements ou structures sanitaires, médico-sociales, sociales, les associations et collectivités :

- Ce collège est composé de 2 administrateurs représentant les personnes morales adhérentes en tant que établissements ou structures sanitaires, médico-sociales, sociales (CH, HAD, SSIAD, CLIC, Maia, réseaux…), les associations et collectivités intervenant sur le territoire de la CPTS

En cas de carence totale ou partielle d'un des collèges 2 et 3, faute d'adhérents, les postes d'administrateurs non pourvus le sont par des adhérents du collège 1.

Les membres du C.A. sont élus pour 3 ans et les membres sortants sont rééligibles. En cas de démission d'un administrateur, un nouvel administrateur est nommé par cooptation du Conseil d'administration.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites et bénévoles. Seuls les frais occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés sur justificatifs. Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale ordinaire présente, par bénéficiaire, les remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.

Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre toute commission ou toute personne qui, du fait de ses compétences, est utile à son action. Seuls les administrateurs élus ont une voix délibérative.

Article 11.2 : Réunions du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président ou sur la demande du quart de ses membres, et au moins deux fois par an. Les convocations seront transmises par voie électronique ou par courrier postal avec accusé de réception au moins 7 jours avant la tenue de ladite réunion, l'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Ses décisions sont valables à la condition que la majorité absolue des administrateurs, dont le Président, soient présents. Chaque administrateur peut représenter un autre administrateur, s'il est muni d'un pouvoir spécial à cet effet.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Toute décision du Conseil d'Administration fait l'objet d'un procès-verbal ; celui-ci doit être revêtu de la signature du Président et d'un membre du Conseil d'Administration. Les procès-verbaux sont tenus au siège de l'Association.

Le Conseil d'Administration rend compte de sa gestion à l'Assemblée Générale annuelle de ses membres.

Article 11.3 : Décisions extraordinaires

En vue de décisions extraordinaire, le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président. Les convocations seront transmises par voie électronique ou par courrier postal avec accusé de réception au moins 15 jours avant la tenue de ladite réunion. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Ses décisions sont valables à la condition que la majorité absolue des administrateurs, dont le Président, soient présents. Chaque administrateur peut représenter un autre administrateur, s'il est muni d'un pouvoir spécial à cet effet.

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des administrateurs présents ou représentés lorsqu'elles visent à :

- Élire les membres du Bureau
- Proposer des modifications de statuts
- Prononcer la radiation d'un membre

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

ARTICLE 12 : POUVOIRS PROPRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs pour prendre toutes les décisions qui ne sont pas réservées à l'Assemblée Générale. Il statue sur toutes les demandes de radiation des membres de l'Association.

Il fixe l'ordre du jour des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires.

Il élit les membres du Bureau parmi ses membres, à bulletin secret.

Article 12.1 : Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet associatif

Le Conseil d'Administration :

- Élit le Bureau
- Supervise la gestion quotidienne de l'Association par le Bureau
- Approuve le règlement intérieur
- Fixe l'ordre du jour des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires
- Peut proposer les orientations stratégiques de la CPTS
- Peut proposer des modifications de statuts, pour validation en AG extraordinaire
- Participe à certains projets par l'intermédiaire d'administrateurs délégués à cet effet
- Valide les orientations stratégiques, la politique et les orientations, en termes de missions, de service et de financement
- Veille à la mise en œuvre des missions de la CPTS

Article 12.2 : Gestion budgétaire, financière et comptable

Le Conseil d'Administration :

- Fixe les orientations budgétaires et approuve le budget de la CPTS
- Arrête les comptes de l'exercice clos
- Établie le rapport moral et financier ainsi que l'affectation des excédents ou des déficits dans l'Assemblée générale
- Vote le budget de l'exercice suivant
- Identifie les priorités en termes de recherche de financement (si besoin)
- Prend les décisions permettant l'acquisition ou l'aliénation de valeurs mobilières et d'actifs immobiliers pour la réalisation de l'objet social, contracter les emprunts et, d'une manière générale, prendre toutes les dispositions à caractère financier, à charge pour lui d'en référer à l'Assemblée Générale

Article 12.3 : Gestion et animation des ressources humaines

Le Conseil d'Administration :

- Valide la politique en matière de ressources humaines proposée par le Bureau : création de poste, transformation de postes, suppression de poste.
- Rencontre annuellement les partenaires pour échanger sur les travaux en cours et la convention qui lie éventuellement ceux-ci à l'association.

Article 12.4 : Coordination avec les institutions et les partenaires extérieurs

Le Conseil d'Administration est informé de la politique de partenariat – dont les relations avec les tutelles – dont le Bureau a la charge. Les nouveaux partenariats sont validés à posteriori, à chaque tenue du Conseil d'Administration.

ARTICLE 13 : BUREAU DE L'ASSOCIATION

Le Bureau de l'Association est composé de :

- Un Président
- Un Vice-Président
- Un secrétaire
- Un secrétaire adjoint
- Un trésorier
- Un trésorier adjoint

Dans la phase de préfiguration du projet de CPTS, le Président de l'Association est un des membres fondateurs tels que définis à l'article 6 des présents statuts, tant que ceux-ci sont encore adhérents de l'Association.

A l'issue de la phase de préfiguration du projet de CPTS, close par une décision du Bureau, le poste de Président pourra être pourvu par tout adhérent représentant des professionnels de santé au sens du Code de la Santé Publique.

Les membres du Bureau sont élus pour 3 ans par le Conseil d'Administration, à la majorité absolue, et rééligibles. Les Président, secrétaire et trésorier sont obligatoirement choisis parmi les professionnels de santé au sens du Code de la Santé Publique exerçant sur le territoire (collège 1 des personnes physiques).

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire et au moins 4 fois par an à l'initiative et sur convocation du Président de l'Association. La convocation peut être faite par tous moyens, mais au moins 7 jours avant la date de séance. L'ordre du jour est établi par le Président de l'Association.

Le Bureau sera obligatoirement réuni en vue de la préparation de la convocation à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Le Bureau peut entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations. Il est tenu procès-verbal des réunions du Bureau.

Les procès-verbaux sont signés par le Président de l'Association et un autre membre du Bureau. Les procès-verbaux sont enregistrés sur le registre des délibérations et sont conservés au siège social de l'Association.

En cas de démission d'un membre du bureau, il est remplacé par un administrateur.

Les fonctions de membre du Bureau peuvent donner droit à une indemnisation, conformément à la réglementation en vigueur, sous réserve de l'autorisation donnée par vote en Assemblée Générale à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

Les frais occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés sur justificatifs Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale ordinaire présente, par bénéficiaire, le montant de l'indemnisation, et les montants des remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.

ARTICLE 14 : POUVOIRS PROPRES AU BUREAU

Article 14.1 : Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet associatif

Le Bureau met en œuvre la politique votée par l'Assemblée Générale, en lien avec le Conseil d'Administration et les salariés de l'Association.

Le Bureau est chargé de préparer les décisions de l'Assemblée Générale (Ordinaire ou Extraordinaire). Le Bureau assure la gestion courante de l'association, et veille à la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée générale. A ce titre, le Bureau est investi des pouvoirs les plus étendus, pour gérer, diriger et administrer l'Association, sous réserve de ceux statutairement réservés aux Assemblées générales ou au Conseil d'Administration.

Article 14.2 : Gestion budgétaire, financière et comptable

Le Bureau propose les orientations budgétaires, élabore le budget de l'exercice suivant et rédige le rapport financier, pour validation auprès du CA et de l'Assemblée Générale de l'association.

Article 14.3 : Gestion et animation des ressources humaines

Le Bureau propose la politique en termes de ressources humaines. Il est responsable de la politique de ressources humaines : élaboration de fiches de poste, validation des recrutements, rupture des contrats des salariés, politique disciplinaire.

Le Président représente l'Association dans les contentieux en lien avec l'Inspection du travail.

Le Bureau recrute les salariés de l'Association.

Article 14.4 : Relation avec les institutions et les intervenants extérieurs

Le Bureau est responsable de la politique de développement et partenariat. Il valide tout nouveau partenariat débouchant sur une convention et en informe le Conseil d'Administration.

ARTICLE 15 : POUVOIR DU PRESIDENT

Le Président de l'Association est le représentant légal de celle-ci. Ses actes engagent l'Association à l'égard des tiers (banques, administrations, justice, autres associations, etc.). Il doit être majeur pour réaliser les actes de constitution, de modification ou de transmission du patrimoine de l'Association.

Le Président assure la gestion quotidienne de l'Association et la représente dans tous les actes de la vie civile, et notamment en justice.

Il ordonne les dépenses avec le Trésorier et dirige les travaux du Conseil d'Administration. Il peut s'entourer d'autant de conseillers qu'il jugera nécessaire pour l'intérêt de l'Association. Ces conseillers pourront être extérieurs à l'Association.

Le Président peut déléguer ses pouvoirs pour un objet déterminé et pour un temps déterminé.

Il peut conférer toute délégation de signature à toute personne de son choix pour toute mission qu'il détermine. Cette délégation peut être générale ou spéciale, temporaire ou permanente. Notamment, il peut conférer des pouvoirs spéciaux aux membres de l'Association, ou aux salariés, pour le fonctionnement des comptes bancaires ou de chèques postaux. Cependant, malgré la délégation totale ou partielle, le Président de l'Association demeure coresponsable des actes réalisés au nom de l'Association par ceux à qui il a délégué ses pouvoirs, et il en rend compte au Conseil d'Administration.

ARTICLE 16 : ROLE DU VICE-PRESIDENT

Le Vice-président a vocation à assister le Président de l'Association dans l'exercice de ses fonctions.

Il peut agir sur délégation du Président de l'Association et sous son contrôle. Il peut recevoir des attributions spécifiques, temporaires ou permanentes, définies par le Président de l'Association. Il remplace le Président de l'Association en cas d'empêchement, de démission ou de décès de celui- ci.

ARTICLE 17 : ROLE DU SECRETAIRE

Le Secrétaire, en collaboration avec le Président, veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'Association. Il établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux des réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

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

Il est assisté d'un secrétaire adjoint.

ARTICLE 18 : ROLE DU TRESORIER

Le Trésorier établit, ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association. Il procède à l'appel annuel des cotisations (si l'Association a souhaité les percevoir). Il établit un rapport financier, qu'il présente avec les comptes annuels à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Il peut, par délégation, et sous le contrôle du Président de l'Association, procéder au paiement des dépenses de fonctionnement courant inférieures à 5000 euros et d'investissement inférieures à 5000 euros et à l'encaissement des recettes.

Pour toute dépense de fonctionnement courant supérieure à 1000 euros et d'investissement supérieure à 5000 euros, le Trésorier procède au règlement après vote du Conseil d'Administration.

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, l'Assemblée Générale alloue chaque année un budget prévisionnel de dépenses. Le contrôle des dépenses de fonctionnement engagées par l'Association est effectué par le Trésorier et ce, sous le contrôle du Président de l'Association.

Il est assisté par le vice-trésorier.

ARTICLE 19 : RESSOURCES

Les ressources de l'association se composent :

- Des cotisations de ses membres dont le montant est fixé annuellement par le Conseil d'Administration,
- Des sommes et subventions perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association,
- Des financements et/ou subventions éventuelles (dont subventions de l'Etat et des collectivités publiques), dons, legs ou tout produit financier conforme à la législation et n'aliénant pas l'autonomie de décision de l'Association ni de chaque professionnel individuellement ;
- D'apports en nature ou de la mise à disposition de biens, matériels ou ressources humaines de ses membres,
- De toutes ressources autorisées par la loi, la jurisprudence, et les réponses ministérielles.

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés en son nom.

ARTICLE 20 : EXERCICE SOCIAL

L'exercice social commence le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année civile.

A titre exceptionnel, le premier exercice social débutera à la date de l'enregistrement des statuts et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

ARTICLE 21 : COMPTABILITE ET COMPTES ANNUELS

Il est tenu une comptabilité selon les normes du plan comptable et faisant apparaître annuellement un bilan, un compte de résultat et, le cas échéant, une ou plusieurs annexes.

Les comptes annuels sont tenus à la disposition de tous les membres, avec le rapport de gestion, le rapport financier et le rapport du commissaire aux comptes, pendant les quinze jours précédant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

La comptabilité de l'Association fait l'objet d'un rapport annuel présenté à l'Assemblée Générale par le Trésorier de l'Association, après avis du Conseil d'Administration.

ARTICLE 22 : COMMISSAIRE AUX COMPTES

En tant que de besoin, le Bureau peut nommer – si nécessaire - un commissaire aux comptes titulaire, et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente, chaque année, à l'Assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

ARTICLE 23 : REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur est élaboré par le Bureau de l'Association qui peut le réviser ou l'adapter en tant que besoin. Il est approuvé par le Conseil d'Administration. Il précise et complète les dispositions statutaires relatives au fonctionnement de l'Association.

ARTICLE 24 : MODIFICATION DES STATUTS

Les statuts peuvent être modifiés par une assemblée générale extraordinaire, sur proposition écrite du Conseil d'Administration adressée avec la convocation à l'assemblée. Les votes sur les modifications de statuts sont acquis conformément aux dispositions de l'article 10.2 des présents statuts.

ARTICLE 25 : DISSOLUTION

La dissolution de l'Association peut être décidée à l'occasion d'une Assemblée Générale extraordinaire convoquée à cet effet par le Conseil d'Administration ou à la demande des deux tiers des membres à jour de leur cotisation. Les décisions sont prises conformément à l'article 10.2 des présents statuts.

En cas de dissolution, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. A la clôture des opérations de liquidation, elle se prononce sur la dévolution de l'actif net conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901. En aucun cas, les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer, en dehors de la reprise de leurs apports, une part quelconque des biens de l'Association.

En cas de dissolution, volontaire, statutaire, prononcée en justice ou par décret, les biens et actifs de l'Association seront reversés à une association dont l'objet social est similaire, sans but lucratif.

ARTICLE 26 : CONTESTATIONS

Toute action de contestation concernant l'Association est du ressort du Tribunal de Grande Instance du siège social de l'Association.

ARTICLE 27 : FORMALITES

Toutes modifications des statuts seront déclarées dans les trois mois à la Préfecture et seront inscrites sur le registre spécial prévu dans le cadre des dispositions légales.

A cet effet, le Président de l'Association remplira les formalités de déclarations et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

Fait à Draguignan, le 06/2020

En trois exemplaires originaux, dont deux exemplaires pour être déposés à la Préfecture de et un pour être conservé au siège de l'Association

ANNEXE 2

Annexe 2 : diagnostic

COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE DRACENIE PROVENCE VERDON

DIAGNOSTIC QUANTITATIF ET QUALITATIF

Contact Acsantis
Caroline BUREAU DU COLOMBIER
Consultante
+33 (0) 6 71 71 10 94
caroline.bureau-du-colombier@acsantis.com

SOMMAIRE

I. Contexte et historique 36

1. L'historique du projet 36
2. Le périmètre géographique de préfiguration 37
3. L'accompagnement de la préfiguration 39

II. Le territoire 42

1. Situation sociodémographique et socio-économique 43
   a. Évolution et structure de la population 43
   b. Population active, emploi et chômage 44
   c. Diplômes et formation 44
   d. Revenus et pauvreté des ménages 44
   e. Couples, familles, ménages 44
   f. En synthèse 45
2. État et besoins de santé de la population 45
   a. Indicateurs de mortalité et de morbidité 45
   b. Consommation et accès aux soins 48
3. Offre de soins et de santé 57
   a. L'offre de soins de premier recours 57
   b. Modalités d'exercice 62
4. Offre de second recours 62
   a. Les spécialistes libéraux 62
   b. Les établissements 63
5. Offre sociale et médico-sociale 64
6. Parcours de soins du territoire 66
7. Dynamiques du territoire 67

III. Annexes diag 70

A : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA 70

B : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA 71

C : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA 72

D : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA 73

E : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA 74

Contexte et historique

L'historique du projet

En 2019, quelques professionnels de santé de la commune de Draguignan (infirmiers principalement) inquiets de la réduction constante de l'offre de premier et de second recours, de l'augmentation des prises en charge complexes, du manque de fluidité dans les échanges d'information et de la méconnaissance des ressources existantes, décident de se mobiliser afin de travailler collectivement pour trouver des réponses à ces enjeux de santé et d'initier un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Le projet de créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est issu de la volonté commune de se constituer en réseau de proximité avec un maillage fort des soignants et d'accompagner de façon structurée les usagers du territoire dans leur parcours de santé.

La mobilisation s'est étendue progressivement à l'ensemble de la communauté des communes de la Dracénie.

Le 26 juin 2019, l'Association Communauté Professionnelle Territoriale de Santé DRACÉNIE PROVENCE VERDON a été créée avec comme objectifs :

- Formaliser un projet de santé au plus près des besoins du territoire et en adéquation avec le diagnostic local de santé de la Dracénie
- Renforcer l'offre de soins en facilitant l'accès au 1er et au second recours
- Structurer le parcours de soins des patients en coopération avec les acteurs du territoire
- Promouvoir les actions et dispositifs d'informations et de prévention pour répondre aux besoins en santé du territoire.

Le bureau de l'association, actuellement composé de 6 membres, est représentatif de la diversité des acteurs recherchés :

- Marion JOLY (présidente de l'association et infirmière à Draguignan),
- Olivier PIRIOU (vice-président de l'association et pharmacien à Draguignan),
- Laurent SCHLEGEL (secrétaire de l'association, docteur en biologie médicale, directeur de BIOSYNERGIE, délégué à la protection des données pour le Laboratoire BIOESTEREL),
- Carole DHIEU (secrétaire adjointe, pédicure-podologue, membre du Conseil Scientifique du CNO des pédicures-podologues, vice-présidente du Conseil inter-régional PACA de l'ordre des pédicures-podologues, chargée de projet auprès de l'HAS),
- Hendrik ROUVIER (trésorier de l'association et infirmier),
- Franck VARIO (trésorier adjoint et médecin généraliste installé en cabinet de groupe, successeur du Docteur QUENEUDEC, récemment parti à la retraite)

La lettre d'intention de CPTS a été présenté à la Commission de Coordination de l'Offre de Proximité Départementale (CCPOD) le 4 juillet 2019 et validé par l'ARS le 18 juillet 2019.

La CPTS DRACENIE PROVENCE VERDON rassemble à ce jour près de soixante-dix professionnels de santé répartis sur les 25 communes[3] de la Dracénie : professionnels du premiers recours (avec notamment 39 infirmiers).

Parmi les professionnels de santé mobilisés, on compte aujourd'hui ceux de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Comps sur Artuby, seule structure d'exercice coordonnée du territoire.

Les adhérents de l'association CPTS Dracénie-Provence-Verdon sont aujourd'hui exclusivement des professionnels de santé libéraux. Ils se mobilisent régulièrement et sont très investis. Un travail de communication spécifiquement destinés aux médecins est actuellement en cours d'élaboration ; l'objectif est de les sensibiliser au rôle majeur qu'ils jouent dans le territoire. Par ailleurs, une autre action est envisagée dans le but de faire participer au maillage du territoire les institutions sanitaires, sociales et institutionnelles avec lesquelles des coopérations sont déjà en cours, notamment la CTA (Coordination Territoriale des Ainés) et le Centre Hospitalier de la Dracénie.

L'association CPTS participe également à l'espace de dialogue des acteurs de santé du territoire de la Dracénie en particulier avec le Centre Hospitalier de la Dracénie (CHD) qui poursuit le même objectif d'amélioration des relations Ville/Hôpital.

En effet, dans le cadre de sa prise de poste, la nouvelle Direction du CHD a convié les acteurs institutionnels et en santé. L'association CPTS Dracénie Provence Verdon était présente et a affirmé sa volonté de travailler sur la structuration de l'offre de soins Ville/Hôpital. Plusieurs thèmes ont été discutés dont ceux de « Plaie et cicatrisation », « fiche de liaison Ville-Hôpital », « fiche d'événement indésirable » qui font encore l'objet d' un groupe de travail composé d'acteurs libéraux et hospitaliers.

Un groupe de l'association CPTS a amorcé aussi et comme évoqué plus haut un travail collaboratif avec la CTA VAR-EST (Coordination Territoriale des Ainés) qui couvre non seulement son territoire mais aussi celui de de la CPTS de FREJUS. Le Conseil Départemental participe aux échanges sur la coordination des soins entre ville et hôpital.

Le périmètre géographique de préfiguration

L'association CPTS Dracénie Provence Verdon et l'ARS ont contractualisé en juillet 2019 pour permettre un accompagnement à la préfiguration du projet.

Cette contractualisation a posé les bases d'un territoire à couvrir de 25 communes[4] après qu'il y ait eu une discussion au sujet du bienfondé de l'intégration de la commune de Salernes, considérée initialement par l'ARS comme une « excroissance » géographique puis au sujet des communes de Tourtour et Villecroze, dont les populations ont été identifiées comme en relation avec les institutions sanitaires et sociales de Draguignan.

[3] Les communes de Tourtour et de Villecroze sont en cours de validation.
[4] Les communes de Tourtour et de Villecroze sont en cours de validation.

Le périmètre géographique de préfiguration de la CPTS Dracénie Provence Verdon s'étend donc sur près de 1000 km2 soit 25 communes et 110.000 habitants, correspondant à celui de la Communauté de Communes du même nom.

	NOMBRE D'HABITANTS
DRAGUIGNAN	40053
VIDAUBAN	11545
LE MUY	9248
LORGUES	8968
LES ARCS	7104
TRANS EN PROVENCE	5770
FLAYOSC	4318
SALERNES	3879
LA MOTTE	2875
FIGANIERES	2602
CALLAS	1880
TARADEAU	1807
MONTFERRAT	1549

	NOMBRE D'HABITANTS
VILLECROZE	1442
BARGEMON	1374
AMPUS	944
SILLANS LA CASCADE	752
SAINT ANTONIN DU VAR	744
CLAVIERS	678
TOURTOUR	587
CHATEAUDOUBLE	469
COMPS SUR ARTUBY	382
LA ROQUE - ESCLAPON	276
BARGEME	206
LA BASTIDE	199
TOTAL	109452

Source INSEE - FNPS

L'accompagnement de la préfiguration

A la suite de la contractualisation entre l'association CPTS Dracénie Provence Verdon et l'ARS, l'accompagnement de la préfiguration du projet a été confié au cabinet Acsantis et a débuté en septembre 2019.

Une première rencontre a été organisée le 2 septembre 2019 avec les membres du bureau « élargi ». En effet, Magali COURTOIS et Catherine PICARD, toutes deux membres du Conseil d'Administration, étaient présentes. Cette première rencontre a permis de présenter l'accompagnement proposé par ACSANTIS, de valider la démarche, de programmer 5 rendez-vous pour effectuer des entretiens individuels avec les membres du bureau et de confirmer la mise en place d'une « réunion de cadrage et de lancement » pour le 19 septembre 2019.

Instances	Composition	Missions
Référents	Marion JOLY - Olivier PIRIOU	Suivi opérationnel de l'accompagnement
Comité de pilotage	Référents + les autres membres du bureau	Validation des orientations stratégiques (objectifs et actions du projet de santé territorial), définition des modalités organisationnelles et mobilisation des acteurs du territoire

Groupe projet	Comité de pilotage + membres du CA + représentants de CTA Var Est[5], de IDEAL[6], du Centre Hospitalier Dracénois, de la Polyclinique Notre Dame	Élaboration collective des orientations stratégiques de la CPTS (objectifs et actions du projet de santé territorial) et contribution à la mobilisation des acteurs du territoire

5 groupes de travail (dont certains divisés en sous-groupes) ont été mis en place pour avancer sur les différents objectifs et actions du projet de santé du territoire :

- GDT Parcours de soins
- GDT Accès aux soins
- GDT Prévention
- GDT Médecins
- GDT Communication, Gouvernance & Modèle Économique

La première partie de l'accompagnement a été menée de septembre 2019 à avril 2020 :

Etapes	Dates	Participants	Actions
Rencontre préfigurative	02/09/19	Référents + 2 membres du Conseil d'Administration	Validation des objectifs, de la méthodologie, du calendrier de la mission
Réunion de lancement et de cadrage	19/09/19	Groupe Projet	Point sur les actions menées par l'association CPTS DRACENIE PROVENCE VERDON ; Présentation ACSANTIS -- Contexte et objectifs ; Aperçu du diagnostic territorial ; Présentation de l'Accord Convention Interprofessionnel Validation de la méthodologie d'accompagnement proposée
Entretiens individuels	Mois de Septembre 2019	Membres du groupe projet	
Diagnostic Territorial	Entre Septembre et Octobre 2019	Groupe projet	Participation à 2 groupes de travail Parcours de Soins - Appui à la formalisation du questionnaire Adhérents et avis sur le questionnaire Patients

[5] Coordination Territoriale des Aînés (2019) qui élargie son champs d'action en 2020 et devient PTA

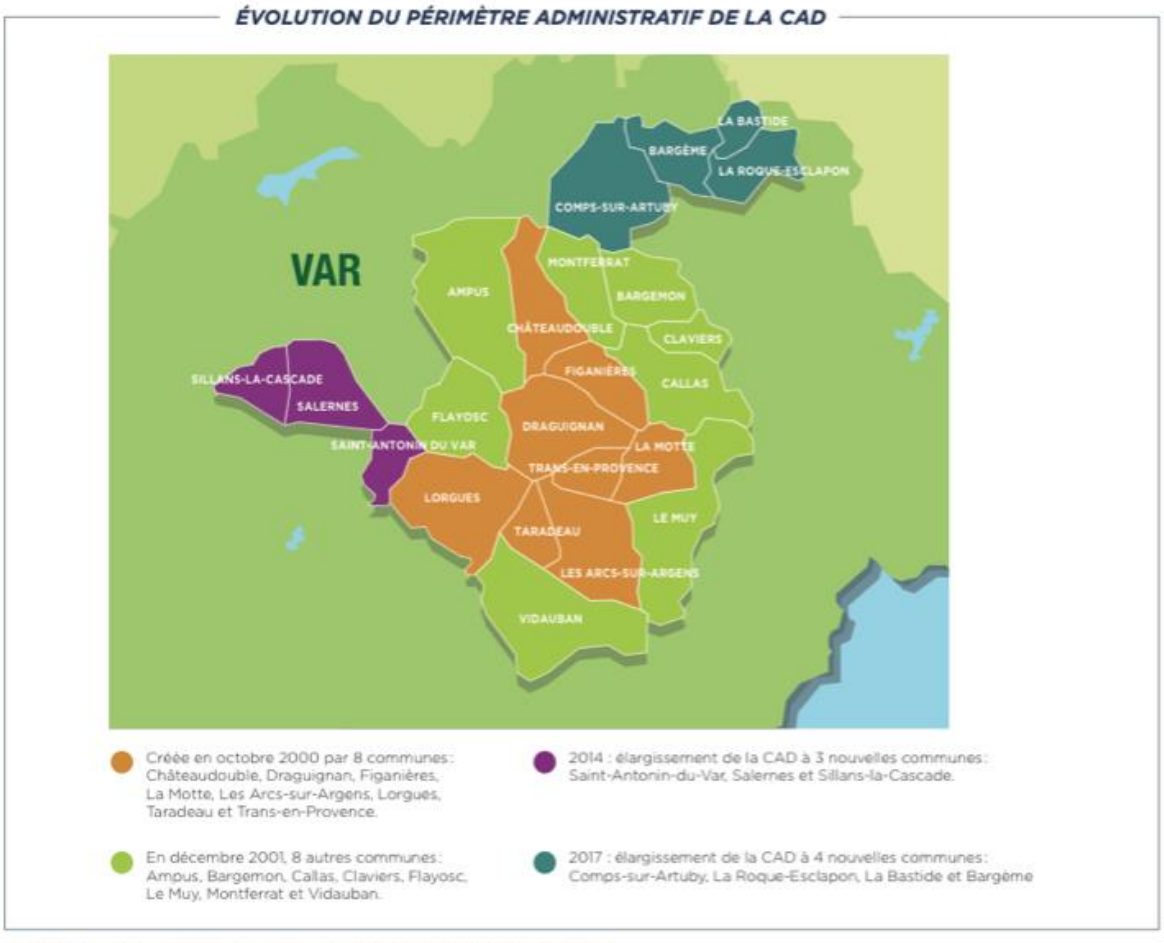
[6] Association Infirmiers Dracénois Engagement Association Libérale

Définition du Projet de Santé	Entre Septembre et Octobre 2019	Comité de pilotage	Appui à la rédaction du guide à l'usage de l'équipe fonctionnelle - Appui à la mise en place des groupes de travail - Guides méthodologiques - débriefs -
Pilotage / Echanges Mail et Téléphone	Entre Septembre 2019 et Mai 2020	Référents et porteurs de projets	
Groupe de Travail Parcours de soins	Entre Septembre 2019 et Janvier 2020	Groupe de Travail Parcours de Soins - sous-groupe plaie et cicatrisation - sous-groupe Améliorer le lien ville Hôpital	Appui méthodologique Rédaction de Compte-Rendu
Groupe de Travail Accès aux Soins	Entre Septembre 2019 et Janvier 2020	Groupe de Travail accès aux soins - sous-groupe CPTS et CTA - sous-groupe CPTS et Second recours	Appui méthodologique Rédaction de Compte-Rendu
Groupe de Travail Prévention	Entre Septembre 2019 et Mars 2020	Groupe deTravail Prévention - Sous-groupe maladies CV et troubles métaboliques - Sous-groupe Addictions et Psychiatrie	Appui méthodologique
Groupe de Travail Médecins (promotion de la CPTS auprès des médecins de 1er et de 2d recours)	du 22/01/2020 à Avril 2020	1 membre du bureau (MG) + Médecins Adhérents	Appui méthodologique
Groupe de Travail Communication, Gouvernance & Modèle Économique	Du7/02 à Avril 2020	Groupe projet - Sous-groupe Communication - Sous-groupe Gouvernance - Sous-groupe Modèle Économique	- Communication : appui à la rédaction du livret d'accueil - Structuration de la Gouvernance : Rédaction de Compte-Rendu - Mise à jour des Statuts - Modèle économique : appui méthodologique

Le territoire

Le territoire de la CPTS Dracénie Provence Verdon est situé dans le « Haut Var », c'est à dire, loin de la mer. L'absence de littoral lui confère une position particulière tant au niveau socio-économique que du point de vue de l'offre de santé.

Au centre des quatre grandes métropoles régionales, la ville de Draguignan, sous-préfecture du Var, est la ville centrale de la Communauté d'Agglomération Dracénoise. A deux communes près, à savoir Tourtour et Villecroze qui sont en cours de validation par l'ARS, la CPTS est calquée sur cette Communauté d'Agglomération Dracénoise telle que constituée en 2017 et renommée *Dracénie Provence Verdon Agglomération* en Mai 2019. Un diagnostic local de Santé de la ville de Draguignan a été présenté et signé par les élus en décembre 2018.



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DRACÉNOISE **PROJET DE TERRITOIRE 2016 - 2020**

- ***Situation sociodémographique et socio-économique***

Évolution et structure de la population

Composée en 2016 de près de 110.000 habitants, la dynamique démographique globale de ce territoire montre (selon les données INSEE) que la population serait en 2020 de 130.000 habitants.

Le territoire se caractérise de plusieurs façons.

- On note une zone urbaine et jeune avec la ville de Draguignan, qui représente près de 40 % de la population du territoire, et une zone rurale et plus âgée avec 40% de la population ayant plus de 65 ans.
  La Communauté D'agglomération parle de « vivier de jeunes » de moins de 26 ans principalement sur Draguignan, et qui représentent 29% de la population totale soit près de 2 points de plus que la moyenne du Var.
- La densité de population à Draguignan est 10 fois plus importante que dans les villages et les petites villes du territoire étudié.
- La population des petites communes continue de vieillir au regard de la catégorie des 45-59 ans.
- On sait par ailleurs[7] qu'en 2040 et dans le Var, un habitant sur 3 aura 60 ans ou plus.

Nombre de nos analyses sont basées sur des données INSEE dont une grande partie n'est exploitable qu'au périmètre des communautés d'agglomération. Dans un souci de cohérence, nous restons donc au périmètre des 23 communes de la *Dracénie Provence Verdon Agglomération* (dont 22 communes de moins de 12.000 habitants) sachant que les communes en discussion représentent au total environ 2000 habitants.

Population par grandes tranches d'âge

Catégorie	Nombre Draguignan	Nombre 22 communes	% Draguignan	% 22 communes
0 à 14 ans	7 260	11 007	▲ 18,1	16,3
15 à 29 ans	6 692	9 756	▲ 16,7	14,4
30 à 44 ans	7 483	11 242	▲ 18,7	16,6
45 à 59 ans	7 882	14 252	19,7	21,1
60 à 74 ans	6 757	13 970	16,9	20,7
75 ans ou plus	3 980	7 341	▼ 9,9	10,9
Total	40 054	67 568	▼ 100,0	100,0

2011 **2016**

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2016

Population par grandes tranches d'âge

Catégorie	Nombre CPTS DRACENIE VERDON PROVENCE	Nombre Provence-Alpes-Côte d'Azur	% CPTS DRACENIE VERDON PROVENCE	% Provence-Alpes-Côte d'Azur
0 à 14 ans	18 267	848 710	17,0	16,9
15 à 29 ans	16 448	827 190	15,3	16,5
30 à 44 ans	18 725	910 949	17,4	18,1
45 à 59 ans	22 134	1 008 923	20,6	20,1
60 à 74 ans	20 727	878 183	19,3	17,5
75 ans ou plus	11 321	547 972	10,5	10,9
Total	107 622	5 021 927	100,0	100,0

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2016

14

[7] « Ralentissement démographique et vieillissement à l'horizon 2040 », Jean-Philippe de Plazaola – INSEE PACA – Déc. 2010

Population active, emploi et chômage

Les caractéristiques de l'emploi sont variables selon les communes considérées.

Les points suivants ressortent :

- La proportion d'inactifs et de retraités est supérieure aux chiffres de la région PACA.
- Le pourcentage d'actifs en emploi sur le territoire est inférieur à celui de la région.
- On note une prédominance des professions intermédiaires, employés et ouvriers au détriment de la catégorie des cadres moins représentés que sur la région.[8]

Diplômes et formation

Bien que le niveau de diplôme soit globalement plus élevé en 2016[9] qu'en 2011, la part de personnes diplômées du supérieur reste nettement inférieure à celle de la région, et ce malgré une offre d'enseignement du territoire qui propose une faculté de Droit (350 étudiants), une école supérieure du professorat et de l'enseignement (210 étudiants), un IUT Gestion des Entreprises et des Administrations (120 étudiants), un Institut de Formation en Soins Infirmiers, aide-soignant, auxiliaire de puériculture (IFPVPS – 215 étudiants) et 9 formation supérieures de type BTS.

Revenus et pauvreté des ménages

La situation socio-économique du territoire est moins favorable que celle de la région.

En effet, le taux de chômage et le taux de pauvreté est plus élevé que les chiffres de PACA[10].

Quant au revenu médian, il est inférieur au référent national et régional, et fortement inférieur à celui des territoires limitrophes.

Deux quartiers de Draguignan sont considérés comme prioritaires sur la base de l'Indice de Désavantage Social (IDS) qui repose sur 5 composantes :

- Le revenu médian
- Le taux de résidences principales en location
- Le taux de chômage
- Le taux de non diplômés chez les plus de 15 ans
- Le taux de familles monoparentales.

Les quartiers en question sont le « Centre-Ville » et « les Colettes ».

On observe une différence de près de 700 €uros entre le revenu médian des habitants de ces deux quartiers et celui du reste de la population.

Couples, familles, ménages

La composition des ménages sur le territoire fait ressortir deux points en comparaison avec les chiffres de la région PACA [11]:

[8] Annexe Diag – Page 1 -SIRSé PACA ORS – zone d'étude CA Dracénoise comparée avec PACA
[9]Annexe Diag– Pages 2 et 3 - SIRSé PACA ORS – zone d'étude CA Dracénoise comparée avec PACA
[10] Annexe Diag – Page 4 - SIRSé PACA ORS – zone d'étude CA Dracénoise comparée avec PACA
[11] Annexe Diag – Page 5 - SIRSé PACA ORS – zone d'étude CA Dracénoise comparée avec PACA

- Les familles monoparentales représentent un quart de la population du territoire, avec une forte concentration dans le « Centre-Ville » de Draguignan.
- Les personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules représentent plus d'un tiers de la population du territoire.

En synthèse

L'analyse de l'ensemble de ces données socio-économiques et socio-sanitaires permet d'identifier quatre groupes distincts :

- Une population « rurale » (23 communes de moins de 10.000 habitants) qui représente 50 % du territoire
- Une population urbaine (Draguignan et Vidauban qui regroupent plus de 51.000 habitants) qui correspond aux 50% restants de la *Dracénie Provence Verdon Agglomération*
- Une population âgée résidant dans les villages et petites villes, population identifiée comme prioritaire par les professionnels de santé du territoire, entre autres au travers du diagnostic territorial du projet PAERPA de l'Est Varois
- Une population jeune et précaire qui, elle aussi, méritera toute l'attention des professionnels de santé dans l'élaboration du projet de CPTS du territoire.

État et besoins de santé de la population

- **Indicateurs de mortalité et de morbidité**

Un focus sur la population de la commune de Draguignan est présenté pour mettre en avant certaines spécificités qui concernent la mortalité générale, la mortalité prématurée et la mortalité évitable. Ces données sont extraites du Diagnostic Local de Santé de la Ville de Draguignan, diagnostic publié en 2018.

Mortalité générale toute causes 2009-2013

Le taux standardisé de mortalité toutes causes sur le territoire est inférieur à celui de la région. Il en est de même sur la commune de Draguignan où les données INSERM (CépiDC – 2009-2013) mettent en évidence une sous-mortalité toutes causes confondues de 8 % par rapport à celle de la région PACA. Cette donnée confirme donc une situation plus favorable que celle de la région.

Cependant, on constate une surmortalité significative de + 35,7 % chez les 15-35 ans sur Draguignan comparativement à la région PACA.

Mortalité prématurée 2009-2013

L'étude de la mortalité prématurée sur la période 2009-2013 démontre une surmortalité significative avant 65 ans sur le territoire comme sur Draguignan par rapport à la région.

Sur Draguignan, cette mortalité prématurée touche davantage les hommes que les femmes pour une même période.

Mortalité évitable 2009-2013

Sur cette période, la Communauté d'Agglomération a concentré 28,9% de décès évitables de plus que la région, ce qui correspond à une surmortalité significative de 38 décès évitables sur cette période.

Mortalité par cancer 2009-2013

Le nombre annuel moyen de décès sur cette période est en faveur du territoire avec un taux à 102,3[12] pour la Communauté d'Agglomération contre 103,7[13] pour la région.

Il en est de même pour le nombre annuel moyen de Cancers du poumon avec un taux à 107,1 pour le territoire contre 108,6 pour PACA.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et cardiopathies ischémiques 2009-2013

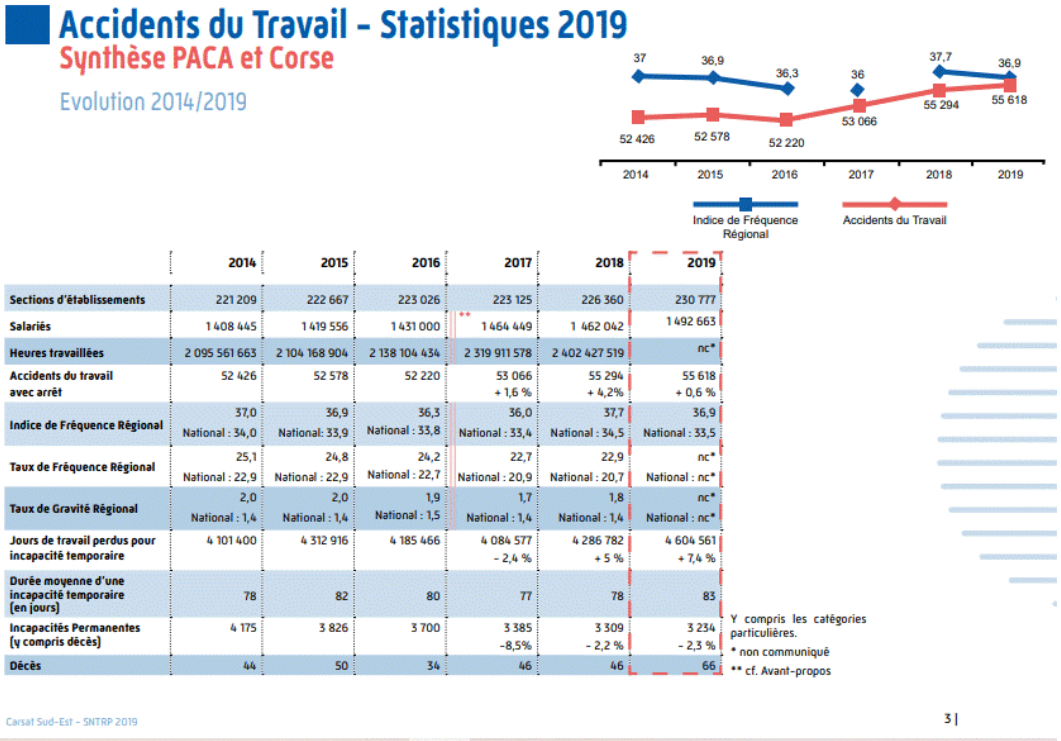
Le taux standardisé de mortalité est plus élevé dans cette intercommunalité que dans la région PACA et significativement moins favorable.

Mortalité par autres maladies 2009-2013

Le taux standardisé de mortalité par maladies cérébrovasculaires, maladies infectieuses, et maladies de l'appareil respiratoire n'est pas significativement différent de celui de la région PACA.

Sinistralité (accident au travail et maladies professionnelles)

En région Paca, les données mettent en exergue un indice de fréquence régionale supérieur aux données nationales notamment dans les professions de services. Il conviendra de mettre une action en place pour réduire la sinistralité au niveau du territoire en consultant les acteurs en santé au travail.



Accidents du Travail - Statistiques 2019

Synthèse PACA et Corse

Evolution 2014/2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sections d'établissements	221 209	222 667	223 026	223 125	226 360	230 777
Salariés	1 408 445	1 419 556	1 431 000	** 1 464 449	1 462 042	1 492 663
Heures travaillées	2 095 561 663	2 104 168 904	2 138 104 434	2 319 911 578	2 402 427 519	nc*
Accidents du travail avec arrêt	52 426	52 578	52 220	53 066 + 1,6 %	55 294 + 4,2%	55 618 + 0,6 %
Indice de Fréquence Régional	37,0 National : 34,0	36,9 National: 33,9	36,3 National : 33,8	36,0 National : 33,4	37,7 National : 34,5	36,9 National : 33,5
Taux de Fréquence Régional	25,1 National : 22,9	24,8 National : 22,9	24,2 National : 22,7	22,7 National : 20,9	22,9 National : 20,7	nc* National : nc*
Taux de Gravité Régional	2,0 National : 1,4	2,0 National : 1,4	1,9 National : 1,5	1,7 National : 1,4	1,8 National : 1,4	nc* National : nc*
Jours de travail perdus pour incapacité temporaire	4 101 400	4 312 916	4 185 466	4 084 577 - 2,4 %	4 286 782 + 5 %	4 604 561 + 7,4 %
Durée moyenne d'une incapacité temporaire (en jours)	78	82	80	77	78	83
Incapacités Permanentes (y compris décès)	4 175	3 826	3 700	3 385 -8,5%	3 309 - 2,2 %	3 234 - 2,3 %
Décès	44	50	34	46	46	66

Y compris les catégories particulières.
* non communiqué
** cf. Avant-propos

[12] CM Indice comparatif de mortalité : rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une population au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et par âge étaient identiques à ceux d'une population de référence (région PACA Base 100)

[13] CM Indice comparatif de mortalité : rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une population au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et par âge étaient identiques à ceux d'une population de référence (région PACA Base 100)

Figure 6 – Répartition sectorielle des accidents de travail

en milliers de salariés

	2008		2018	
	Accidents du travail en 1er règlement	en %	Accidents du travail en 1er règlement	en %
Métallurgie	75,7	10,8	50,0	7,7
BTP	129,2	18,4	88,5	13,6
Transports, EGE, etc.	94,1	13,4	97,0	14,9
Alimentation	118,2	16,8	113,6	17,5
Chimie, caoutchouc, plasturgie	14,7	2,1	10,2	1,6
Bois, ameublement, etc.	30,2	4,3	17,8	2,7
Commerce non alimentaire	57,0	8,1	48,8	7,5
Activités de services	185,0	26,3	225,2	34,6
Total	**704,0**	**100,0**	**651,1**	**100,0**

Champ : comités techniques nationaux, non compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories professionnelles particulières.

Source : Cnam.

La situation de la prévention sur le territoire

Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés) et la population consommante de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années en ville ou en consultation externe à l'hôpital (FIDES) ou dans les 4 dernières années à l'hôpital (historique disponible PMSI)

Commune(s) neutralisée(s) : Bargème, Comps-sur-Artuby

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 8 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
24.7% 6 909 pat.	24.6%	22.9%	27.2%	0.1	1.8	-2.5

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

Vaccination contre la Rougeole/Oreillons/Rubéole

Part des patients consommants de moins de 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR

Rapport entre le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins 2 délivrances de ROR depuis leur naissance et le nombre d'enfants de 19 à 30 mois ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Commune(s) neutralisée(s) : Ampus, Bargème, Bargemon, La Bastide, Châteaudouble, Claviers, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 52 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
71.4% 685 pat.	77.4%	79%	81.2%	-6	-7.6	-9.8

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

Prévalence des Pathologies dans la population consommante

Pathologies Patients consommants[a]	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée [b]							
1 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	4.7%* 5 016 pat.	4.9%	4.8%	4.9%	-0.2	-0.1	-0.2
Communes neutralisées : 8 % (Bargème, Comps-sur-Artuby)							
2 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4.2%* 4 529 pat.	4.7%	4.1%	3.8%	-0.5	0.1	0.4
Communes neutralisées : 12 % (Bargème, La Bastide, La Roque-Esclapon)							

Pathologies Patients consommants[a]	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
3 - Maladie coronaire	3.1%* 3 371 pat.	2.9%	2.5%	2.2%	0.2	0.6	0.9
Communes neutralisées : 16 % (Bargème, La Bastide, Comps-sur-Artuby, La Roque-Esclapon)							
4 - Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	2.6%* 2 761 pat.	2.7%	2.4%	2.2%	-0.1	0.2	0.4
Communes neutralisées : 16 % (Bargème, La Bastide, Châteaudouble, La Roque-Esclapon)							
5 - Affections psychiatriques de longue durée	2.5%* 2 680 pat.	3.1%	2.9%	2.4%	-0.6	-0.4	0.1
Communes neutralisées : 24 % (Bargème, La Bastide, Châteaudouble, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon)							

a) Pathologies patients consommants : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue
(b) Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur la CPTS projetée
* cf. CNIL (neutralisation)

Consommation et accès aux soins [14]

Soins de médecine générale

L'activité moyenne des médecins généralistes sur le territoire est supérieure à celle constatée sur la région.

Activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète

Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Activité moyenne par généraliste lib.	4 996 ▲	4 754

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - 2018

En revanche, le nombre d'actes par bénéficiaire est inférieur à celui de la région.

[14] c@rto-santé

Nombre moyen d'actes par bénéficiaire

Catégories	Consommation moyenne d'actes par bénéf. gén.	
	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Total	4,4	4,9
Moins de 15 ans	3,0	3,4
15 à 44 ans	3,4	3,8
45 à 59 ans	4,6	5,0
60 à 74 ans	5,2	5,8
75 ans et plus	7,3	8,3

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - 2018

L'analyse de la consommation de soins de médecine générale montre une situation équivalente à celle de la région.

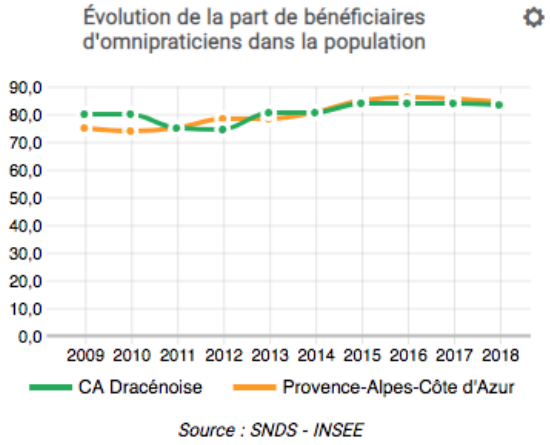
Bénéficiaires des omnipraticiens

Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéficiaires dans la population (%)	83,3	84,7

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.



Source : SNDS - INSEE

- Le focus[15] sur les patients ne possédant pas de médecin traitant monte une proportion plus faible de ceux-ci, que l'on compare le territoire au département, à la région ou à la France.

Couverture de la population consommante ayant un médecin traitant

Patients consommants (a)	Patients consommants dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	87 362	875 529	4 132 967	51 808 231	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin Traitant (b)	7.9% 6 939 pat.	8.5%	9.9%	10.1%	-0.6	-2	-2.2
17 ans et plus sans Médecin Traitant(b) et en ALD	0.8%* 612 pat.	0.9%	1%	1%	-0.1	-0.2	-0.2
Communes neutralisées : 48 % Ampus, Bargème, La Bastide, Chateaudouble, Comps-sur-Artuby, Figanières, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var							

[15] Source DCIR/SNDS/SNIRAM (année 2019)

Patients consommants (a)	Patients consommants dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Franc.	Ter.	Dép	Reg
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS	1.2%* 978 pat.	1.1%	1.4%	1.3%	0.1	-0.2	-0.1
Communes neutralisées : 48 % Ampus, Bargème, La Bastide, Châteaudouble, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Taradeau, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var							
70 ans et plus (nombre)	19 033	205 143	859 972	9 555 113	-	-	-
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	3.5%* 611 pat.	4.3%	4.8%	5.2%	-0.8	-1.3	-1.7
Communes neutralisées : 48 % Ampus, Bargème, La Bastide, Châteaudouble, Comps-sur-Artuby, Figanières, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var							

(a) : patients consommants au moins une consommation dans la période de référence , 2019
(b) Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (qd difficultés d'accès aux soins)
* cf. CNIL (neutralisation

- ***Le focus[16] sur le passage aux urgences non suivis d'hospitalisation (commune de Bargème neutralisée) (taux de communes neutralisées 4%) montre une part de passages supérieure à celle du département mais moins importante que celle de la région et de la France.***

Part de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommants calculé à partir du forfait ATU

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
20.7% 18 605 pat.	19.6%	22.9%	22.1%	1.1	-2.2	-1.4

[16] Source ATIH 2018

- ***Le focus[17] sur les admissions directes en service de médecine (taux de 24% de communes neutralisées - Bargème, La Bastide, Claviers, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon) montre une part d'admissions directes en service de médecine généralement inférieure aux différents territoires et en particulier au territoire de la région PACA.***

Part des admissions directes en service médecine à la demande d'un médecin de ville sur le nombre d'hospitalisations dans ces services

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
38.6% 2 501 pat.	39.8%	43.6%	41.5%	-1.2	-5	-2.9

- ***Le focus sur les antibiorésistances.***

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 consommants d'au moins un antibiotique

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
36.6% 13 126 pat.	38%	37.2%	36.5%	-1.4	-0.6	0.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

Données GEODES 2019[18]

- Infections urinaires E.Coli résistantes aux fluoroquinolones isolées région 15.3% contre 11.4% en France, en médecine de ville
- Infections urinaires E.Coli productrices de BLSE (beta lactamase à spectre élargi 5.2% sur le territoire contre 3% au niveau nationale en médecine de ville
- Infections urinaires résistantes aux céphalosporines de 3ème génération 15.3% en Paca en 11.4% en médecine de ville.

- ***Le focus sur les polymédications***

Rapport entre la population consommante de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommants âgés de 65 ans ou plus
Commune(s) neutralisée(s) : Bargème, La Bastide, Comps-sur-Artuby, La Roque-Esclapon
Taux de commune(s) neutralisée(s) : 16 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
15.2% 4 046 pat.	15.5%	16.7%	15.9%	-0.3	-1.5	-0.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

[17] Source ATIH (Année 2018)

[18] Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques (santepubliquefrance.fr) résistance aux antibiotiques

- ***Le focus sur le traitement par psychotropes***

Traitement par psychotrope

Rapport entre le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23 (troubles psychiatriques) ayant eu au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) de 2 classes ATC différentes, remboursés avec une date identique de prescription et le nombre de patients de plus de 75 ans hors ALD 23

Commune(s) neutralisée(s) : Ampus, Bargème, Bargemon, La Bastide, Châteaudouble, Claviers, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Motte, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Taradeau, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 60 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
6% 460 pat.	5.6%	5.8%	5.3%	0.4	0.2	0.7

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

- ***Le focus sur le traitement par benzodiazépine et anxiolytique***

Traitement par benzodiazepine anxiolytique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à 4 délivrances au moins de BZD anxiolytique sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD anxiolytique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) : Ampus, Bargème, La Bastide, Châteaudouble, Claviers, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Tourtour, Villecroze, Saint-Antonin-du-Var

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 48 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
16.5% 1 059 pat.	15%	15.7%	14.3%	1.5	0.8	2.2

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

- ***Le focus sur le traitement par benzodiazépine et hypnotique***

Traitement par benzodiazepine hypnotique

Rapport entre le nombre de patients ayant initié un traitement correspondant à plus de 28 unités de BZD hypnotique délivrées sur 6 mois et le nombre de patients sans délivrance de BZD hypnotique sur 6 mois avant la 1ère délivrance

Commune(s) neutralisée(s) : Ampus, Bargème, La Bastide, Châteaudouble, Comps-sur-Artuby, Montferrat, La Roque-Esclapon, Sillans-la-Cascade, Tourtour

Taux de commune(s) neutralisée(s) : 36 %

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
49.5% 1 444 pat.	48.7%	47.6%	43.5%	0.8	1.9	6

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante arrêtée à Juin 2020)

Consommation de soins de infirmiers

L'activité moyenne des infirmiers de la Communauté d'Agglomération de la Dracénie est comparable à celle de la région PACA.

Alors que la densité d'infirmiers libéraux est inférieure sur le territoire à celle de PACA, son évolution tend à rejoindre celle de la région.

La part des bénéficiaires de soins infirmiers dans la population du territoire est supérieure à celle de la région PACA.

Caractéristiques de l'activité des infi. lib. actifs sur l'année complète

Indicateurs	CA Dracénoise		Provence-Alpes-Côte d'Azur
Activité moyenne par infirmier lib. en nbre d'actes	7 745		7 857
Activité moyenne par infirmier en terme de coeff.	22 049	▼	25 469
Part d'activité AIS infi. lib. en termes de coeff. (%)	68,2	▼	73,0
Part déplacements dans honoraires infi. lib. (%)	16,8	▲	14,8

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - 2018

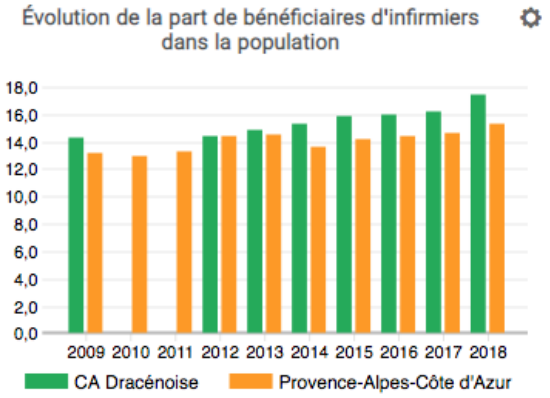
Bénéficiaires des infirmiers

Indicateurs	CA Dracénoise		Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéf. inf. dans pop (%)	17,4	▲	15,3

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.



Source : SNDS - INSEE

Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

L'activité moyenne des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire est plus importante que celle de la région Provence - Alpes – Côte d'Azur.

La part de bénéficiaires des actes de kinésithérapie n'est pas accessible cette année car à partir de 2014, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 5 à 8% selon les régions suite à un changement de sources de données. N/A est indiqué lorsque l'indicateur est indisponible ou protégé par le secret statistique (moins de 4 professionnels de santé et/ou moins de 11 bénéficiaires).[19]

[19] Information @cartosanté

Caractéristiques de l'activité des kinés lib. actifs sur l'année complète

Indicateurs	CA Dracénoise		Provence-Alpes-Côte d'Azur
Activité moyenne par kiné lib. en nbre d'actes	5 595	▲	5 061
Activité moyenne par kiné en terme de coeff.	43 528	▲	40 367
Part d'activité lib. AMK (%)	27,6		27,1

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - 2018

Bénéficiaires des masseurs-kinésithérapeutes

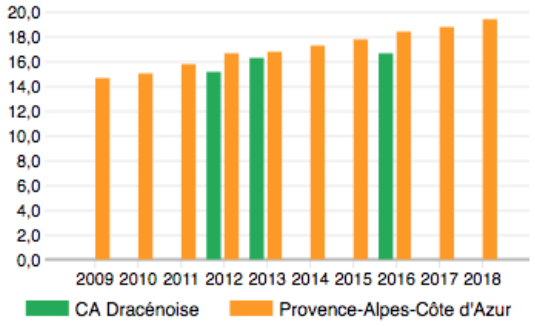
Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéf. kiné dans pop (%)	N/A	19,4

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.

Évolution de la part de bénéficiaires de kinés dans la population



Source : SNDS - INSEE

Consommation de soins de chirurgiens-dentistes

Le nombre de soins pratiqués par les chirurgiens-dentistes est supérieur à celui de la région.

Bénéficiaires des chirurgiens-dentistes

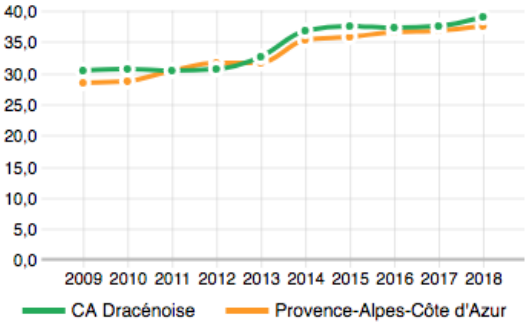
Indicateurs	CA Dracénoise		Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéf. dent dans pop (%)	39,1	▲	37,5

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.

Évolution de la part de bénéficiaires de dentistes dans la population



Source : SNDS - INSEE

Consommation de soins d'orthophonistes

La part de bénéficiaires des soins d'orthophonie est inférieure à celle de la région.

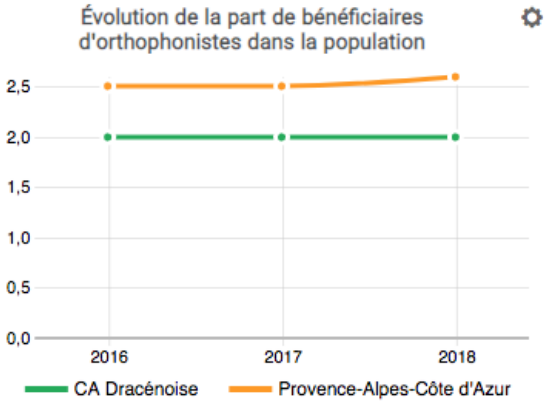
Bénéficiaires des orthophonistes

Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéf. orthoph. dans pop (%)	2,0 ▼	2,6

2015 2016 2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.



Source : SNDS - INSEE

Consommation de soins de sages-femmes

Le nombre de femmes bénéficiaires des soins de sages-femmes est nettement inférieur à celui de PACA

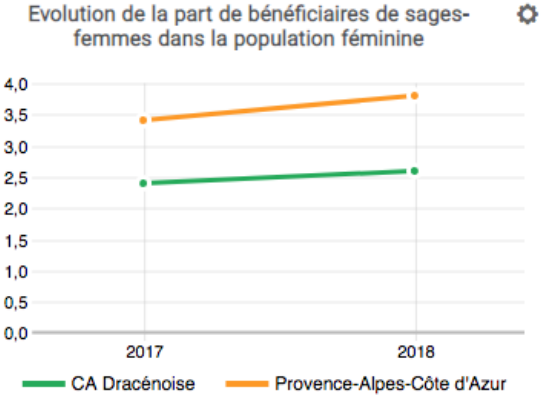
Bénéficiaires des sages-femmes

Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Part des bénéf. de sages-femmes dans pop femmes (%)	2,6 ▼	3,8

2017 **2018**

Source : SNDS - INSEE - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.



Source : SNDS - INSEE

Consommation de soins de pédiatres libéraux

Le recours aux pédiatres libéraux est comparable à celui que l'on observe sur la région.

Consommation de soins de psychiatres libéraux

Le recours aux psychiatres libéraux est significativement plus important que celui constaté sur la région. Il convient de rapprocher cette donnée du nombre de praticiens dans cette spécialité sachant qu'un seul psychiatre est recensé sur le territoire en activité libérale en 2019.

Consommation et Recours aux autres soins

Affections longue durée (ALD)

Le nombre de patients en situation d'Affection Longue Durée est au niveau de celui de la région.

Bénéficiaires en ALD

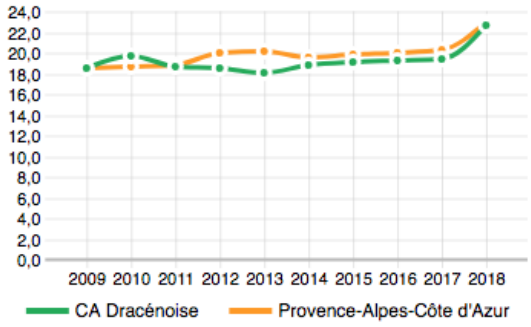
Indicateurs	CA Dracénoise	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nbre de bénéf. en ALD	24 303	1 152 580
Part des bénéf. en ALD dans la pop	22,6	23,0

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

Source : SNDS - 2018

Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.

Evolution de la répartition des bénéficiaires en ALD



Source : SNDS

Offre de soins et de santé

- **L'offre de soins de premier recours**

L'ARS a défini différents zonages permettant d'identifier, pour différentes professions, des territoires prioritaires en matière d'accès aux soins.

Pour les médecins généralistes, on distingue 3 zones référence à l'arrêté DGARS de 2018:

- les Zones d'intervention prioritaire – ZIP qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins.
- les Zones d'action complémentaire – ZAC, moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.
- les Zones de vigilance – ZV qui représente des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté.

Pour les autres professions, l'échelle d'évaluation comprend cinq zones : très sous dotée, sous dotée, intermédiaire, très dotée, sur dotée.

Concernant le territoire de la CPTS Dracénie Provence Verdon et au sujet de l'offre de soins en médecine générale libérale, elle est limitée et pourrait être significativement affectée dans les prochaines années par les départs en retraite.

Deux points de vigilance sont à noter :

- Les Arcs sont en ZIP avec 5 médecins généralistes identifiés en 2018
- Callas, Lorgues, La Motte, Le Muy, Salernes, Sillans la Cascade, Taradeau, Trans-en-Provence, Vidauban et Saint-Antonin-du-Var sont en ZAC avec un faible effectif d'omnipraticiens en 2018.

- Nombre de médecins généralistes (RPPS)

	Nombre d'omnipraticiens	Part de MG de 55-59 ans	Part de MG de 60 ans et plus
Ampus	1	100%	
Bargème	0		
Bargemon	1		
Callas	1		100%
Chateaudouble	0		
Claviers	1	100%	
Comps-sur-Artuby	0	100%	
Draguignan	44	23,80%	50%
Figanières	2		50%
Flayosc	2		100%
La Bastide	0		
La Motte	1		100%
La Roque-Esclapon	0		
Le Muy	6		66,70%
Les Arcs	5		
Lorgues	8		37,50%
Montferrat	0		
Salernes	2		100%
Sillans-la-Cascade	0		
Taradeau	1		100%
Trans-en-Provence	4	25%	25%
Vidauban	7	16,70%	50%
Total	86		

Source : SNDS - 2018

L'offre de soins en médecine générale est inégale selon les communes considérées et la situation est préoccupante au regard de l'âge des praticiens. Une attention toute particulière doit être portée à Draguignan avec 50% des médecins âgés déjà de 60 ans et plus en 2018.

Infirmiers

- Nombre d'IDE libéraux (RPPS)

	Nombre d'IDE libéraux
Ampus	3
Les Arcs	11
Bargème	-
Bargemon	2
La Bastide	-
Callas	2
Châteaudouble	-
Claviers	3
Comps-sur-Artuby	1
Draguignan	82
Figanières	3
Flayosc	9
Lorgues	20
Montferrat	-
La Motte	6
Le Muy	26
La Roque-Esclapon	-
Salernes	12
Sillans-la-Cascade	1
Taradeau	3
Trans-en-Provence	13
Vidauban	18
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	215

Source : SNDS - 2018

L'offre de soins paramédicale est variable selon la commune considérée et peut être préoccupante si l'on considère l'étendue du territoire.

Masseurs-kinésithérapeutes

- Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (RPPS)

	Nbre de kinés lib. actifs toute l'année 2018
Ampus	-
Les Arcs	5
Bargème	-
Bargemon	3
La Bastide	-
Callas	1
Châteaudouble	-
Claviers	-
Comps-sur-Artuby	1
Draguignan	41
Figanières	3
Flayosc	4
Lorgues	9
Montferrat	-
La Motte	3
Le Muy	6
La Roque-Esclapon	-
Salernes	4
Sillans-la-Cascade	-
Taradeau	3
Trans-en-Provence	6
Vidauban	11
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	100

Orthophonistes

- Nombre d'orthophonistes libéraux (RPPS)

	Nbre d'orthophonistes lib. actifs toute l'année 2018
Ampus	-
Les Arcs	2
Bargème	-
Bargemon	-
La Bastide	-
Callas	-
Châteaudouble	-
Claviers	-
Comps-sur-Artuby	-
Draguignan	12
Figanières	2
Flayosc	1
Lorgues	2
Montferrat	-
La Motte	-
Le Muy	2
La Roque-Esclapon	-
Salernes	2
Sillans-la-Cascade	-
Taradeau	-
Trans-en-Provence	1
Vidauban	3
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	27

Source : SNDS - 2018

- Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux (RPPS)

	Nbre de dentistes lib. actifs toute l'année 2018
Ampus	-
Les Arcs	3
Bargème	-
Bargemon	-
La Bastide	-
Callas	2
Châteaudouble	-
Claviers	-
Comps-sur-Artuby	-
Draguignan	25
Figanières	3
Flayosc	1
Lorgues	5
Montferrat	-
La Motte	1
Le Muy	7
La Roque-Esclapon	-
Salernes	2
Sillans-la-Cascade	-
Taradeau	-
Trans-en-Provence	2
Vidauban	4
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	55

Source : SNDS - 2018

- Part (et nombre) de chirurgiens-dentistes par tranches d'âge en 2018

	< 40 ans	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60 ans et plus	Total
Ampus	-	-	-	-	-	-
Les Arcs	25% (1)	0	0	25% (1)	50% (2)	3
Bargème	-	-	-	-	-	-
Bargemon	-	-	-	-	-	-
La Bastide	-	-	-	-	-	-
Callas	100% (1)	0	0	0	0	2
Châteaudouble	-	-	-	-	-	-
Claviers	-	-	-	-	-	-
Comps-sur-Artuby	-	-	-	-	-	-
Draguignan	27,6% (8)	17,2% (5)	13,8% (4)	17,2% (7)	24,1% (5)	25
Figanières	0	100% (3)	0	0	0	3
Flayosc	0	0	0	0	100% (1)	1
Lorgues	16,7% (1)	33,3% (2)	16,7% (1)	0	33,3% (2)	5
Montferrat	-	-	-	-	-	-
La Motte	0	0	0	0	100	1
Le Muy	0	16,7% (1)	16,7% (1)	33,3% (2)	33,3% (2)	7
La Roque-Esclapon	-	-	-	-	-	-
Salernes	0	33,3% (1)	33,3% (1)	0	33,3% (1)	2
Sillans-la-Cascade	-	-	-	-	-	-
Taradeau	-	-	-	-	-	-
Trans-en-Provence	50% (1)	0	0	50	0	2
Vidauban	0	33,3% (1)	0	33,3% (1)	33,3% (1)	4
Saint-Antonin-du-Var	-	-	-	-	-	-

Source : SNDS - 2018

- Part et nombre de métiers de l'assistance médicale et paramédicale (pharmacies et laboratoires de biologie médicale) :

  - 31 pharmacies sont recensées, réparties comme suit :

	Pharmacie
Ampus	1
Les Arcs	2
Bargème	-
Bargemon	1
La Bastide	-
Callas	-
Châteaudouble	-
Claviers	-
Comps-sur-Artuby	1
Draguignan	10
Figanières	1
Flayosc	1
Lorgues	3

Montferrat	-
La Motte	1
Le Muy	3
La Roque-Esclapon	-
Salernes	2
Sillans-la-Cascade	-
Taradeau	-
Trans-en-Provence	2
Vidauban	3
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	31

Source : SNDS - 2018

La part des bénéficiaires de spécialités pharmaceutiques remboursées est significativement inférieure à celle de la région.

- 8 laboratoires de biologie médicale sont recensés, avec des sites de prélèvement répartis comme suit :

	Laboratoire de Biologie Médicale
Ampus	-
Les Arcs	1
Bargème	-
Bargemon	-
La Bastide	-
Callas	-
Châteaudouble	-
Claviers	-
Comps-sur-Artuby	-
Draguignan	3
Figanières	-
Flayosc	-
Lorgues	1
Montferrat	-
La Motte	-
Le Muy	1
La Roque-Esclapon	-
Salernes	1
Sillans-la-Cascade	-
Taradeau	-
Trans-en-Provence	-
Vidauban	1
Saint-Antonin-du-Var	-
TOTAL	8

Source : SNDS - 2018

Modalités d'exercice

Les professionnels du premier recours exercent majoritairement en cabinet indépendant même si certains d'entre eux sont regroupés dans des cabinets de groupe qui facilitent l'accès aux soins.
Il existe par ailleurs une structure d'exercice coordonné sur le territoire avec la MSP de Comps-sur-Artuby et un centre dentaire mutualiste basé sur la commune de Draguignan.

Offre de second recours

- **Les spécialistes libéraux**

L'offre de médecins spécialistes libéraux hors secteur hospitalier apparaît très faible voire inexistante dans certaines spécialités.
Les médecins spécialistes libéraux sont pour la plupart installés sur la commune de Draguignan.
Tout comme l'offre de soins de premier recours, celle du deuxième recours à tendance à se réduire aussi.

Les données 2018 recueillies par l'Observatoire Régional de la Santé de la région PACA montre une offre de soins ambulatoire chez les spécialistes libéraux inférieure à celle de la région.

On fait ce constat notamment chez :

- Les pédiatres avec 25,5 pour 100.000 habitants pour le territoire contre 31,3 pour la région
- Les gynécologues-obstétriciens avec 28,2 pour 100.000 habitants pour le territoire contre 35,8 pour la région
- Les psychiatres avec 0,9 pour 100.000 habitants pour le territoire contre 14,0 pour la région
- Les ophtalmologues avec 7,4 pour 100.000 habitants pour le territoire contre 9,6 pour la région

	CPTS Dracénie Provence Verdon 23 communes	
	Cabinet principal	Cabinet secondaire
Cardiologue	12	2
Dermatologue	3	1
Gastro-entérologue	7	1
Gynécologue	3	1
Neurologie	1	-
ORL	6	1
Ophtalmologiste	5	3
Pédiatre	6	-
Pneumologue	3	-
Psychiatre	2	-
Rhumatologue	6	-
Stomatologue	1	-

Source : SNDS - 2018

Les établissements

Les établissements de soins de second recours sont majoritairement concentrés sur la côte varoise. On trouve cependant à Draguignan, le Centre Hospitalier de la Dracénie et la polyclinique NOTRE DAME (groupe ELSAN), située non loin de celui-ci.

Le Centre Hospitalier de la Dracénie fait partie d'un GHT qui regroupe les 7 autres centres hospitaliers de Brignoles, du Luc en Provence, de Hyères, de Pierrefeu du Var, de Saint Tropez, de Fréjus-Saint Raphaël, de la Seyne.

Le GHT du Var a intégré l'organisation des liens ville-hôpital dans ses axes stratégiques :

- En installant des pistes d'actions opérationnelles d'hospitalisation à domicile telle que l'HAD Santé et Solidarité Var
- En déployant un PAERPA sur le territoire Var Est depuis Juin 2016
    - Population cible : les personnes de 75 ans et plus, autonomes ou nom
    - Continuité des parcours
        - Renforcer et sécuriser le maintien à domicile
        - Améliorer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux avec la mise en place d'une Coordination Territoriale d'Appui*

- Limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation
- Faciliter et sécuriser la circulation d'informations entre les professionnels de santé

Le GHT du Var a aussi mis en place de nombreux groupes de travail pour améliorer l'offre de santé :

- Urgence : participant CH Dracénie → Dr Jean-Marc MINGUET
- Imagerie : participant CH Dracénie → Dr Daniel CHEVALIER et Dr Violetta NALBANTOVA
- Soins critiques : participant CH Dracénie → Dr Nicolas BELE
- Cancérologie : participant CH Dracénie → Dr Vanessa MATHIEU-GUERINI
- Gériatrie : participant CH Dracénie → Dr Laurence CHAIX
- Femme-Mère-Enfant : participant CH Dracénie → Dr Pauline VIGNOLES et Dr Abdelkader BENMAHAMMED
- Médecine de Spécialité et Hépato-gastro-entérologie : participant CH Dracénie → Dr Catherine CADOT
- Pneumologie : participant CH Dracénie → Dr Jean-Renaud BARRIERE
- Chirurgie : participant CH Dracénie → Dr Ugo DEIORIO et Dr Richard POITEVIN
- Chirurgie gynécologique : participant CH Dracénie → Dr Jean-Yves DIQUELOU
- Chirurgie ambulatoire et anesthésie : participant CH Dracénie → Dr Jean-Yves DIQUELOU et Dr Vincent LAJARIGE

Offre sociale et médico-sociale20

L'offre de structures à destination des personnes âgées est la suivante :

- EHPAD Bouen Seren à Bargemon
- EHPAD La Pierre de la Fée à Draguignan
- EHPAD Tonus Vitamine à Draguignan
- EHPAD public Le Malmont à Draguignan
- EHPAD le pré de la Roque à Figanières
- EHPAD les Mille Soleils au Muy
- EHPAD l'Entraide Salésienne aux Arcs
- EHPAD Notre Dame des Anges à Lorgues
- EHPAD public Saint François à Lorgues
- EHPAD public la Source à Salernes
- EHPAD les Clématites à Vidauban
- Unité de Soins Longue Durée au CH Draguignan (USLD)

[20] Données FINESS

Plusieurs résidences d'« Autonomie » sont également à la disposition des personnes âgées à savoir :

- MARPA L'Abeille à Chateaudouble
- Résidence Autonomie (Public) Ilot de l'Horloge à Draguignan
- Résidence Autonomie Notre Dame Source d'Azur aux Arcs
- Résidence Autonomie Le Clos des Tufs à Lorgues
- Résidence Autonomie le Nai à Salernes

L'offre de Réinsertion Sociale[21] comprend :

- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) Bargemon à Bargemon
- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) Sendra à Draguignan
- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) Bien Être à Domicile à Flayosc
- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du Pays Lorguais à Lorgues
- Services de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD pour personnes âgées à Salernes
- Service d'Aide-Ménagère à Bargemon
- Service d'Aide-Ménagère de Callas
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) SENDRA à Draguignan
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) Assistance Bien Être à Draguignan
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ACAP 83 à Draguignan
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) Hospitalisation Libérale Varoise à Draguignan
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) Free Dom Dracénie à Draguignan
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ASS Intercom ADMR Haut Var à Figanières
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ASTRID à Flayosc
- Service d'Aide-Ménagère de Flayosc
- Service d'Aide-Ménagère du Muy
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) Saisir le Jour au Muy
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) des Arcs
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) CCAS de Lorgues
- Service d'Aide-Ménagère à Domicile pour Personnes Âgées à Saint Antonin du Var
- Service d'Aide-Ménagère à Salernes
- Service d'Aide-Ménagère à Trans en Provence
- Service d'Aide-Ménagère à Vidauban
- Centre local d'Information et de Coordination pour les Personnes Âgées (CLIC) basé du Draguignan, rattaché au CCAS de la Dracénie et qui intervient sur les Communes d'Ampus, Bargème, Bargemon, la Bastide, , Callas, Châteaudouble, Claviers, Comps sur Artuby, Draguignan, Figanières, Flayosc, la Motte, Montferrat, La Roque-Esclapon, Taradeau, Trans-en-Provence, Vidauban
- Résidence Sociale La Calade à Draguignan

L'offre de structures à destination des adultes handicapés[22] comprend :

- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) APF à Draguignan
- Foyer d'Accueil Spécialisé (FAM) Petit Plan à Draguignan

[21] Selon le Registre Français du Social et du Médico-Social
[22] Selon le Registre Français du Social et du Médico-Social

- Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ADSEA VAR à Draguignan
- Foyer de Vie pour Adultes Handicapés Font Clovisse à Draguignan
- Foyer d'Occupation Petit Plan à Draguignan
- Établissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT) les Romarins Annexe à Draguignan
- Établissement et Services d'Aide par le Travail (ESAT) du Haut Var à Salernes

L'offre de structures à destination des enfants handicapés comprend :

- Institut Médico-Éducatif (IME) Sylvabelle à Draguignan
- Institut Médico-Éducatif (IME) TED à Salernes
- Institut Médico-Éducatif (IME) du Haut Var à Salernes
- Institut Médico-Éducatif (IME) Saint Barnabé à Sillans-La-Cascade
- Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) Saint Barnabé à Sillans-La-Cascade
- Les Jardins d'Asclépios – ES à Draguignan
- Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) Madeleine LEMAIRE au Muy
- Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce (SAFEP SAAAS) Charles Loupot PEP 83 au Muy
- Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) CFA du Haut Var à Salernes
- Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) PEP 83 IUFM à Draguignan
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) Le Malmont à Draguignan

L'offre de structures de l'Aide Sociale à l'Enfance comprend :

- Un foyer de l'Enfance (FDE) à Draguignan
- Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) Les CADES à Sillans la Cascade

L'offre d'Établissements de l'Action Sociale pour Réinsertion Sociale comprend :

- L'Etoile à Draguignan
- Un centre d'accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) réparti entre deux sites (Lorgues et Draguignan)
- Appartement de Coordination Thérapeutique ADSEA (ACT) à Draguignan
- Lits Halte Soins Santé (LHSS) ADSEA du Var à Draguignan
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) le Malmont à Draguignan

Il faut savoir que dans le Var, qui est le département le moins bien doté de la région en structures médico-sociales, la Communauté d'Agglomération est elle aussi spécifiquement impactée.

Parcours de soins du territoire

Une recherche au travers des Affections de Longue Durée permet d'identifier les 5 pathologies les plus fréquentes sur le territoire à savoir :

- Le diabète
- Les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- Les maladies coronariennes
- L'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves et les cardiopathies congénitales graves

Dynamiques du territoire

Les travaux préparatoires à la CPTS et les entretiens ont fait ressortir les éléments suivants :

- Les forces de la structure
  - Forte cohésion des membres du bureau
  - Une diversité des profils au sein du Bureau (hommes/femmes – médicaux et paramédicaux)
  - Des membres actifs dans les instances départementales, régionales et nationales
  - Une dynamique importante de l'équipe opérationnelle et une grande réactivité
- Les faiblesses de la structure
  - Déséquilibre de la représentation des métiers à ce stade de la préfiguration du projet : beaucoup d'IDE, quelques pharmaciens, peu de kinésithérapeutes et peu de médecins au regard de leur représentativité sur le territoire
- Les opportunités pour la structure
  - Appui de la CPTS de Fréjus
  - Soutien des municipalités (Draguignan et petites communes)
  - CTA en devenir de PTA dynamique et active sur le territoire de la Dracénie
  - CHD : une nouvelle direction au cours du 2ème semestre 2019
  - CHD : réponse d'un appel à projet pour améliorer le lien ville-hôpital
  - Des praticiens hospitaliers déterminés à travailler avec les PS de Ville
  - Monopole de la plateforme de régulation des Ambulanciers sur le Var et les Alpes de Haute Provence
  - MSP Comps sur Artuby récemment opérationnelle
  - Polyclinique Notre Dame : une nouvelle Direction au cours du 1er semestre 2020
- Les menaces pour la structure
  - Polyclinique Notre Dame : un CME concentré sur son exercice et satisfait de l'accès aux soins proposé à ses patients
  - Monopole de la plateforme de régulation des Ambulanciers sur le Var et les Alpes de Haute Provence
  - CHD : une nouvelle Direction au cours du 2ème semestre 2019
  - MSP Comps sur Artuby récemment opérationnelle
- L'état et les besoins de la population
  - Un taux de mortalité et de morbidité élevé chez le sujet jeune (15/35 ans) et les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ischémiques
  - La consommation d'actes en médecine générale, en médecine pédiatrique, en kinésithérapie et en soins infirmiers est comparable à celle de la région (sauf pour la tranche d'âge des 15/35 ans). Pour les professions de sage-femme, d'orthophoniste et de psychiatrie, le nombre d'acte réalisé au sein du territoire est bien en deçà des données régionales et nationales, pouvant s'expliquer par une désertification dans ces spécialisations.
  - Une consommation supérieure à toutes les moyennes (régionales, départementales, nationales) de psychotropes, benzodiazépines anxiolytiques et

hypnotiques ainsi que les somnifères souvent prescrits par les généralistes due à l'absence d'une offre de soins adéquate en psychiatrie.

- Une consommation d'antibiothérapie élevée pouvant majorer le développement d'antibiorésistance. Antibiorésistance observée notamment lors des infections urinaires répétitives.[23]
- Un manque de recours à la médecine de prévention principalement pour la vaccination des jeunes enfants et de la grippe saisonnière.
- Une utilisation minorée de l'offre de dépistage du cancer colorectal et du col de l'utérus.
-

- En matière d'accès aux soins
  - Une seule structure d'exercice coordonné sur le territoire : la MSP de Comps sur Artuby ;
  - 87 médecins généralistes recensés en avril 2020 (Données SNDS) dont 46 de plus de 60 ans et 23 de plus de 65 ans.
  - 88 médecins spécialistes libéraux (hors médecine libérales) dont 34 de plus de 60 ans et 13 de plus de 65 ans.
  - Des difficultés à trouver un médecin traitant / des communes en difficulté concernant l'offre de médecine générale / des structures d'exercice
  - Une diminution des visites à domicile
  - Pas de service de garde géré par les médecins libéraux
  - Un manque de fluidité sur le recours aux soins non programmés actuellement séquencé en deux étapes :
    - Adressé aux CHD
    - Sous traitée à SOS Médecins

    Résultat : un engorgement du service des urgences
  - Une barrière environnementale avec un territoire nécessitant l'utilisation de moyens de transports routiers individuels
  - Plus de Conseil Local de Santé Mentale (C.L.S.M.) sur le territoire et un seul psychiatre libéral pour les 25 communes.
  - Des délais d'attente dans l'accès aux spécialistes

- En matière de coordination

23

Données GEODES

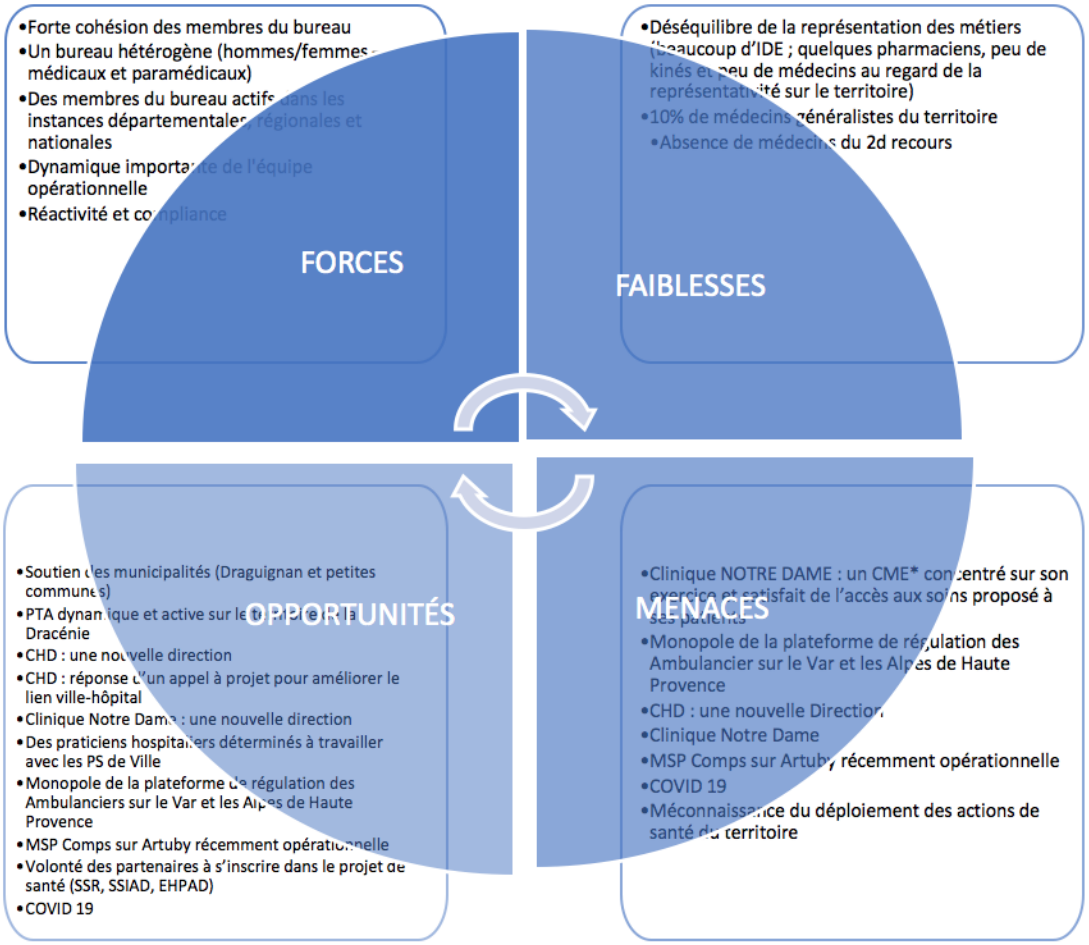
- Infections urinaires E.Coli résistantes aux fluoroquinolones isolées région 15.3% contre 11.4% en France, en médecine de ville
- Infections urinaires E.Coli productrices de BLSE (beta lactamase à spectre élargi 5.2% sur le territoire contre 3% au niveau nationale en médecine de ville
- Infections urinaires résistantes aux céphalosporines de 3ème génération 15.3% en Paca en 11.4% en médecine de ville.

- Une prise en charge à domicile à améliorer, notamment en sortie d'hospitalisation : absence d'outils de communication entre les professionnels libéraux et les institutionnels
- Des besoins importants en matière de prise en charge sociale, coordonnée avec la prise en charge sanitaire : complexité d'une prise en charge globale et individuelle de la personne.

En conclusion

Le schéma qui suit (issu d'une présentation élaborée en décembre 2019) permet d'identifier les forces et faiblesses qui mériteront l'attention des membres du bureau et des groupes de travail de la CPTS Dracénie Provence Verdon.

Les menaces et opportunités du territoire resteront présentes à l'esprit de chacun des acteurs dans un objectif de construction collective



Annexes diagnostic

A : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA

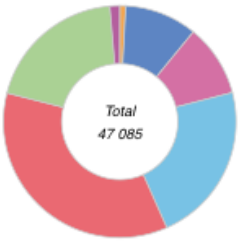
Zone d'étude **CA Dracénoise (etabl. public de coop. intercommunale)**, comparée avec **Paca**

PORTRAIT DE TERRITOIRE SOCIO-SANITAIRE - SOCIO-DÉMOGRAPHIE

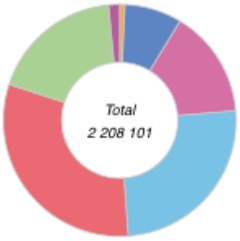
Catégories socioprofessionnelles

Catégories socio-professionnelles

CA Dracénoise



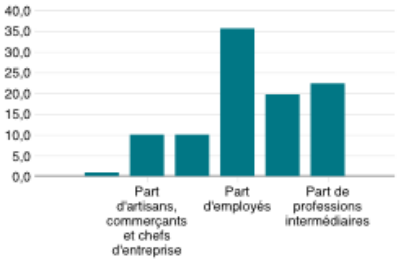
Paca



agriculteurs
artisans, commerçants et chefs d'entreprise
cadres
professions intermédiaires
employés
ouvriers
autres

Source : Insee, RP - 2016

Répartition par catégories socio-professionnelles



Source : Insee, RP - 2016

Evolutions des effectifs par catégorie socio-professionnelle (CSP)

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Nombre d'agriculteurs	397	16 061
Nb. d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 742	175 661
Nombre de cadres	4 732	331 549
Nombre d'employés	16 769	688 584
Nombre d'ouvriers	9 258	407 380
Nombre de professions intermédiaires	10 549	555 118
Autres	638	33 748

Source : Insee, RP - 2016

B : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA

SIRSé PACA – SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL EN SANTÉ DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Zone d'étude **CA Dracénoise (etabl. public de coop. intercommunale)**, comparée avec **Paca**

PORTRAIT DE TERRITOIRE SOCIO-SANITAIRE - SOCIO-DÉMOGRAPHIE

Démographie et logement

Démographie
Effectifs

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Personnes 75 ans vivant seules	3 846	211 095
Familles monoparentales	3 641	197 021
Personnes sans diplôme	23 923	1 121 920
Personnes de nationalité étrangère	7 525	357 413

Source : Insee, RP - 2016

Démographie
Taux

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Personnes 75 ans vivant seules (%)	37,4		42,2
Familles monoparentales (%)	24,7		28,1
Personnes sans diplôme (%)	29,1		29,8
Personnes de nationalité étrangère (%)	7,0		7,1

Source : Insee, RP - 2016

Logement
Effectifs

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Résidences principales en HLM	4 157	262 457
Résidences principales occupées par des locataires	17 358	959 934
Résidences secondaires ou logements occasionnels	8 368	540 035

Source : Insee, RP - 2016

Logement
Taux

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Résidences principales en HLM (%)	8,8		11,6
Résidences principales occupées par des locataires (%)	36,8		42,3
Résidences secondaires ou logements occasionnels (%)	13,5		17,8

Source : Insee, RP - 2016

C : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA

Part de personnes diplômées du supérieur

Chiffres-clés 2017

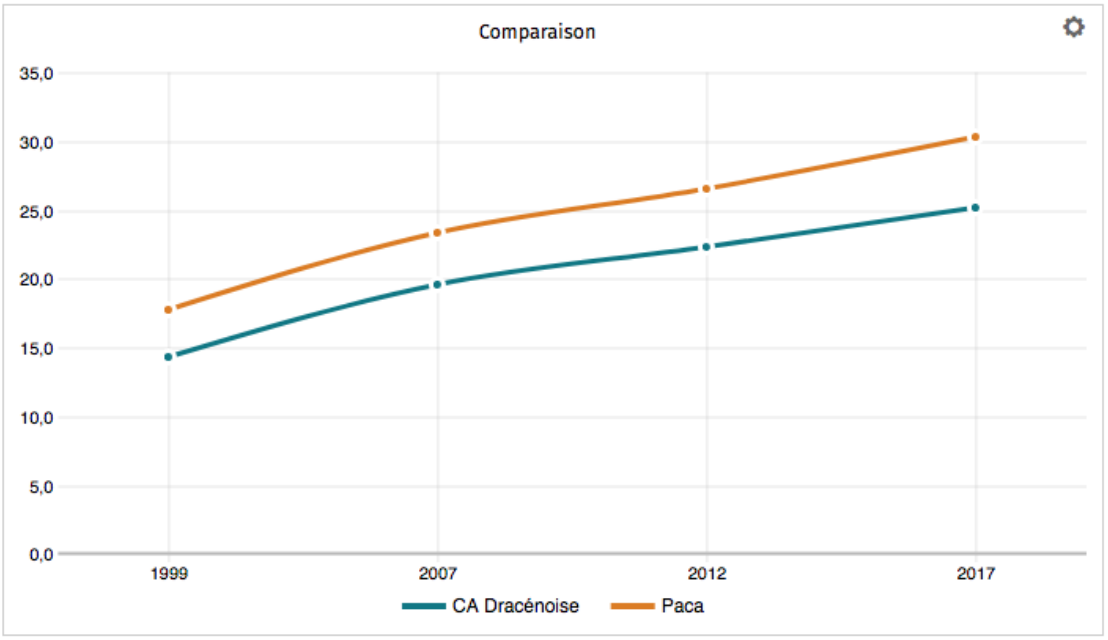
Paca : 30,3 %

CA Dracénoise : 25,2 %

Statistique	Paca
minimum	17,7 (CC Rhône Lez Provence - 200000628)
maximum	37,1 (CA de Sophia Antipolis - 240600585)
médiane	26,7
observations valides	52 sur 52

Graphiques et comparaisons

Évolution temporelle comparée



D : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA

SIRSé PACA — SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL EN SANTÉ DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR — ORS

Zone d'étude **CA Dracénoise (etabl. public de coop. intercommunale)**, comparée avec **Paca**

PORTRAIT DE TERRITOIRE SOCIO-SANITAIRE - SOCIO-DÉMOGRAPHIE

Chômage

Chômage et activité de la population
Effectifs - Total

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Nombre de chômeurs chez les 15-64 ans (RP)	7 397	332 035
Nombre d'actifs occupés	39 413	1 875 450

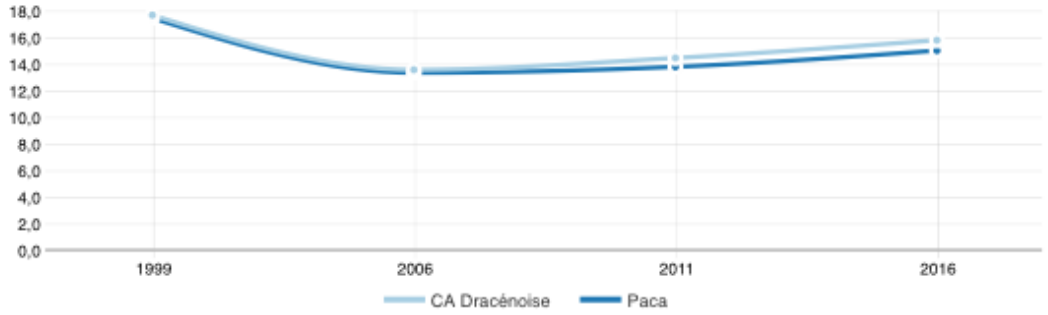
Source : Insee, RP - 2016

Chômage et activité de la population
Taux - Total

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Taux de chômage chez les 15-64 ans (RP) (%)	15,8	▲	15,0
Taux d'emploi (%)	60,9		61,2

Source : Insee, RP - 2016

Chômeurs par sexe
Total



Source : Insee, RP

Demandes d'emploi
Effectif

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Nb. de DEFM cat. A, B, C de longue durée	N/A	221 560
Nb. de DEFM cat. A, B, C de moins de 25 ans	1 480	63 940
Nb. de DEFM cat. A, B, C de 50 ans ou plus	2 780	133 720

Source : Insee - 2017

Demandes d'emploi
Taux

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Part de DEFM cat. A, B, C de longue durée (%)	N/A		43,4
Part de DEFM cat. A, B, C de moins de 25 ans (%)	14,6	▲	12,5
Part de DEFM cat. A B, C de 50 ans ou plus (%)	27,4	▲	26,2

Source : Insee - 2017

E : SIRSé PACA – ORS – Zone d'étude CA dracénoise comparée à la région PACA

SIRSé PACA – SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL EN SANTÉ DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Zone d'étude **CA Dracénoise (etabl. public de coop. intercommunale)**, comparée avec **Paca**

PORTRAIT DE TERRITOIRE SOCIO-SANITAIRE - SOCIO-DÉMOGRAPHIE

Démographie et logement

Démographie
Effectifs

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Personnes 75 ans vivant seules	3 846	211 095
Familles monoparentales	3 641	197 021
Personnes sans diplôme	23 923	1 121 920
Personnes de nationalité étrangère	7 525	357 413

Source : Insee, RP - 2016

Démographie
Taux

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Personnes 75 ans vivant seules (%)	37,4		42,2
Familles monoparentales (%)	24,7		28,1
Personnes sans diplôme (%)	29,1		29,8
Personnes de nationalité étrangère (%)	7,0		7,1

Source : Insee, RP - 2016

Logement
Effectifs

Indicateurs	CA Dracénoise	Paca
Résidences principales en HLM	4 157	262 457
Résidences principales occupées par des locataires	17 358	959 934
Résidences secondaires ou logements occasionnels	8 368	540 035

Source : Insee, RP - 2016

Logement
Taux

Indicateurs	CA Dracénoise		Paca
Résidences principales en HLM (%)	8,8		11,6
Résidences principales occupées par des locataires (%)	36,8		42,3
Résidences secondaires ou logements occasionnels (%)	13,5		17,8

Source : Insee, RP - 2016

ANNEXE 3

Annexe 3 : liste des adhérents aux 01/09/20

	NOM	PRENOM	PROFESSION
1	ABRIL	SOPHIE	Ide
2	ADASSUS	Céline	Ide
3	AHMED YAYA	Faouzi	Ide
4	ALBERT	SARAH	Ide
5	BARBAGALLO	MICKAEL	Ide
6	BARTOLI ROSEL	Sonia	Ide
7	BAUDINO	MAILIS	Ide
8	BECOURT	KARINE	Ide
9	BEN HADJ MESSAOUD	Sarah	Médecin généraliste
10	BENEFICE	JEAN-YVES	Ide
11	BENEFICE	Stéphanie	Ide
12	BEYAERT	CHARLOTTE	Ide
13	BIONDI	ANAIS	Ide
14	BONO	MARJORIE	Ide
15	BOSSUS	GAELLE	Ide
16	BOUROT	LAURENCE	Ide
17	BOUVART-FOUQUES	CECILE	Ide
18	BRIOLAY	STEPHANE	Ide
19	BRISSET	Laurence	Ide
20	BROTTIER	Pierre	Ide
21	BROUSSE	Virginie	Ide
22	BUCHET	ELODIE	Ide
23	CALDEI	DANIELLE	Ide
24	CAPELLI	EMMANUELLE	Ide
25	CHAMPREDONDE	Caroline	Ide
26	CHIESA	Audrey	Ide
27	CLOAREC	Pascal	Ide
28	COCOUAL-RENARD	GAELLE	Pédicure/podologue
29	COLIN	CHRISTELLE	Ide
30	CONAN	VIRGINIE	Pédicure/podologue
31	CORNILLE	Myriam	Ide
32	COULLET	CYRIL	Ide
33	COURTOIS	MAGALI	Ide
34	DARIOSECQ	Melissa	Ide
35	DELATTRE	MARIE-FRANCE	Ide
36	DHIEUX	Carole	Pédicure/podologue
37	DUFFOUR	MELISSA	Ide
38	DUPONT	Magalie	Ide
39	DUREAU	FLORENCE	Pédicure/podologue
40	ECHEVIN	Barbara	Ide
41	EINAUDI	PAMELA	Ide
42	ESCRIVA	Sophie	Ide
43	EYGLIER	Laura	Ide
44	FAVIER	KARINE	Ide
45	FRENDO	THOMAS	Pharmacien
46	GAMBILLON	Elodie	Ide

47	GAY	JOELLE	Ide
48	GBETIE	SABRINA	Ide
49	GIGAN	AMANDINE	Ide
50	GIUGE	Magali	Ide
51	GROUX	YVES	Ide
52	GUERLAIS	SYLVIE	Ide
53	GUILHAUMON	HARMONY	Ide
54	GUINTRAND	Fabienne	Ide
55	HUSSENOT	Tania	Ide
56	JANNIN	AGNES	Ide
57	JAUFFRED	MARIE	Ide
58	JOLY	MARION	Ide
59	KHOLER	Barbara	Ide
60	KOKOT	ARMELLE	Ide
61	KOKOT	ARNAUD	Ide
62	LAMY	SYLVIE	Ide
63	LATIL	MELANIE	Kinésithérapeute
64	LE GOURRIEREC	FABIENNE	Ide
65	LEMATTE	Christine	Ide
66	LETRENE	Elisabeth	Ide
67	MARCAILLOU	ISABELLE	Ide
68	MARCUS TAVERNIER	ANAIS	Ide
69	MAURO	Myriam	Ide
70	MAZIERE	NADINE	Ide
71	MIGNON	Marie-pauline	Pharmacienne
72	MOQUEREAU-KLINGLER	Magali	Orthophoniste
73	MUZY	STEPHANE	Ide
74	PEDRASSI	Laurent	Pharmacien
75	PEDRASSI	Nathalie	Pharmacien
76	PERRIN	SOPHIE	Ide
77	PICARD	CATHERINE	Ide
78	PIRIOU	OLIVIER	Pharmacien
79	PUGLIESE	CINDY	Ide
80	QUINCHON	MAXIME	Ide
81	QUINCHON	CHRISTELLE	Ide
82	RAYBAUD	ISABELLE	Pharmacienne
83	RENOUX	Nelly	Ide
84	ROUVIER	HENDRIK	Ide
85	ROUVILLE	Aurelia	Ide
86	RUEBLER	Sarah	Ide
87	SADAILLAN	VINCENT	Pharmacien
88	SAILLY	SABINE	Ide
89	SAPPA	Coralie	Médecin généraliste
90	SCHLEGEL	LAURENT	Biologiste
91	SCHON-DARDAINE	GHISLAINE	Orthophoniste
92	SOLER	Laurence	Ide
93	SOUINI	Sanaa	Ide
94	STAERK	AURELIE	Ide
95	STRANGIO	STEPHANIE	Ide
96	TEISSIER	Caroline	Médecin généraliste
97	TERCERO	LAURENCE	Ide

98	TESSIER	MAGALI	Ide
99	TREGAN	Brice	Médecin généraliste
100	TROIN	Martine	Pharmacienne
101	TRULLEMANS	Monique	Ide
102	VAN ROMPAEY	Moata	Ide
103	VARIO	Franck	Médecin généraliste

Un lancement des adhésions a été fait mi-octobre. Actuellement, nous comptons l'adhésion de 4 nouveaux médecins généralistes.

ANNEXE 4

Annexe 4 : fiches actions

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	***Accès aux médecins traitants***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• *7.9% de patients âgés de plus de 17 ans sans médecin traitant (-2% p/r aux chiffres régionaux et neutralisation de certaines communes à hauteur de 48%).* • *0.8% de patients âgés de plus de 17 ans en ALD sans médecin traitant (+0.1 p/r aux chiffres nationaux).* • *1572 patients vus par un médecin généraliste sur le territoire par an.* • *4620 actes par généraliste fait en une année sur le territoire contre 4346 au niveau régional.* • *3829 consultations par généraliste au niveau régional.* • *En avril de 2020, c'est 25.3 % des médecins généralistes qui ont plus de 65 ans et 51 % de plus de 60 ans* *Attention à prendre en considération, des Médecins référencés en médecine générale exerce une « spécialité » ou ne traite que des soins non programmés.*
Objectif général et objectifs spécifiques	***Objectifs généraux :*** • *Faciliter l'accès à un médecin traitant* • *Structurer une organisation de prise en charge des patients sans médecin traitant.* ***Objectifs spécifiques :*** • *Informer les MG de l'existence de la CPTS* • *Anticiper les fins d'activités des MG avec une réorientation des patients* • *Repérer les capacités de prise de soins supplémentaires*
Publics bénéficiaires	*Population de la CPTS et en priorité les patients en ALD ou plus de 70 ans ou ayant la C2S*

Actions envisagées	**1/ Définir une organisation (procédure par logigramme) :**
	• Recensement des personnes prioritaires :
	  ○ ALD
	  ○ Plus de 70 ans
	  ○ C2S pour la 3ème année
	• Identifier les patients sans médecin traitant
	• Cartographier les médecins traitants
	• Recenser les nouvelles installations et les départs à la retraite
	2/ Mettre en place des réunions d'information sur le rôle de la CPTS vis-à-vis des médecins traitants
	• Sensibiliser sur les actions en cours, leurs objectifs et les modalités
	• Communiquer sur l'existence des ressources humaines possibles (assistant médical, IPA).
	• Promotion des assistants médicaux (dispositif qui permettra de libérer le temps médical)
	3/ Développer la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins à domicile
	• Choix d'un outil commun
	• Formation aux outils, à leur utilisation et à la réglementation

Moyens nécessaires (leviers)	• Procédure de recensement des patients prioritaires sans médecin traitant (communications diffusées par la CPAM auprès des usagers) • Cartographie des médecins traitants, des assistants médicaux, des exercices coordonnés acceptant de nouveaux patients en suivi (ouverture de la file active). • Fiches de renseignements pour le recensement de l'accès aux médecins traitant (horaires, plage rdv et sans rdv). • Système d'information : - Site internet : fiche de signalement des patients sans médecin déclaré • Logiciel de télémédecine et matériel de diagnostic
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS et médecins traitants du territoire. Partenaires : CPAM, collectivité locales, Msa, structures sociales, médico-sociales et sanitaires.
Coordonnateur de l'action	*Docteur Franck Vario en soutien Cindy Pugliese*
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	***2021 (selon date de signature)*** • Mise en place d'une procédure de recensement des patients sans médecin traitant • Réunions de rencontres avec les MG (3 par an). • Création de la cartographie des médecins-traitants en exercice. • Etude de marché sur la télémédecine
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens :** - Nombre de réunions avec les médecins traitants - Existence de la cartographie des médecins traitants - Existence d'une procédure de recensement des patients sans médecin traitant **Indicateurs de résultats :** - Nombre de médecins traitants adhérents à la CPTS - Taux de patients avec médecin traitant - Taux de patients ALD sans médecin traitant - Taux de patients de plus de 70 ans sans médecin traitant - Taux de patients C2S sans médecin traitant

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Accès aux Soins Non-Programmés (SNP)***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• *20.7% des passages aux urgences sont sans hospitalisation (basé sur le forfait ATU, 22.9 % au niveau du département).* • 38.6% sont des entrées directes en médecine (43.6% au niveau national). • 87 médecins généralistes : 46 plus de 60 ans dont 23 de plus de 65 ans • 88 médecins spécialistes : 34 de plus de 60 ans dont 13 de plus de 65 ans L'activité des SNP par la clinique Notre Dame est neutralisée au sein de ces données (service privé des urgences)
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectif général :** • Proposer une organisation visant à permettre la prise en charge le jour même ou dans les 24h de la demande d'un patient en situation d'urgence non vitale. **Objectifs spécifiques :** • Maintenir l'existant et développer des plages d'accueil des soins non programmés par les médecins généralistes. • Recenser et développer l'offre existante des SNP chez les spécialistes en cardiologie et en psychiatrie. • Inciter l'utilisation de la télémédecine et de la téléexpertise.
Public bénéficiaire	La population du territoire
Actions envisagées	**Recenser et maintenir l'existant** • Cartographier les créneaux horaires sans rendez-vous des médecins généralistes • Cartographier les spécialistes et recenser leurs plages de SNP. • S'appuyer sur SOS Médecin dans l'organisation de la PDSA en favorisant le lien entre les médecins de ville, (lecture anticipée des plannings de garde...). • Proposer une nouvelle organisation de SNP • Informer les professionnels de santé des dispositifs existants. **Adapter l'offre de SNP aux besoins de la population** • Intégrer la télémédecine et la téléexpertise à l'offre de SNP • Sensibiliser les professionnels aux nouveaux métiers (IPA, ide asalée et assistant médical) • Coopérer avec le CH Draguignan dans la création d'un nouveau dispositif au sein de ses locaux (maison de garde, cabinet médical libéral intra hospitalier...) • Faciliter les entrées directes en médecine. • Intégrer les ressources possibles du territoire (médecins retraités) • Promouvoir des créneaux de SNP en intégrant le dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation.

Moyens nécessaires (outils)	- Fiche de renseignements pour les médecins sur leur activités (horaires, jours, SNP) - Agenda partagé/ support SOS médecins (régulation) - Protocole de télémédecine - Protocole de téléexpertise dédié aux plaies et cicatrisation en partenariat avec le Centre hospitalier - Répertoire téléphonique des praticiens du CH, de la Clinique pour faciliter les entrées directes - Répertoire des ressources supplémentaires (assistants médicaux et médecins retraités).
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS et médecins du territoire. Partenaires : structures sociales (association promo-soins...), médico-sociales (EHPAD...) et sanitaires (CH de Dracénie, Polyclinique Notre Dame...).
Coordonnateur de l'action	*Dr Caroline Teissier, Dr Esmingeau Etienne, en soutien Mme Cindy Pugliese*
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	***1er quadrimestre 2021*** - Recensement des créneaux horaires sans rendez-vous des médecins généralistes (listing ou répertoire) - Cartographie des spécialistes et recensement de leurs plages de SNP. - Rencontres avec la Clinique et le Centre hospitalier pour débuter un travail sur l'organisation pour la réalisation des entrées directes en service. (ex : mise en place d'un numéro de téléphone pour joindre les médecins de garde dans les services destinés aux médecins de 1er et 2nd recours). - Amorce du projet de dispositif de SNP du Centre Hospitalier avec la participation de la CPTS (modèle d'organisation en cours d'étude) : identification des leviers, freins. Proposition de modalités de fonctionnement au regard des besoins des professionnels libéraux de ville et de la population - Repérage des médecins de 1er recours retraités et volontaires pour réaliser des missions en SNP. - ***2eme quadrimestre 2021*** - Mise à disposition des cartographies ***3eme quadrimestre 2021*** - Validation des protocoles de télémédecine et téléexpertise
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens** - Création d'une cartographie à partir du recensement des créneaux disponibles par type de professionnel de santé - Elaboration de protocoles de télémédecine et téléexpertise **Indicateurs de résultats** - Taux de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation - Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un PS de ville - Nombre de créneaux de SNP.

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle/complémentaire de l'ACI à laquelle les actions se rattachent	***Parcours de la Personnes âgées (PA)***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• Population vieillissante : nette surreprésentation des personnes de plus de 50 ans et particulièrement des personnes de 79 ans et + (source Insee). • Précarité financière avec une proportion élevée du minimum vieillesse (source Carsat 2016). • Difficulté d'accès aux soins liée aux réseaux routiers (Cf feuille de route de l'ARS du 03.08.20) ; couverture géographique de l'hôpital est de 915 km2 (communes neutralisées : Aups, Tourtour, Villecroze, Régusse, Moissac, Baudinard, Bauduen, les salles) avec des temps de transport pouvant atteindre 45 min. • Taux d'équipement EHPAD le plus faible du département (6,5% VS 11,90%). • Pour les EHPAD, Le taux d'hospitalisations complètes au niveau régional (1,46%) est supérieur au niveau national (1,39%) (données 2017TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL). • Territoire géographique peu couvert par les ESMS
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectifs généraux :** Renforcer et sécuriser le maintien à domicile de la personne âgée de 75 ans et plus **Objectifs spécifiques :** • Prévenir la perte d'autonomie • Anticiper les ruptures de parcours au domicile (connaissance de l'offre, prévention, repérage de la fragilité) • Renforcer et sécuriser le maintien à domicile (EMGEH, PTA…) • Améliorer le lien ville-hôpital (partenariat CHD, SSR…) • Faciliter la circulation de l'information entre les professionnels (e-parcours, télémédecine…)
Public bénéficiaire	*Personnes âgées de 75 ans et plus*
Actions envisagées	**Informer sur l'existant** • Identifier les dispositifs existants, leurs missions et leurs articulations • Relayer les actions menées par la PTA, SEC, PLS. *La CPAM propose de promouvoir la visite à domicile par les PS pour répondre au constat fait dans le diagnostic.* **Prévenir la perte d'autonomie** • Participer à la prévention et au repérage de la fragilité en s'appuyant sur les outils de la PTA. **Créer du lien entre les acteurs ville-hôpital-SSR**

	• Améliorer les échanges sur les données médicales, sociales, familiales et environnementales. • Anticiper les sorties d'hospitalisation et faciliter les entrées directes. • Promouvoir l'accès en SSR. **Anticiper les ruptures de parcours au domicile** • Soutenir les Ehpad dans la mise en œuvre de la télémédecine • Collaborer avec l'équipe mobile de gériatrie dans leurs actions d'évaluation. • Interagir avec les acteurs sociaux et médicaux intervenant au domicile.
Moyens nécessaires (outils)	- Organigramme des interactions des dispositifs existants. - Supports numériques et d'évaluation : télémédecine, logiciel « e-parcours », DMP, Plan personnalisé de santé, BMP... - Dossier unique de demande d'entrée directe en SSR. - Répertoire CHD (en cours de co-rédaction) avec l'accès facilité (ligne directe, demi-journée multi-rendez-vous). - Outils de dépistage PTA (journée de prévention, relayage des protocoles d'évaluation).
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS ; professionnels libéraux Partenaires : PTA, MAIA, Centre hospitalier, Polyclinique Notre Dame, Equipe mobile de gériatrie, SSIAD, SAAD.
Coordonnateur de l'action	*Dr Coralie Sappa, Mme Marion Joly, Idel, en soutien Mme Cindy Pugliese*
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	**1er quadrimestre 2021 :** - Recensement, rencontres et logigramme des acteurs - Promotion du BMP **2ème quadrimestre 2021** - Elaboration du dossier unique entrée SSR - Contribution à l'élaboration du répertoire CH - Rédaction et validation d'une fiche de liaison ville-hôpital. **3ème quadrimestre 2021** - Journée de dépistage (risque de chute et dépression)
Evaluation : critères et indicateurs	• Nb actions prévention vers PA et/ou aidants • Nb de PA bénéficiaires d'expertise gériatrique à domicile • Nb de PA bénéficiaires d'expertise gérontopsychiatrie à domicile • Nb PA ayant un MT • Nb PA bénéficiant d'un Bilan de soins infirmiers • Nb PA bénéficiant d'un Bilan de médication partagé, • Nb de Plan Personnalisé de Santé • Nb DMP alimentés, nb projet TLM en gériatrie, Nb actes TLM en gériatrie • Taux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour les PA • Taux hospitalisations non programmées

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Parcours en situation de crise sanitaire***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	**Expérience de la crise Covid 1ère vague** • Adaptabilité de l'offre de soins nécessaire lors d'une situation exceptionnelle de crise pandémique sur notre territoire. • Crise « Covid » : manque de flexibilité et de coordination des acteurs sur le territoire (sondage URPS Ide 50% des acteurs). • Renoncement aux soins de la population avec une désertion des cabinets médicaux. • Manque de formation des professionnels • Déploiement d'un exercice coordonné • Défaillance au niveau de la communication à destination de la population, entre acteurs institutionnels. • En PACA, 10 897 résidents en Ehpad contaminés depuis mars 2020 et 1113 décès • *Dans le var, 1170 résidents d'Ehpad contaminés et 223 décès*
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectif général :** • Organiser l'offre sanitaire pour un accès optimal aux soins pour l'ensemble de la population (saine, à risque et atteinte). **Objectifs spécifiques** • Définir un programme d'actions en cas de crise épidémiologique avec des phasages • Anticiper les besoins humains et matériels • Définir une stratégie de communication • Apporter un soutien aux professionnels
Public bénéficiaire	La population de la CPTS, les Professionnels de Santé et les différents acteurs du territoire.
Actions envisagées	**Veille sanitaire :** - Pratiquer une veille sanitaire sur le territoire et communiquer auprès des acteurs municipaux, sanitaires ainsi qu'auprès de la population. - Pratiquer une veille sanitaire et législative sur la base des recommandations officielles (nationales, régionales et départementales) en vigueur afin de communiquer sur les nouvelles modalités. - Partager, ajuster et déployer les préconisations issues des veilles sanitaires dans un objectif d'efficience opérationnelle auprès de l'ensemble des acteurs du territoire dans l'intérêt de la population **Accompagnement des professionnels :** - Former les professionnels aux pratiques liées à la prise en charge spécifique - Mettre en place un soutien psychologique pour les professionnels

	- Faciliter l'organisation familiale des professionnels en partenariat avec les collectivités locales (accueil des enfants avec des horaires élargis…). - Apporter un soutien aux établissements d'hébergement des personnes âgées. **Définir un parcours de PEC des patients atteints par le virus, tout en assurant la continuité des soins pour les autres patients (chroniques…) :** - Déployer un dispositif d'accueil (en respectant la continuité des soins des autres patients) entre la ville et l'hôpital des personnes contaminées lorsque la charge virale circulante est importante (logigramme à élaborer). - Coconstruire avec les acteurs une organisation dans la prise en charge des patients « Covid » : définir les critères d'entrée et de sortie d'hospitalisation, de surveillance en ville et élaboration d'un parcours. **Communication :** - Relayer les dispositifs existants en collaboration des municipalités : lieux horaires et missions par la mise en œuvre d'une communication publique. - Communiquer sur la continuité des soins malgré les dispositifs d'accueil spécifiques pandémie
Moyens nécessaires (outils)	Système d'information : • Site internet : pour la communication • Intranet pour le partage des documents relatifs à la gestion administrative de l'association. Communication : • Groupes d'entraide, réseaux sociaux, PQR (Var Matin) • Fiche de suivi et surveillance à domicile • Fiche de liaison ville-hôpital • Ligne directe service « Covid » • Flyer à destination des professionnels de santé et des patients : « *qu'est-ce qu'un cas contact ?* » • Flyer à destination des professionnels de santé et structures d'exercices coordonnées diffusé sur le territoire national, régional, départementale : « *les tests antigéniques* ». • Réunions de cellule de crise Compétences et qualité de PEC • Arbre décisionnel • Utilisation des tests antigéniques • Journées de formation en hygiène, aux pratiques de prélèvements et en gestion de crise • Répertoire des PS prenant en charge les patients « Covid+. » • Élaboration d'un projet de centre de consultations ; centre de dépistage
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS et médecins du territoire. Partenaires : CPAM, collectivité locales, Msa, centre hospitalier de la Dracénie, Polyclinique Notre Dame, PTA, ARS...
Coordonnateur de l'action	Docteur Franck Vario, Dr Marc Termonia et en soutien Mme Cindy Pugliese

Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	***Depuis mi-2020 à 1er trimestre 2021*** - Début du travail sur le phasage en gestion de crise - Formation sur la gestion de crise : choix intervenant et planification - Soutien des actions de droit commun - Soutien des professionnels en ville et en structures médico-sociales - Vieille sanitaire, législative, scientifique et communication - Création d'un stock de protections (EPI) - Déploiement de la vaccination - Elaboration d'un arbre décisionnel (consensus entre tous les acteurs au regard de leurs moyens) ***2ème et 3ème trimestre 2021*** - Groupe de pilotage sur la formalisation d'un protocole de phasage : 8 réunions. - Soutien des actions de droit commun - Soutien des professionnels - Veille sanitaire, législative et scientifique - Mise en œuvre de la formation de gestion de crise ***3ème et 4ème trimestre 2021 (suite)*** - Evaluation des besoins de formation des professionnels de santé sur la crise Covid et réalisation de formations en partenariat avec centre hospitalier, clinique et ville. - Promotion de la communication entre tous les acteurs de gestion de crise. - Rencontre avec les Ehpad sur l'organisation spécifique lors d'un confinement ou d'un cluster dans leur structure.
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens** - Tableau de suivi d'activité d'un centre de consultations, de prélèvement... - Nombre de participants aux journées de formations **Indicateurs de résultats** - Pourcentage de malades « infectés » reçus par le service des urgences de l'hôpital de draguignan - Nombre d'hospitalisations « Covid » au Centre hospitalier de Draguignan (et à la polyclinique) - Nombre d'interventions des professionnels libéraux en soutien des Ehpad et autres structures (en fonction des besoins).

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Prévention des maladies cardio-vasculaires***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• Taux de mortalité important liés à des pathologies cardio-vasculaires (AVC, infarctus) majoré probablement par l'étendue du territoire et la méconnaissance de la population à avoir un suivi pathologique et une nécessité de consultation réactive. 2ème cause de mortalité en France (24.2%) • 3% de maladies coronaires sur le bassin (2.5% dans la région) • 3371 patients connus porteur d'une maladie coronaire (données rezone)
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectif général :** • Prévenir les maladies cardio-vasculaires (préventions secondaire et primaire) **Objectifs spécifiques :** • Réaliser un parcours regroupant l'ensemble des professionnels participant à cette prise en charge : ville/hôpital/clinique/EHPAD… • Décliner au niveau local les campagnes et plans nationaux en lien avec les ressources du territoire • Promouvoir l'autosurveillance
Public bénéficiaire	Public atteint de pathologies cardiovasculaires
Actions envisagées	**Relayer les campagnes de prévention existantes** **Recenser l'existant** - Cardiologues - Actions des SEC et PND destinées au public. - Existence d'un protocole d'autosurveillance de HTA ou d'un dispositif d'accompagnement pour l'autosurveillance HTA **Participer au déploiement des actions du territoire** - Déploiement de la formation ETP **Campagne de téléexpertise sur le dépistage de l'HTA** Organiser 2 journées de téléexpertise HTA (cardiologue) auprès des patients suivis à domicile.

Moyens nécessaires (leviers)	• Projet Local de Santé • Annuaire des cardiologues • Journée de dépistage de l'HTA • Téléexpertise
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS et professionnels libéraux. Partenaires : Cardiologues intra et extra hospitaliers, PND, pharmaciens, SEC, IDEL, MSA
Coordonnateur de l'action	*Mme Nathalie Pedrassi, pharmacienne, Aurelie Staerk, IDEL, en soutien Cindy Pugliese*
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	**1er Quadrimestre 2021** • Recensement et rencontres des cardiologues (exercice libérale et salarié) • Identification des campagnes et plan de prévention en santé **2ème quadrimestre 2021** • Repérage et intégration aux projets d'actions locales. • Elaboration de la campagne de dépistage HTA • Formation en éducation thérapeutique par le programme ETP de la MSA (convention signée) **3ème quadrimestre 2021** • Définition d'un protocole d'utilisation de la téléexpertise en suivi d'HTA
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens** • Nombre de relais de campagne de prévention nationale • Nombre d'actions de prévention des maladies cardiovasculaires • Existence d'un annuaire de cardiologues • Nb de nouveaux professionnels formés à l'ETP maladies cardio-vasculaires **Indicateurs de résultats** • Nombre de patients ayant participés aux journées de dépistage HTA. • Nombre de patients adressés aux journées de dépistage. • Nombre de patients pris en charge à l'issue de ces journées de dépistage.

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Prévention par la vaccination « Gardasil »***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	➢ *Données HAS : « La vaccination contre les infections à papillomavirus humains a été introduite dans le calendrier vaccinal et remboursée à partir du mois de juillet 2007. En 2018, la CV était estimée à 29,4 % pour la 1ère dose chez les filles âgées de 15 ans et à 23,7 % pour le schéma complet pour les filles âgées de 16 ans (7). Ce taux a diminué depuis sa commercialisation (29,1 % pour une dose en 2010 vs 19,4 % en 2014), mais il augmente progressivement depuis 2015 dans un contexte d'augmentation globale de la CV (Tableau 2). Recommandation vaccinale - Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons HAS / Service évaluation économique et santé publique 12 Tableau 2 : Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une dose et schéma complet d'après Fonteneau et al., 2019 (7) Année de naissance 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 Couverture vaccinale pour une dose à 15 ans 29,1 28,7 20,9 19,8 19,4 20,6 23,6 26,2 29,4 Couverture vaccinale selon le « schéma complet » à 16 ans 25,3 22,4 17,0 15,7 13,2 19,5 21,4 23,7 - La couverture HPV selon le « schéma complet » (deux ou trois doses selon l'âge, le vaccin et la période considérée) reste insuffisante puisqu'elle était de 23,7 % chez les jeunes filles de 16 ans en 2018, avec des variations selon les départements. Comme illustrée dans la figure suivante, la CV était inférieure à 15 % dans 11 départements (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Aude, Lot, Pyrénées-Orientales, Vaucluse, Seine Saint-Denis, La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) et supérieure à 30 % dans 15 départements (Les Ardennes, Aube, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Somme, Vendée, Haute »* ➢ *Requête CPAM concernant la vaccination par gardasil 9 (ainsi que gardasil et cervarix très minoritaires) sur les communes de votre CPTS du 01.01.2020 au 15 février 2021 : 605 bénéficiaires et 819 vaccinations. Pour information, sur le var : 7437 bénéficiaires, 1508 prescripteurs.*
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectif général :** • Améliorer la couverture vaccinale chez les moins 26 ans **Objectifs spécifiques :** • Sensibiliser et informer le public cible de l'existence du vaccin • Accompagner les professionnels de santé dans le déploiement de la vaccination « Gardasil »
Public bénéficiaire	Personnes âgées de moins de 26 ans,
Actions envisagées	**Identifier les campagnes et plans de prévention nationaux** **Elaborer des supports d'information destinés :** - Aux professionnels de santé - Aux parents - Aux bénéficiaires **Informer les acteurs de santé du territoire des actions envisagées** **Sensibiliser les médecins sur la vaccination** **Organiser une journée de sensibilisation en milieu scolaire (établissements secondaires et supérieurs du territoire)**

Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : CPTS et professionnels libéraux, médecins libéraux, CRES PACA Partenaires : médecine scolaire (médecins et infirmières), service de gynécologie et pédiatrie du Centre Hospitalier, directeur d'établissements enseignements,...
Coordonnateur de l'action	*M. Olivier Piriou, pharmacien, Dr Caroline Teissier, en soutien Cindy Pugliese*
Moyens nécessaires (leviers)	• Répertoire des acteurs en santé et du personnel enseignant concerné • Courrier et/ou mail aux acteurs précités • Les médias CPTS pour le déploiement de la campagne de vaccination locale. • Supports de communication d'information
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	**1er Quadrimestre 2021** • Recensement des campagnes de prévention • Contact avec les différents acteurs de la scolarité **2ème quadrimestre 2021** • Construction des supports de communication • Informations aux médecins sur les démarches entreprises par la CPTS • Organisation d'une campagne de prévention avec les différents partenaires **3ème quadrimestre 2021** • Déploiement de la campagne de prévention • Maintien de la sensibilisation et de l'accompagnement des acteurs médicaux et les acteurs scolaires.
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens** • Nombre de supports de communication • Nombre de campagnes de prévention réalisées. • Nombre de réunions faites avec les acteurs de la médecine scolaire **Indicateurs de résultats** • Evolution de la couverture vaccinale et du taux de vaccination (en fonction des données disponibles)

Elargissement futur vers la vaccination méningocoque B selon l'avancement de la mission et selon l'évolution du contexte pandémique

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Prévention de l'addiction aux écrans***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• Addiction aux écrans : un tiers des Français se dit concerné. Selon une étude « Elabe », un Français sur trois se déclare dépendant aux écrans. • 1 psychiatre libéral sur le territoire + 1 en MSP d'Aups (hors territoire). • Le rapport de l'étude ELFE de 2018 concerne les activités physiques et l'usage des écrans des enfants de 2 et 3,5 ans. On y note les points suivants : o Dès 2 ans, 28% des parents déclarent que leur enfant joue sur un ordinateur ou une tablette 1 à 2 fois par semaine, 10% que l'enfant joue quotidiennement sur un smartphone, 6,6% que l'enfant joue occasionnellement sur une console de jeux et 67,7% que leur enfant regardequotidiennement la télévision (Gassama et al., 2018). o A l'âge de 3,5 ans, ces proportions augmentent pour atteindre 13,1% qui déclarent que l'enfant joue au moins 1 fois par semaine sur un ordinateur,49,9% qu'il utilise une tablette, 16,4% qu'il joue sur un smartphone au moins 1 fois par semaine, 8% qu'il joue sur une console et que plus de 40% déclarent que leur enfant regardait la télévision plus de 30 minutes par jour en semaine et 37,6% en week-end.
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectif général :** • Sensibiliser la population et les acteurs des champs sanitaire et éducatif aux conduites addictives liées aux écrans. **Objectifs spécifiques :** • Décliner au niveau local les campagnes et plans nationaux en lien avec les ressources du territoire. • Soutien au CSAPA dans les actions déployées. • Sensibiliser les établissements scolaires, les « associations jeunesse et éducation populaire ».
Public bénéficiaire	Population de moins de 35 ans

Actions envisagées	**Recenser l'existant** • Service d'addictologie • Associations • Campagnes locales • PMI • Professionnels de santé (Psychomotriciennes, orthophonistes, pédopsychiatres) **Relayer les campagnes de prévention existantes** **Construire une procédure d'orientation « addiction aux écrans » en collaboration avec les acteurs identifiés** • Prise en charge et soutien des parents en difficultés • Recensement des personnes ressources (professionnels et associations) **Sensibiliser les médecins sur le sujet**
Acteurs impliqués et Partenaires	**Acteurs : CPTS et professionnels libéraux, CRES PACA** **Partenaires : CSAPA, établissements scolaires et « associations jeunesse et éducation populaire » , SEC,...**
Coordonnateur de l'action	*M. Olivier Piriou, Pharmacien, Cathy Picard, IDEL, en soutien Mme Cindy Pugliese*
Moyens nécessaires (leviers)	• Organigramme des structures d'accueil et d'aide • Annuaires des personnes ressources • Les médias CPTS pour le relayage des supports d'informations. • Outil de repérage des addictions (fiche).
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Etapes clé**	**1er Quadrimestre 2021** • Recensement et rencontres des acteurs en addictologie. • Identification des campagnes et plan de prévention en santé. **2ème quadrimestre 2021** • Repérage et intégration aux projets d'actions locales. • Prise de contact avec la médecine scolaire. **3ème quadrimestre 2021** • Elaboration du parcours de repérage des addictions • Elaboration d'un plan de communication avec la médecine scolaire (addiction aux écrans).
Evaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens** • Elaboration d'outil de repérage des conduites addictives aux écrans. • Nombre de rencontres avec la médecine scolaire. **Indicateurs de résultats** • Nombre de relais de campagne de prévention nationale. • Nombre de campagnes de communication dans les écoles. • Nombre de familles orientées

Fiche synthétique des actions du projet de santé

Mission socle accès aux soins	***Un accompagnement des professionnels de santé à la prévention de l'épuisement professionnel***
Principaux éléments du diagnostic territorial en lien avec les actions	• Épuisement professionnel dans le secteur libéral burn-out, dépression. 274 033 d'indemnités journalières par la CARMF • 62% des IDEL victime d'Accident Exposition au Sang (source URPS) • Solitude de l'exercice et rupture d'activité sociale au regard des obligations horaires du métier. • La méconnaissance des différentes évolutions de pratique, des avancées scientifiques, des textes de loi et du cadre légal. • Zone rurale
Objectif général et objectifs spécifiques	**Objectifs généraux :** • Favoriser l'attractivité du territoire • Accompagner les professionnels de santé à la prévention de l'épuisement professionnel **Objectifs spécifiques :** • Déployer une démarche QVT dans l'exercice libéral sous la même forme qu'en entreprise. • Accompagner et promouvoir l'exercice coordonné. • Favoriser les nouvelles installations et rendre le territoire attractif.
Public bénéficiaire	*Les professionnels de santé*
Actions envisagées	• Mettre en place un soutien psychologique sur le territoire et en lien avec MED'AIDE de URPS ML • Faciliter l'équilibre Vie professionnelle – Vie personnelle • Définir un programme d'aide à l'installation des nouveaux professionnels (logement, inscription scolaire, mise à disposition de locaux d'exercices, intégration à la vie sociale et culturelle, accueil des étudiants, MSU…)
Moyens nécessaires (outils)	- Qualité de vie au travail : o Visite médicale du travail o Programme « un médecin traitant pour un médecin adhérent » o Protocole de Prise en charge AES (accident d'exposition au sang) - Soutien Psychologique : o Recueil des problématiques rencontrées sur le terrain o Répertoire des psychologues du territoire intéressés par la démarche de soutien aux PS - Plateforme informative et collaborative interprofessionnelle aux acteurs en santé du territoire (site internet de la CPTS, groupe réseaux sociaux, ASC…) o Recueil des besoins des PS pour une amélioration de l'équilibre vie privée – vie pro (organisation familiale, besoins de garde d'enfants) o Projet de partenariat avec les collectivités locales - vie du territoire (en cours et à venir)

	○ Planning pour une gestion des congés des PS et des plages disponibles des remplaçants. ○ Identification des mouvements d'activité des PS (installation, maladie, maternité, accident, départ en retraite) - Programme d'aide à l'installation ○ SPASAS ○ Maîtres de stage (AMU & Faculté de Nice) et des tutorats IFSI, écoles d'orthophonistes, sages-femmes (Solliciter les tutorats et les maitres de stage. Développement des SASPAS, FIF-PL / FAF-PL (DPC) ○ Répertoire de remplaçants organisé selon l'activité professionnelle
Acteurs impliqués et Partenaires	Acteurs : adhérents de la CPTS, médecins traitants, médecins tuteurs, PS accueillants des stagiaires… Partenaires : psychologues, médecines du travail, collectivités locales, associations, conseils de l'ordre, URPS, faculté de médecine, instituts de formation, fonds de formation des professions libérales et médicales, PND, CHD, SEC...
Coordonnateur de l'action	*Dr Franck Vario, Dr Caroline Teissier en soutien Mme Cindy Pugliese*
Calendrier indicatif : • **Début de la mise en place** • **Étapes clé**	**1er quadrimestre 2021** ○ Prise de contact avec les collectivités locales pour présenter notre projet de santé et notre rôle dans l'accompagnement de l'exercice coordonné ○ Prise de contact avec : - la médecine du travail, - le laboratoire de ville - un médecin référent pour organiser une prise en charge particulière en cas d'Accident d'Exposition au Sang (accompagnement médical du professionnel de santé ayant subi un AES) ○ Élaboration, validation et diffusion d'une formation et d'une plaquette AES **2ème quadrimestre** ○ Recenser les professionnels remplaçants sur le territoire dans un répertoire mis en ligne sur le site « espace adhérent » de la CPTS. ○ Mise en place d'un dépôt d'annonce pour collaboration, cession d'exercice, remplacement sur le site internet. ○ Créer un groupe de travail CPTS / crèches / associations de gardes d'enfants et périscolaires de la Dracénie afin de signaler un besoin de garde d'enfants spécifique aux soignants. **3ème quadrimestre** ○ Contact avec les facultés afin de définir ensemble les modalités de tutorat et de maitre de stage au sein de notre territoire, sensibiliser les médecins de ville dans l'accueil des étudiants et promouvoir le SASPAS.
Évaluation : critères et indicateurs	**Indicateurs de moyens :** - Existence d'un répertoire de remplaçants - Existence d'une plaquette d'information sur AES et conduite à tenir en exercice libéral - Nb de MSU **Indicateur de résultats** - Mise en place d'une visite médicale AIST83 pour les adhérents. - Nombre de suivi pour Accident Exposition du Sang. - Nombre de médecins adhérents ayant un médecin traitant. - Nb de stages