



Illustration : Léa Lord

INITIATIVES

Les communautés professionnelles territoriales de santé : pour mobiliser et coordonner les professionnels de santé

RÉSUMÉ

- Définies en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour objectif de mobiliser et coordonner les professionnels de santé et les acteurs médicosociaux et sociaux d'un même territoire, afin de répondre à des problématiques de santé identifiées.
- Leurs interventions s'appuient sur quatre missions prioritaires : favoriser l'accès aux soins, améliorer les parcours de soins des patients, développer des actions de prévention, répondre aux crises sanitaires graves. Deux missions optionnelles visent à développer la qualité et la pertinence des soins, ainsi que l'attractivité du territoire pour les soignants.
- Trois exemples spécifiques de CPTS sont présentés dans ce texte afin d'illustrer les adaptations possibles des actions de santé et de prévention aux besoins de la population locale et aux spécificités territoriales.
- En 2023, il est encore trop tôt pour savoir si ces structures ont la capacité de répondre aux objectifs fixés par les pouvoirs publics et aux attentes de la population en matière de garantie d'accès à un médecin traitant, d'amélioration de l'accès à des soins non programmés et de mise en œuvre de projets sanitaires locaux utiles.

Rev Prescrire 2023 ; 43 (479) : 698-704

Présentée fin 2018 comme l'une des priorités de la stratégie gouvernementale "Ma santé 2022", les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont notamment pour objectif l'organisation des soins de proximité et l'amélioration de l'accès aux soins en regroupant différents professionnels d'un même territoire autour d'un projet de santé commun et de missions de soins partagées (1).

Après l'échec de la création d'un Service public territorial de santé en 2014, les CPTS ont été définies par la loi de "modernisation de notre système de santé" de janvier 2016 (article 65). Leur déploiement a été laissé à l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes au lieu d'être piloté par les agences régionales de santé (ARS). La création des CPTS a réellement débuté avec la nouvelle loi du 24 juillet 2019 et les mesures facilitant son application (2à4).

Début 2023, 803 CPTS étaient recensées en France, à des stades différents d'avancement, dont 186 en phase de pré-projet et 427 ayant signé l'accord permettant leur mise en œuvre (5). Quels sont les acteurs, les missions, les objectifs des CPTS ? Quels éléments ont facilité leur mise en œuvre, quels exemples permettent d'illustrer ce développement ?

Acteurs, missions et financement des CPTS

Les CPTS sont censées répondre aux besoins sanitaires de la population du territoire qu'elles couvrent, et sont financées en conséquence.

Une approche populationnelle et territoriale des soins. Une CPTS peut être créée à l'initiative de professionnels de santé exerçant en ville et souhaitant travailler de manière plus coordonnée avec les différents professionnels sociaux et sanitaires d'un territoire. Le nombre de professionnels impliqués dans les CPTS n'est pas fixe : il est amené à fluctuer dans le temps. Une CPTS peut intégrer des professionnels exerçant seuls ainsi que d'autres structures présentes sur le territoire : maisons de santé, centres de santé, établissements de santé, hôpitaux de proximité, structures médicosociales et sociales, services de prévention et de santé au travail, dispositif d'appui à la coordination, associations de patients, CPTS voisines, élus locaux (6,7).

Une proposition de loi, adoptée par les députés en première lecture en juin 2023, propose de rattacher automatiquement l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire à une CPTS, sauf opposition de leur part, et avec possibilité de se désinscrire ensuite. Cette proposition constitue une incitation forte à adhérer à ces structures d'exercice coordonné, mais pose le problème d'intégrer des professionnels qui n'en n'ont pas fait le choix par eux-mêmes (8).

À l'instar des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), la création d'une CPTS doit s'appuyer sur un diagnostic territorial des besoins sanitaires, préalable à la rédaction d'un projet de santé (lire l'encadré "Le diagnostic territorial" p. 702). Sauf refus de l'ARS, le projet de santé est considéré comme validé dans les 2 mois suivant sa transmission à l'agence (4). À la différence d'une MSP, une CPTS couvre l'ensemble des habitants d'un territoire défini par un projet de santé et non plus seulement la seule patientèle des professionnels de santé qui adhèrent au projet (1).

Entité virtuelle reposant sur une organisation entre professionnels, une CPTS ne nécessite pas un regroupement géographique des professionnels de santé au sein d'une même structure, mais implique une délimitation stricte du territoire concerné : aucun chevauchement de CPTS n'est possible ni, à terme, aucune "zone blanche".

Quatre missions prioritaires et deux missions optionnelles. Les CPTS ont pour mission l'organisation des parcours de santé de la population d'un territoire en fluidifiant la prise en charge coordonnée des patients et en renforçant les liens entre les professionnels de premier et de deuxième recours, les établissements de santé ainsi qu'avec les acteurs sociaux et médicosociaux (9,10). Pour bénéficier de financements pérennes, les CPTS doivent remplir au moins quatre missions obligatoires aussi appelées « socles » :

- Favoriser l'accès aux soins de manière générale : en garantissant l'accès à un médecin traitant et en proposant une organisation de la prise en charge d'un patient pour des soins médicaux non programmés dans les 24 ou 48 heures, selon que le territoire dispose préalablement ou non d'un service d'accès aux soins (SAS) (a)(11,12).

- Organiser les parcours de soins en associant plusieurs professionnels de santé pour permettre une meilleure coordination entre les acteurs, éviter les ruptures de prise en charge et favoriser le maintien à domicile. Ces parcours varient selon les besoins et les spécificités identifiées sur le territoire.

- Développer des actions de prévention selon des besoins définis au niveau du territoire de la CPTS.

- Participer à la réponse aux crises sanitaires (6,12). Cette dernière mission a été ajoutée par l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux CPTS et aux maisons de santé à la suite de la pandémie de covid-19 et à la mobilisation locale de nombreux professionnels dans ce contexte (9).

Deux autres missions, optionnelles, peuvent faire l'objet de financements supplémentaires quand elles sont mises en œuvre par une CPTS :

- le développement de la qualité et de la pertinence des soins ;

- l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire afin d'en développer l'attractivité (6).

Dimensions et financement des CPTS. Les pouvoirs publics ont classé les CPTS en quatre catégories selon le nombre d'habitants de leur territoire : moins de 40 000 habitants ; entre 40 000 et 80 000 habitants ; entre 80 000 et 175 000 habitants ; 175 000 habitants ou plus (11).

Pour obtenir des financements de l'État ou de la Caisse nationale d'assurance maladie, et bénéficier d'exonérations fiscales, une CPTS doit conclure un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du territoire concerné. Elle doit aussi se constituer en association de loi 1901 afin de recevoir les financements prévus (6,7). Pour être éligible à l'ACI, une CPTS doit être composée de professionnels de santé de premier ou de deuxième recours, regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins : maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé, équipe de soins primaires (ESP), équipe de soins spécialisés (ESS) contribuant à la réalisation des objectifs du projet de santé (lire l'encadré "Les différentes équipes de soins coordonnées et pluriprofessionnelles" p. 700) (4).

a- Le Service d'accès aux soins (SAS) met en place, à toute heure, une régulation commune des appels pour répondre aux demandes de soins urgents et non programmés, associant la régulation médicale du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et une régulation médicale libérale des soins non programmés. Ce service, créé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences, est déployé depuis 2021 (réf. 8).

Les différentes équipes de soins coordonnées ou pluriprofessionnelles

ESP, ESS, Escap... Ces trois acronymes désignent des équipes de soins coordonnées et pluriprofessionnelles visant à structurer les parcours de santé des patients, chacune avec sa spécificité.

Équipe de soins primaires (ESP). L'équipe de soins primaires, constituée au minimum d'un médecin généraliste et d'un professionnel paramédical, regroupe plusieurs professionnels de santé. Ensemble, ils élaborent un projet de santé validé par l'agence régionale de santé (ARS) définissant les objectifs et les actions de coordination à mettre en œuvre à destination de leur patientèle commune. Ils peuvent être regroupés ou non sur un même site. L'ESP peut évoluer vers une maison de santé pluriprofessionnelle ou un centre de santé (1,2).

Équipe de soins spécialisés (ESS). L'équipe de soins spécialisés se constitue autour de médecins spécialistes, hors médecine générale. Elle peut être pluriprofessionnelle et a pour objectif de faciliter l'accès aux soins spécialisés sur un territoire et l'articulation entre le premier et le deuxième recours. Pour cela, elle élabore un projet de santé avec l'ensemble des acteurs du territoire, et notamment avec les équipes de soins de premier recours (1,2).

Équipe de soins coordonnée avec le patient (Escap). L'équipe de soins ouverte, ou équipe de soins coordonnée avec le patient (Escap), est une nouvelle forme de coordination des professionnels de santé (1). Se voulant plus souple, elle s'organise à partir des besoins du patient tout en tenant compte du libre choix des professionnels de santé. Le patient

n'est pas obligé de consulter les professionnels exerçant au sein d'une même maison de santé par exemple. Tout professionnel de santé peut déclencher une prise en charge coordonnée pour un patient, après avoir évalué sa situation à l'aide d'une grille de plusieurs critères médicaux disponible dans une application numérique prévue pour faciliter les échanges entre les différents intervenants (2).

Une expérimentation nationale des Escap est prévue en 2023 pour les patients polymédiqués âgés de 75 ans ou plus, les patients avec un diabète déséquilibré et les patients hospitalisés après un accident cardiovasculaire cérébral (3,4). Fin avril 2023, des négociations étaient attendues entre l'Union nationale des professions de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie afin de définir un calendrier plus précis de mise en œuvre (4).

©Prescrire

Sources

- 1- Ministère des solidarités et de la santé "Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2023/3 du 12 janvier 2023 relative à la mise en œuvre de l'avenant n° 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)" BO Santé – Protection sociale – Solidarité du 31 janvier 2023 : 56 pages.
- 2- CSP "Article L1411-11-1". Site internet legifrance.fr consulté le 3 mars 2023 : 1 page.
- 3- APMNews "Vers une expérimentation des équipes de soins coordonnées autour du patient" 12 décembre 2022. Site apmnews.com consulté le 8 mars 2023 : 2 pages.
- 4- Petty F "Équipes de soins coordonnées autour du patient : « Aujourd'hui, nous sommes techniquement prêts à démarrer », affirme le Dr Joubert, président de l'UNPS" *Moniteur des pharmacies* 27/04/2023. Site internet lequotidiendumedecin.fr/ consulté le 6 juin 2023 : 8 pages.

Lorsqu'un accord conventionnel interprofessionnel a été conclu entre une CPTS et une ARS, le financement dépend de la taille de la CPTS, de ses missions et du niveau d'accomplissement de ces dernières. Ce budget comporte une part fixe, une part variable et un montant dédié au fonctionnement de la CPTS (12).

La part variable est calculée en fonction d'indicateurs d'actions et de résultats pour lesquels la CPTS s'est engagée et des moyens qu'elle a mobilisés. Selon le Ministère de la santé, pour la mission socle « favoriser l'accès aux soins », un indicateur pourrait être, par exemple, l'augmentation de la patientèle ayant déclaré un médecin traitant parmi la population couverte par la CPTS. Le renouvellement des financements est conditionné au niveau d'atteinte des objectifs fixés (12).

Afin d'accélérer la création de CPTS, un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel de mars 2022 a permis, entre autres mesures, l'attribution d'incitations financières exceptionnelles, sous conditions, par augmentation du budget de fonctionnement de CPTS déjà constituées ou par financement supplémentaire d'une mission « socle » démarrée avant la signature de l'accord, et un accompagnement méthodologique renforcé (b). Les montants totaux annuels attribués pouvaient aller de 165 000 € au

minimum pour une CPTS couvrant jusqu'à 40 000 habitants à 580 000 € au maximum pour une CPTS couvrant 175 000 habitants ou plus (12).

Des facteurs facilitant la mise en place des CPTS

Oltre la loi du 24 juillet 2019 et l'accord conventionnel interprofessionnel qui ont permis d'impulser la création des CPTS en instaurant un cadre plus précis et un financement spécifique, d'autres facteurs jouent un rôle favorable (4).

b- Les nouvelles mesures concernant l'accord conventionnel interprofessionnel entre la CPTS et l'ARS ont notamment permis d'augmenter de manière significative le financement accordé par l'Assurance maladie dans le cadre de la création des CPTS. Cette revalorisation concerne les frais de fonctionnement de la structure et les moyens nécessaires pour la réalisation des missions socles. Une majoration de 10 % sur l'ensemble des rémunérations des missions socles ou optionnelles était attribuée aux CPTS de taille 4 regroupant plus de 100 membres. Pour les CPTS signataires de l'accord avant le 30 septembre 2022, un montant de 37 500 € à 67 500 € était attribué pour le fonctionnement et un montant de 15 000 € à 30 000 € par mission (réf. 18).

Un accompagnement institutionnel. À la différence de ce qu'il s'est passé pour les maisons de santé, les pouvoirs publics et les structures représentant les professionnels de santé se sont davantage impliqués dans le processus de création des CPTS (13). L'Assurance maladie, les ARS, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), des fédérations régionales de MSP ont notamment mis à disposition divers outils et ressources pour aider et accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches : site internet, équipe dédiée, guides pratiques, trames de documents, simulateur de calcul des financements d'une CPTS, ateliers, etc. (3,14). Des interlocuteurs privilégiés pour les porteurs de CPTS ont été désignés au sein de l'Assurance maladie et de la Mutualité sociale agricole (MSA) (12).

Facteur-clé : l'existence d'une dynamique locale préexistante. L'implication préalable de professionnels de santé dans une ou plusieurs maisons ou pôles de santé s'est révélée être un facteur structurant dans le processus d'élaboration. L'élargissement et l'adaptation d'un projet de santé existant aux dimensions et spécificités d'une future CPTS ont été facilités lorsqu'au moins une coordination des soins de premier recours et une coopération interprofessionnelle étaient déjà présentes (13,15).

Accélération par la crise sanitaire du covid-19. La pandémie de covid-19 a constitué en France une "opportunité" pour des CPTS, qui étaient à des stades différents de mise en œuvre, de tester la capacité et la solidité de la collaboration entre différents acteurs locaux : mise en place d'un centre de dépistage ou de vaccination, collectes de matériels de protection, tournées d'équipes mobiles à domicile, etc. (13,16). La crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 a fourni à des groupes de professionnels l'impulsion pour mettre en place des réponses collectives, et convaincu certains professionnels, plus réservés, à rejoindre une CPTS (13,15).

Les autorités sanitaires, notamment les ARS, ont le plus souvent soutenu ces initiatives même si dans certains cas la structure administrative de la CPTS était balbutiante (9).

Trois exemples permettent d'illustrer la manière dont des CPTS, implantées dans des régions différentes, ont adapté leurs actions et modalités d'interventions en fonction des besoins de santé de la population locale et des spécificités territoriales.

CPTS du Nord-Ouest mayennais : des actions de prévention

La création de cette CPTS, située en zone rurale dans le département de la Mayenne, s'est appuyée sur un pôle de santé préexistant, regroupant quatre MSP sur un territoire de 29 000 habitants et développant en amont de l'officialisation de la CPTS des actions partenariales avec le centre hospitalier de proximité et les collectivités, dont l'organisation

des dépistages du covid-19 et la création et la gestion d'un centre vaccination covid-19.

Actions pluriprofessionnelles. Validé en 2022, le projet de santé a été élaboré en 2019 par l'équipe du pôle de santé en développant les actions pluriprofessionnelles déjà mises en œuvre, dont un dispositif de coordination des sorties complexes d'hospitalisation avec l'hôpital de proximité (9).

Pour dégager du temps médical, dans le but de faciliter aux patients l'accès à un médecin traitant et à des soins non programmés, l'équipe projette de partager davantage le suivi coordonné entre médecins et infirmières.

Par ailleurs, le pôle santé du Nord-Ouest mayennais est engagé, avec quatre autres pôles du département, dans l'expérimentation dite IPEP (pour Incitation à une prise en charge partagée), portée par le Ministère de la santé, qui vise par exemple à encourager les soignants de soins de premier recours et ceux des soins hospitaliers à se coordonner pour réduire les hospitalisations évitables, par une incitation financière collective, complémentaire au paiement à l'acte (9).

Prévention du suicide. Les actions de prévention choisies par cette CPTS sont : le dépistage des signes d'alerte d'un risque suicidaire ; la prévention de l'insuffisance rénale chronique ; l'amélioration de la prise en charge des patients dont le diabète n'est pas équilibré.

Plus concrètement, l'action sur les risques suicidaires a reposé sur la constitution d'un collectif d'acteurs en lien sur le territoire, avec des associations locales d'écoute, le secteur psychiatrique, dont le centre hospitalier Nord-Mayenne et le centre médico-psychologique situé à Ernée, les collectivités territoriales et la MSA. Ces différents acteurs participent à l'élaboration du premier Contrat local de santé en cours sur le territoire (lire l'encadré "Le diagnostic territorial" p. 702) (9).

Prévention dans les domaines du diabète et de l'insuffisance rénale. Auparavant réservée aux patients volontaires dont l'hémoglobine glyquée (HbA1c) était supérieure à 8 %, la participation à un bilan annuel avec un infirmier, un pharmacien, un diététicien ou un podologue à l'hôpital ou au sein d'une des MSP est désormais ouverte à tous les patients diabétiques qui le souhaitent. Un point sur la prise en charge de la maladie et des séances d'éducation à la santé sont mis en œuvre avec ces professionnels selon leur domaine d'intervention : observance médicamenteuse, conseil diététique, soins du pied, etc. (9).

Une action de sensibilisation des professionnels et de la population à la prévention de l'insuffisance rénale chronique a été mise en œuvre, en partenariat avec l'association France Rein et financée par l'ARS. Elle comprenait trois volets : une mise à jour des connaissances des professionnels de santé du territoire par un médecin (données épidémiologiques, facteurs de risque, démarches préventives

Le diagnostic territorial

La réalisation d'un diagnostic territorial est un préalable obligatoire à l'élaboration du projet de santé d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle, d'une structure de soins coordonnés, telle qu'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ou d'un contrat local de santé, outil permettant de construire un projet de santé adapté aux spécificités d'un territoire (a). Il vise à mieux connaître l'état de santé et les besoins sociaux et médico-sociaux d'une population, et l'offre de soins disponible sur le territoire (1,2).

Il est réalisé à partir de divers éléments : données socio-démographiques et problématiques de santé de la population concernée ; contexte géographique ; offre médicale et paramédicale de premier et deuxième recours ; offre médicosociale ; actions de prévention ; besoins et attentes des professionnels de santé ; ressources humaines et matérielles mobilisables (2).

Il existe divers outils et ressources (cartographies, atlas, données sociodémographiques, géographiques, de démographie médicale et paramédicale, annuaires des structures sanitaires et médicosociales locales, indicateurs sanitaires, etc.) aidant à la réalisation de ce diagnostic et mis à disposition par différentes structures : agence régionale de santé (ARS), Assurance maladie, ordres professionnels, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), observatoires régionaux de santé, etc. (2). Un recours à des concertations locales avec la population est parfois utilisé.

Lorsqu'une concertation territoriale est envisagée, le diagnostic territorial est dit partagé et comporte deux phases. La première phase correspond à l'état des lieux des besoins et des ressources, évoqué plus haut, qui tient aussi compte des flux de la population selon les caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire. Il s'appuie aussi, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé, et notamment les conseils locaux de santé ou les conseils locaux de santé mentale (3). Les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les zones de montagne et de revitalisation rurale font l'objet d'une attention particulière (b)(4).

La deuxième phase donne lieu à une concertation sur la base des éléments recueillis et analysés avec l'ensemble des acteurs locaux des secteurs sanitaire, social, médico-social, les institutions territoriales, et parfois, les habitants. Ces concertations permettent de définir des priorités dans le développement d'actions et des évolutions dans les pra-

tiques à mettre en place (3,5). Le diagnostic territorial partagé porte une attention particulière à la situation de personnes vulnérables dont les droits fondamentaux risquent de ne pas être respectés (5).

Il peut donner lieu à l'élaboration d'un projet territorial de santé permettant de préciser les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé sur tout le territoire. Il permet aussi de décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques de soins (4).

©Prescrire

a- Quand un projet de santé vise à conduire des actions qui répondent au plus près aux besoins de la population, un contrat local de santé peut être signé entre l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités locales, associant l'ensemble des acteurs sociaux, médicosociaux et médicaux. Son objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de favoriser une santé de proximité, par l'élaboration d'une stratégie avec des objectifs intermédiaires définis en commun, un programme d'actions pluriannuel, un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats. Ces contrats sont surtout mis en place dans des quartiers urbains défavorisés et des territoires ruraux isolés (réf. 6).

b- Les zones de revitalisation rurale regroupent un ensemble de communes françaises identifiées comme « fragiles sur le plan socio-économique ». Pour favoriser leur développement, des exonérations fiscales et sociales sont accordées lors de la création ou la reprise d'entreprise sur leur territoire (réf. 7).

Sources

- 1- Fédération des structures coordonnées en Hauts-de-France "Est-il opportun de créer une MSP sur le territoire concerné ?". Site femas-hdf.fr consulté le 2 mars 2023 : 4 pages.
- 2- Fédération nationale des centres de santé "Diagnostic territorial : outils et plateformes". Site fnccs.fr consulté le 21 mars 2023 : 4 pages.
- 3- Rédaction Prescrire "Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)" *Rev Prescrire* 2016 ; **36** (390) : 301.
- 4- "Article L1434-10 du CSP". Site legifrance.fr consulté le 2 mars 2023 : 2 pages.
- 5- CNSA et ANCREAI "Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé. À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux" 2016 : 72 pages.
- 6- "Les contrats locaux de santé" 21 avril 2022. Site internet ars.sante.fr consulté le 9 juin 2023 : 4 pages.
- 7- Bercy Infos "S'implanter en zones de revitalisation rurale (ZRR), quels avantages ?" 27 juillet 2020. Site economie.gouv.fr consulté le 24 mars 2023 : 3 pages.

et curatives, etc.), une sensibilisation à destination du grand public pendant la "semaine nationale du rein" et une sensibilisation des personnes à risque et des professionnels de santé à la nécessité d'évaluer leur fonction rénale, associée à la réalisation de tests par bandelettes urinaires pendant un mois sur les différents lieux de consultations du pôle de santé (9).

CPTS de Tarbes-Adour : actions à destination des personnes vulnérables

Constituée en 2020, cette CPTS se situe sur un territoire de 83 000 habitants regroupant 17 communes dont la ville de Tarbes (40 000 habitants). La CPTS est portée par une équipe de soins primaires (ESP) et deux MSP préexistantes ainsi que par plusieurs professionnels du territoire n'ayant pas été impliqués dans un projet de coordination des soins auparavant (9).

Accès aux médecins généralistes des patients sans médecin traitant.

Bénéficiant d'une densité médicale considérée comme satisfaisante sur son territoire, l'équipe de la CPTS a mis en place un fichier partagé collaboratif permettant de recenser les médecins généralistes volontaires pour prendre en charge de nouveaux patients sans médecin traitant. Cet outil, renseigné et modifié par les médecins eux-mêmes, recense toutes les informations utiles (lieu d'exercice, rayon d'intervention, etc.) et leurs disponibilités. Une infirmière est chargée de réaliser un bilan sanitaire et social de ces patients sans médecin traitant, de définir ceux qui sont prioritaires selon des critères de vulnérabilité (affection de longue durée, précarité, isolement, situation de handicap, âge, etc.), afin de les orienter, selon leur lieu de résidence, vers des médecins disponibles (9).

Personnes âgées fragiles. L'équipe de la CPTS a retenu deux priorités pour les actions de prévention : des actions d'éducation et de prévention en santé lors de séances d'information grand public ; le repérage des personnes âgées fragiles, via le Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (Icope, de l'anglais integrated care for older people, c'est-à-dire des soins intégrés pour personnes âgées) conçu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (c). Ce programme est promu par le gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur de l'OMS, et déployé sur le territoire, en l'adaptant, avec formation des professionnels, protocole de repérage des fragilités, bilan, suivi, sensibilisation des personnes âgées et aidants (9).

Enfants avec troubles du langage et des apprentissages. Pour les parcours de soins de patients, des actions ont été mises en œuvre pour les enfants ayant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages avec le recensement de guides du parcours et l'élaboration de diagrammes illustrant les étapes de prise en charge. Fin janvier 2023, la mobilisation des professionnels de terrain restait à mettre en œuvre (9).

Patients atteints d'insuffisance cardiaque. Un parcours de soins coordonnés pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque, en collaboration avec les différents acteurs du territoire : médecins traitants ou de spécialité, infirmiers, établissements de santé, etc. afin de réduire le risque de réhospitalisation et d'améliorer la qualité de vie de ces patients et de leurs aidants (9).

CPTS du Sud Grésivaudan : six problématiques sanitaires dont la périnatalité et les addictions chez les jeunes

Située entre Grenoble et Valence, cette CPTS, créée en 2021 sur un territoire classé en zone d'intervention

prioritaire, regroupe 28 communes et environ 29 000 habitants. Sa création a été portée par deux MSP et sa structuration juridique s'est appuyée sur une association locale de professionnels de santé libéraux préexistante. Pour améliorer l'accès à un médecin traitant, la CPTS a mis en place une ligne téléphonique dédiée pour les patients sans médecin traitant. Une infirmière est chargée d'évaluer la situation des patients, selon certains critères, puis de leur proposer une consultation avec un des médecins disponibles. Les médecins de la CPTS ont ainsi augmenté le volume de leur patientèle de 200 patients en moyenne, avec notamment pour conséquence un allongement des délais de rendez-vous (9).

Lors de la première année de fonctionnement de la CPTS et en attendant le plein déploiement du Service d'accès aux soins (SAS), une organisation locale des soins non programmés pour la période estivale s'est mise en place avec le centre hospitalier le plus proche, afin que ce dernier puisse orienter les patients, selon un planning partagé, sur des créneaux d'urgence proposés par les médecins généralistes. Pour dégager du temps médical, des réflexions sont en cours pour promouvoir l'accueil d'un assistant médical et d'une infirmière de pratique avancée (IPA) (9).

Six problématiques de santé ont été définies comme prioritaires par cette CPTS : la périnatalité ; la santé mentale ; les violences et les addictions chez les jeunes ; la vaccination ; l'éducation thérapeutique du patient ; la prévention et le dépistage des cancers. L'action de cette CPTS vise aussi à développer les collaborations partenariales pour optimiser l'utilisation des ressources locales ; assurer des formations communes ; sensibiliser la population et déployer des programmes d'éducation thérapeutique et de prévention locaux (9).

CPTS : un maillage dont les objectifs sanitaires populationnels restent à atteindre

Les pouvoirs publics ont entrepris avec les CPTS un maillage du territoire en tablant sur leur capacité à résoudre des problématiques cruciales telles que l'accès aux soins de premier recours. Les quelques exemples cités ci-dessus montrent que les professionnels de terrain peuvent se saisir des CPTS pour mettre en œuvre des actions de santé publique qui répondent à des besoins spécifiques de leur bassin de population.

c- Le programme Icope s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, autonomes et vivant à domicile, en particulier les plus vulnérables d'entre elles. À partir de tests simples, une évaluation des six fonctions essentielles (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision) est réalisée par la personne elle-même ou par un professionnel (infirmier, masseur-kinésithérapeute, travailleur social, etc.) à l'aide d'outils numériques. Si une fragilité est repérée, une évaluation approfondie est réalisée et un suivi personnalisé est mis en place. L'accompagnement proposé permet à la personne de s'impliquer activement dans le renforcement ou la préservation de ses capacités (réf. 19).

Fin juin 2023, 55 % de la population en France était couverte par une CPTS, de façon très inégale selon les territoires. L'enquête réalisée lors du "Tour de France des CPTS" rapportait une faible mobilisation des professionnels de santé : seuls 30 % d'entre eux adhéraient à une de ces structures, malgré la motivation et l'énergie déployées par les équipes déjà à l'œuvre. Reste à voir si les propositions faites à l'occasion de ce premier bilan pour renforcer, pérenniser, accompagner les CPTS seront suffisantes pour atteindre les objectifs fixés et faire face au déficit de soignants et à l'épuisement de nombre d'entre eux (17).

**Synthèse élaborée collectivement
par la Rédaction
sans aucun conflit d'intérêts
©Prescrire**

Extraits de la veille documentaire Prescrire

La rédaction de ce texte, et notamment la présentation des trois exemples de CPTS, s'appuie sur une note de cadrage et une synthèse documentaire commandées par Prescrire à l'Icone Médiation Santé, bureau d'études en santé publique.

- 1- Ministère des solidarités et de la santé "Ma santé 2022. Un engagement collectif" 2018 : 4 pages.
- 2- "Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 65)" *Journal Officiel* du 27 janvier 2016 : 1 page.
- 3- Kayser M "CPTS, de quoi s'agit-il ?" *Pratiques* 87, octobre 2019 : 2 pages.
- 4- "Code de la santé publique. Chapitre IV : Territorialisation de la politique de santé" (Articles L1434-12 à L1434-13) Version en vigueur au 27 juillet 2019. Site internet legifrance.gouv.fr consulté le 10 janvier 2022 : 1 page.
- 5- Fédération nationale CPTS "Cartographie des CPTS en région". Site internet fncts.org consulté le 30 mai 2023 : 2 pages.
- 6- "Code de la santé publique. Chapitre IV : Territorialisation de la politique de santé" (Articles L1434-12 à L1434-13) Version en vigueur au 6 juillet 2023. Site internet legifrance.gouv.fr consulté le 6 juillet 2023 : 2 pages.
- 7- Assurance maladie "Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi" 31 mars 2022. Site ameli.fr consulté le 20 février 2023 : 4 pages.
- 8- "Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels" Adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture après engagement de la procédure accélérée le 16 juin 2023 : 26 pages.
- 9- Durand G "La CPTS : un objet en cours d'identification" *Icone Médiation Santé, Rapport*, septembre 2021 : 14 pages.
- 10- Fauchier-Magnan E et Wallon V "Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS" *Rapport n° 2018-041R- Inspection générale des affaires sociales* : 88 pages.
- 11- Ministère des solidarités et de la santé "Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé" *BO Santé - Protection sociale - Solidarité* du 15 décembre 2019 : 121 pages.
- 12- Ministère des solidarités et de la santé "Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2023/3 du 12 janvier 2023 relative à la mise en œuvre de l'avenant n° 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)" *BO Santé - Protection sociale - Solidarité* du 31 janvier 2023 : 56 pages.
- 13- Durand G "Note de réflexion sur la mise en œuvre des premières CPTS accompagnées par l'Icone médiation santé" *Icone Médiation Santé, Rapport*, janvier 2020 : 8 pages.
- 14- URPS-ML Grand Est "Les communautés professionnelles territoriales de santé". Site urpsmlgrandest.fr consulté le 4 juillet 2023 : 6 pages.
- 15- Fournier C et coll. "Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale" *Questions d'économie de la santé* n° 260, juillet-août 2021 : 8 pages.
- 16- Machard P "Les CPTS : Genèse et défis" 15 janvier 2022. Site concourspluripro.fr consulté le 4 juillet 2023 : 14 pages.
- 17- Certain MH et coll. "Rapport « Tour de France des CPTS ». Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé" 2023 : 99 pages.
- 18- Ameli "Comprendre l'avenant 2 à l'ACI CPTS" 31 mars 2022. Site ameli.fr consulté le 4 juillet 2023 : 2 pages.
- 19- ARS Occitanie "Le programme de prévention de la dépendance ICOPE se déploie en Occitanie" Communiqué de presse du 19 février 2022. Site occitanie.ars.sante.fr consulté le 4 juillet 2023 : 4 pages.

Silice cristalline : près de 1 million de travailleurs encore exposés en France

La proportion de travailleurs exposés à ce cancérigène pulmonaire n'a pas diminué entre 1999 et 2017.

Les travaux exposant à la silice cristalline alvéolaire sont cancérigènes, avec notamment des cancers bronchiques. L'inhalation de poussières de silice cristalline, le plus souvent en milieu professionnel, expose aussi à la silicose. Elle est associée à un risque accru de tuberculose pulmonaire, de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'affections rénales chroniques et de maladies systémiques (1).

Une étude de Santé publique France, menée en France hexagonale, a estimé l'évolution de la proportion des travailleurs exposés à la silice cristalline entre 1982 et 2017 chez les travailleurs actifs en emploi, âgés de 20 à 74 ans. Cette estimation a été réalisée au moyen d'une matrice emplois-expositions, un outil donnant la correspondance entre des intitulés d'emplois et des indices d'exposition à une nuisance donnée. La proportion des travailleurs exposés est passée de 6,2 % en 1982 à 4 % en 1999, puis est restée stable jusqu'en 2017. Cela représentait en 2017 environ 975 000 travailleurs exposés, dont environ 346 000 exposés à des concentrations de silice cristalline élevées, supérieures à la valeur limite d'exposition professionnelle. Environ 80 % des travailleurs exposés étaient des salariés ; 93 % étaient des hommes (2).

De nombreux métiers exposent à la silice cristalline (3). En 2017, 64 % des personnes exposées travaillaient dans la construction, 26 % dans le tertiaire et 10 % dans l'industrie. Les femmes exposées à la silice cristalline travaillent davantage que les hommes dans des secteurs tels que l'administration publique (pour des emplois relatifs à des travaux de construction), ou la fabrication de produits en céramique, porcelaine ou verre (2).

En France, le cancer bronchique lié à l'exposition à la silice cristalline est inscrit dans les tableaux de maladies professionnelles des régimes général et agricole de la Sécurité sociale uniquement en tant que complication de la silicose. La reconnaissance du cancer bronchique sans silicose associée, plus complexe, repose sur l'expertise d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (1). Il a été estimé qu'entre 328 et 930 cancers bronchiques étaient attribuables en 2017 à une exposition professionnelle à la silice cristalline. Dans les faits, entre 2015 et 2019, environ 10 personnes en moyenne ont été indemnisées chaque année pour un cancer bronchique au titre du tableau de maladies professionnelles n° 25 du régime général.

Ceci témoigne du grand nombre de cancers bronchiques liés à une exposition professionnelle à la silice qui ne sont pas reconnus en tant que maladie professionnelle.

©Prescrire

Sources 1- Prescrire Rédaction "Les travaux exposant à la silice cristalline enfin classés comme cancérigènes en France" *Rev Prescrire* 2021 ; 41 (455) : 699. 2- Delabre L et coll. "L'exposition professionnelle à la silice cristalline en France en 2017 : une question toujours d'actualité" *Bull Epidemiol Hebd* 2023 ; (1) : 16-24. 3- Prescrire Rédaction "Silice cristalline : des millions de personnes exposées dans le monde" *Rev Prescrire* 2018 ; 38 (413) : 216-223.