

Annexe au contrat relatif aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

Modalités de mise en œuvre des missions de santé publique

Conformément aux dispositions prévues aux articles 3.1 et 5.1 de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) applicable aux structures de santé pluri-professionnelles, des missions de santé publique, répondant à des spécificités territoriales ou aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 2 dudit Accord ACI et font l'objet d'une valorisation complémentaire dans les conditions définies en annexe 1.

La présente annexe définit les objectifs assignés aux structures et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre.

1. Attendus généraux pour toutes les thématiques, hors prévention spécifique en direction des Personnes Agées (abordés page 12) :

1^{ère} année du contrat :

Objectif : Formaliser un plan d'action en utilisant notamment l'exemple de fiche action en fin de document, en :

- Décrivant la population concernée,
- Argumentant la pertinence du projet au regard des ressources du territoire
- Détaillant les objectifs poursuivis, le calendrier et les moyens à mettre en œuvre,
- Identifiant les professionnels parties-prenantes et attestant de leur engagement,
- Définissant les indicateurs de suivis/évaluations

Pièce attestant des actions mises en œuvre : transmission du plan d'action

2^{ème} à 4^{ème} année du contrat :

Objectifs : - Mettre en œuvre le plan d'action, et l'adapter le cas échéant

- Produire un bilan annuel

Pièce attestant des actions mises en œuvre : bilan annuel

5^{ème} année du contrat :

Objectif : Evaluer le plan d'action sur les 5 années. Synthèse qualitative du programme.

Préciser (en le motivant) si vous poursuivez ou stopper la mission

Pièce attestant des actions mises en œuvre : rapport d'évaluation

2. Sur l'échéance des missions de santé publique :

Désormais les missions de santé publique entrent dans le cadre d'une tacite reconduction. Elles peuvent être reconduites si la structure de santé pluri-professionnelle souhaite continuer, l'ACI ne fixant, par ailleurs, pas de délai maximum, chaque mission devant être réévaluée tous les ans.

Il est toutefois nécessaire de conserver la notion de 5 ans pour faire un bilan plus qualitatif à la 5^{ème} année (synthèse - évaluation à rédiger : maintien de l'action ou modification de l'action ou suppression de l'action).

Si la structure de santé pluri-professionnelle souhaite conserver son action, elle devra revoir son projet de santé en fonction de la synthèse sur les 5 ans en enrichissant la mission de santé publique des éléments qui démontrent la nécessité de la continuer, dont un nouveau plan d'actions.

Les années suivantes, la structure repart sur les objectifs dans le schéma de la 2^{ème} à 4^{ème} année : Mettre en œuvre le plan d'action, et l'adapter le cas échéant et Produire un bilan annuel, etc ..

3. Attendus spécifiques en fonctions des thématiques retenues :

En fonction de la/les thématique(s) retenue(s), les plans d'actions doivent s'inscrire dans le cadre régional définit ci-après :

Par ailleurs, la dynamique régionale ARS en termes de santé des jeunes et d'interventions auprès de ce public évolue.

Une convention entre l'ARS Occitanie et l'Education nationale (région académique Occitanie) est en cours de réécriture avec la prise en compte de la nouvelle stratégie Nationale Interministérielle sur le développement des compétences psychosociales (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037)

Aussi, une attention particulière est demandée dans le cadre des projets de santé sur : « *organiser des actions de prévention/promotion de la santé/sensibilisation au sein des établissements scolaires (de l'école maternelle et élémentaire et jusqu'aux classes de lycée)* » afin d'être en cohérence avec cette nouvelle stratégie.

Dans ce contexte en évolution, si la structure souhaite organiser des actions de prévention dans les établissements scolaires, merci de contacter en amont, la référente prévention régionale ARS :

Magali STASSE (coordonnées : magali.stasse@ars.sante.fr 05.34.30.25.11 / 07.64.78.15.60)

Couverture vaccinale : amélioration de la couverture vaccinale

Bien que la couverture vaccinale soit en augmentation au cours des dernières années en France comme en Occitanie, notamment pour l'hépatite B, elle reste encore très insuffisante pour éviter la diffusion de certaines infections ou la survenue d'épidémie de grande ampleur comme ce fut le cas en 2018 avec l'épidémie de rougeole en Occitanie et dans d'autres régions de France ou plus récemment avec le covid. Dans notre région, des disparités interdépartementales sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge et les vaccins considérés, selon les études de l'ANSP.

Objectif général : développer une démarche de promotion de la vaccination **individuelle et collective**.

1. Objectifs :

- Mener des actions de sensibilisation et d'information des usagers et patients de la MSP
- Engager des actions de formation et d'information des professionnels de santé au sein de la structure (médecins, infirmiers, pharmaciens...)
- Vérifier le statut vaccinal des patients, mettre à jour le dossier vaccinal au cours d'une consultation et définir les modalités de suivi des vaccinations (envoi des rappels par courrier, ou SMS..)
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales
- Disposer d'une base de données de la patientèle à jour de ses vaccinations

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Mise à disposition de documents sur les vaccinations dans la salle d'attente de la MSP : affiche, dépliants, calendrier vaccinal en vigueur...
- Mise en place de séances de formation de l'équipe pluri professionnelle (actualités vaccinales) et au dialogue sur la vaccination (entretien motivationnel)
- Campagnes de saisie et de mise à jour des données patients dans et à l'extérieur de la MSP pour des patients de la MSP (vaccins réalisés par des IDE à domicile, par les pédiatres...)
- Développement de partenariats avec le(s) centre(s) de vaccination publique du territoire et le comité départemental de vaccination, notamment lors de la semaine européenne de la vaccination (SEV) et avec les acteurs locaux (conseil départemental, mairies, milieux professionnels...)
- Promotion du carnet de vaccination électronique (CVE Mesvaccins.net)
- Inscription dans le DMP
- Participation en fonction des organisations locales à la vaccination HPV en 5ème ...

Sites utiles :

<https://www.mesvaccins.net/>

<https://vaccination-info-service.fr/>

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Ressources>

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/occitanie/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vaccination-en-occitanie.-avril-2022>

3. Evaluation : propositions d'indicateurs

Comprenant dans la mesure du possible des données des valeurs cibles au démarrage, et des valeurs réalisées en fin d'actions :

- Type de documents mis à disposition de la patientèle
- Nombre et type de réunions d'informations des professionnels de la MSP
- Taux de patients à jour de leurs vaccinations
- Nombre et type de partenariats
- Nombre d'ouvertures de CVE
- ...

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Lutte contre la tuberculose : élimination de la tuberculose en France

La situation de la France au regard de la tuberculose est marquée par une baisse constante des cas depuis des décennies avec cependant une situation hétérogène marquée par d'importantes disparités.

En région Occitanie, l'incidence annuelle est inférieure à la moyenne nationale mais, tout comme à l'échelle nationale, elle recèle des disparités importantes entre les personnes nées en France ou dans des pays de fortes endémies, entre les grandes villes et le milieu rural.

Les groupes plus particulièrement atteints par la maladie sont constitués principalement des populations les plus pauvres, les plus vulnérables socialement, celles qui ont du mal à se loger ou à accéder au système de soins.

La lutte antituberculeuse se base sur l'identification rapide des cas de tuberculose maladie et leur prise en charge appropriée. Ces actions permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté tout en prévenant le développement de résistances aux médicaments antituberculeux.

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire (DO).

La journée mondiale de lutte contre la tuberculose qui se tient chaque année le 24 mars est l'occasion pour la France de réaffirmer son engagement à mettre fin à cette pandémie d'ici 2030.

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/occitanie/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-tuberculose-en-occitanie.-mars-2022>

Objectif général : contribuer à la lutte contre la tuberculose en région

1. Objectifs

- Collaborer avec le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) du territoire : centre d'expertise et de ressources
- Organiser un repérage pluri professionnel des personnes à risque
- Définir une conduite à tenir pluri professionnelle en cas de repérage positif
- Participer à la surveillance épidémiologique de la maladie (DO)

2. Actions à œuvre des actions : propositions d'actions

- Coordination avec le CLAT pour mener des actions de prévention
- Proposition de dépistage radiologique aux personnes repérées à risque
- Orientation des personnes repérées positives vers le CLAT du territoire
- Déclaration des cas de tuberculose à l'ARS : ars31-alerte@ars.sante.fr

3. Evaluation : propositions d'indicateurs

- Nombre d'actions de prévention
- Nombre de personnes dépistées
- Nombre de personnes orientées vers le CLAT
- Nombre de DO
- ...

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Surpoids, obésité enfant :

Malgré une stabilisation depuis 2006, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent reste trop élevée : 12 % des enfants de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale et 3,5 % étaient obèses en 2013.

Ces chiffres augmentent régulièrement avec l'âge pour atteindre près de 18 % d'enfants en surcharge pondérale en CM2 et près de 4 % obèses. De plus, parmi les enfants en surcharge pondérale ou obèses à l'âge de 6 ans, près de 1 sur 2 le reste en classe de troisième.

Les enfants d'ouvriers sont davantage touchés par le surpoids et l'obésité que les enfants de cadres. En effet, parmi les enfants d'ouvriers, 16 % en grande section de maternelle et 22 % en CM2 sont en surcharge pondérale, contre 7 % et 13 % parmi les enfants de cadres.

En Europe, le surpoids et l'obésité seraient responsables de 14 % de la mortalité toutes causes confondues. Ils exposent les personnes concernées à de nombreuses maladies notamment cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, respiratoires, et accroissent le risque de survenue de certains cancers.

L'obésité dans l'enfance est un élément prédictif de l'obésité à l'âge adulte : la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, et de 50 % à 70 % après la puberté.

Ainsi, la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile reste encore trop élevée en France.

Pour éviter une obésité persistante à l'âge adulte et ses complications, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » et en lien avec la feuille de route interministérielle sur l'obésité (2019-2022), la Haute autorité de santé (HAS) a publié en février 2022 un guide pour optimiser le parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en situation de surpoids ou d'obésité et accompagner les professionnels de santé dans sa mise en œuvre.

La HAS rappelle l'importance de la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC), point de départ du dépistage du surpoids et de l'obésité, et détaille les autres aspects à prendre en compte et sur lesquels mobiliser différents professionnels tout au long d'un parcours de soins qui doit être coordonné, gradué et inscrit dans la durée pour être efficace.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

Objectif général : Afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques, dépister, repérer ; prévenir et coordonner une prise en charge précoce des enfants à risque d'obésité

1-Objectifs :

- Dépister, repérer et coordonner la prise en charge des enfants à risque d'obésité.
- Mener des actions de sensibilisation pluri professionnelles et d'information auprès des usagers et des patients de la MSP sur la promotion de :
 - La nutrition,
 - L'activité physique,
 - La lutte contre la sédentarité,
 - La limitation de l'usage des écrans
 - Du dépistage du surpoids ou de l'obésité
- Engager des actions de formation et d'information des professionnels de santé au sein de la structure (médecins, infirmiers, pharmaciens...)

- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales de promotion de la nutrition, de l'activité physique, lutte contre la sédentarité, limitation de l'usage des écrans ...
- S'articuler avec les structures de 2^{ème} et 3^{ème} recours

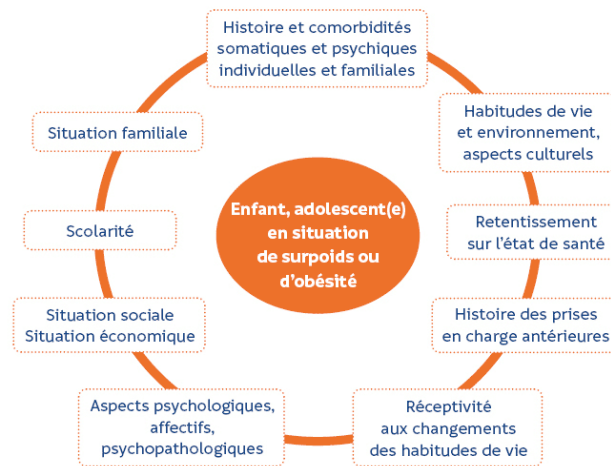
2-Actions à œuvre des actions : propositions d'actions

- Mise à disposition du public ou de la patientèle de la MSP d'informations sur la nutrition, la promotion de l'activité physique, le repérage et le dépistage du surpoids ou des risques d'obésité de l'enfant
- Mise en place de séances de formation de l'équipe pluri professionnelle de la MSP
- Organisation du repérage et du dépistage et du suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant (protocole de prise en charge)
- Surveillance du surpoids et de l'obésité de l'enfant grâce à un suivi systématique (2 à 3 fois par an) de l'indice de masse corporelle (IMC) chez tous les enfants et adolescents quelque soient l'âge, la corpulence apparente, le motif de la consultation et inscription de l'IMC dans le dossier médical pour au moins 95% des enfants de moins de 16 ans vus en consultation.
- Saisie des signes d'alerte et de la prise en charge pluri professionnelle proposée dans le carnet de santé et le dossier médical
- Mise en place de la prise en charge pluri professionnelle, du suivi et de la coordination des soins des enfants à risque d'obésité (Pour les 3 à 12 ans conformément aux recommandations de l'HAS en ayant recours à la consultation de suivi de l'obésité « cotation Assurance-Maladie »)

Pour mémoire les 10 messages clés de la HAS concernant l'obésité pédiatrique :

- *Mesurer l'IMC tout au long de l'enfance et de l'adolescence pour dépister et diagnostiquer précocement un surpoids ou une obésité*
- *Prescrire des examens biologiques de manière ciblée*
- *S'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le diagnostic et l'annonce d'un surpoids ou d'une obésité*
- *Grader et moduler les soins et l'accompagnement selon la complexité de la situation*
- *Proposer des soins et un accompagnement dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité*
- *Perdre du poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications*
- *Compléter si besoin par un séjour en soins de suite et de réadaptation dans les situations complexes*
- *Assurer la continuité du parcours: préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence*
- *Accompagner l'enfant/l'adolescent(e) en situation de handicap et ses parents : points communs et spécificités*
- *Favoriser l'engagement des associations d'usagers*

**Évaluation multidimensionnelle
 d'une situation de surpoids ou d'obésité**



3. Evaluation : propositions d'indicateurs

- Nombre d'actions vers les populations à risque, type de population
- Nombre d'enfants dépistés
- Nombre d'enfants à risque d'obésité suivis
- ...

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre. Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Souffrance psychique, addictions des ados

32% des 18-24 ans ont un trouble de santé mentale, + 11 points par rapport à l'ensemble de la population.

2 jeunes sur 3 estiment que la crise actuelle liée à la Covid-19 va avoir des conséquences négatives sur leur propre santé mentale (61%, +11 points par rapport à l'ensemble des Français). Et ils sont encore plus pessimistes en ce qui concerne celle de leurs proches (74% estiment qu'elle va être impactée) et celle des Français en général (91%).

2/3 des 18-24 ans avouent que les émotions ressenties au cours des 2 dernières semaines ont rendu difficile leur travail, la vie à la maison ou l'entente avec d'autres personnes (+13 pts par rapport à l'ensemble des Français).

40% des jeunes de moins de 25 ans rapportent un trouble anxieux généralisé (+9 points par rapport à l'ensemble des Français). Parmi les 22-24 ans, plus fréquemment isolés, hors du foyer familial, près d'1 sur 2 avoue des niveaux de problèmes qui font suspecter un seuil d'anxiété nécessitant une évaluation clinique psychiatrique (47% contre 31% pour les 18-21 ans).

Un peu plus d'1 jeune sur 5 de moins de 25 ans rapporte des symptômes de troubles dépressifs modérément sévères ou sévères (21%). La tranche des 22-24 ans semble là encore plus touchée que les autres (24%, presque 1 individu sur 4, contre 16% pour les 18-21 ans).

Presque 3 jeunes sur 10 ont pensé qu'il vaudrait mieux qu'ils soient morts ou ont songé à se blesser.

Objectif général : Repérer, accompagner et orienter des adolescents en souffrance psychique ou à risque d'addictions

1- Objectifs :

- Mener des actions de sensibilisation et d'information auprès des adolescents patients de la MSP en souffrance psychique ou risque d'addictions
- S'engager, de manière pluri professionnelle, dans des formations « repérage de la crise suicidaire », repérage précoce intervention brève (RPIB) et sur les nouvelles problématiques d'addictions chez les jeunes (jeux, écrans, pornographie ...)
- Définir des modalités de repérage et de suivi des patients, en privilégiant le partage et le travail pluri professionnel
- Définir une conduite à tenir pluri professionnelle relative à la prise en charge des patients en situation de souffrance psychique ou à risque d'addictions
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Mise à disposition de documents dans la salle d'attente de la MSP, affichage d'informations et de numéros des partenaires concernés par les problématiques de souffrance psychique et d'addictions
- Mise en place de séances de formation de l'équipe pluri professionnelle de la MSP
- Orientation des publics cibles vers la/les structures et/ou le(s) professionnels adaptés en fonction de la situation repérée
- Développement de partenariats permettant une orientation et une prise en charge : Points d'accueil « écoute jeunes », CMP, Maison Des Adolescents du département (MDA), consultations « jeunes consommateurs (CJC), CSAPA, CAARUD, Education Nationale, réseau régional (RAMIP), Dispositifs de clinique indirecte concertée (RAP 31, RESADO 82, Resa Gard 30, Philado 34, Ado 66, RESADO) ... »

3. Evaluation propositions d'indicateurs

- Nombre de personnels formés (attestation de formation à fournir)
- Type de formations
- Nombre de partenariats formalisés, RCP éventuelles
- Nombre d'adolescents sensibilisés, orientés, pris en charge
- Documents mis à disposition
- ...

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Liens utiles : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/les-maisons-des-adolescents>

Prévention du suicide

Le suicide représente en France près de 9 300 décès et 200 000 tentatives de suicide par an, soit plus de 24 décès par jour.

Le taux de suicide est en France l'un des plus élevés d'Europe avec 14/ 100 000 habitants, pour une moyenne européenne de 10,3/100 000 habitants.

Le suicide en France concerne en premier lieu les hommes, avec un taux de suicide de 22/100 000 habitants, et dans une moindre mesure les femmes avec un taux de suicide de 5,9/100 000 habitants.

Chaque année le suicide est responsable de la mort de près de 400 adolescents en France, ce qui en fait la 2e cause de mortalité pour cette tranche d'âge.

Chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, les passages pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur se maintiennent à des niveaux élevés, comparables (pour les 11-14 ans) voire supérieurs (pour les 15-17 ans et les 18-24 ans) à ceux observés début 2021. Les passages pour idées suicidaires restent également à un niveau élevé, observé depuis début 2022, chez les adultes de 25-64 ans et dans une moindre mesure 65 ans et plus. Dans des effectifs faibles on retient également une hausse des passages pour troubles alimentaires chez les 15-17 ans.

C'est pourquoi, l'une des recommandations principales du Haut conseil de la santé publique, dans son rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2015, est de centrer les actions de prévention du suicide sur les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportement suicidaire et de troubles psychiques suicidogènes.

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique. C'est une priorité pour le ministère des solidarités et de la santé qui l'a inscrite dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et dans l'instruction du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide. Leur objectif consiste à mettre œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide qui sont :

- le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide,
- la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire,
- les actions de prévention de la contagion suicidaire,
- la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide : le 3114
- et les formations en premiers secours santé mentale

Objectif général: améliorer le repérage des troubles psychiques et organiser un accès rapide au diagnostic et à une prise en charge

1- Objectifs :

- Mener des actions de sensibilisation et d'information des usagers et patients de la MSP
- Engager des actions de formation et d'information des professionnels de santé au sein de la structure (médecins, infirmiers, pharmaciens ...)
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales
- Formaliser les partenariats avec les structures concourant à la prévention du suicide
- Définir des conduites à tenir pluriprofessionnelles relatives à la prise en charges des patients en crise suicidaire

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Mise à disposition de documents et affichage des numéros et associations concernées par la prévention du suicide auprès des usagers et patients de la MSP

- Participation et/ou relais des informations concernant la semaine d'information sur la santé mentale et journée régionale prévention du suicide
- Mise en place de séances de formation prévention du risque suicidaire et formations aux premiers secours santé mentale et d'information de l'équipe pluri professionnelle de la MSP
- Connaissance de l'offre en psychiatrie sur le territoire : CMP, CMPP, CAMSP ...
- Développement de partenariats avec les acteurs locaux (MDA, points d'accueil écoute jeunes, dispositifs de clinique indirecte concertée, associations des usagers du système de santé et associations de familles de personnes souffrant de troubles psychiques)
- Inscription dans le PTSM

3. Evaluation propositions d'indicateurs

- Nombre et type d'actions réalisées
- Documents mis à disposition de la patientèle
- Type de formations et nombre de professionnels formés au sein de la MSP
- Attestation de formation
- Nombre et type de partenariat

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Périnatalité et petite enfance

Appuyé sur les recommandations du rapport de la commission des 1000 premiers jours présidée par Boris Cyrulnik remis en septembre 2020 au secrétaire d'Etat à l'enfance et aux familles, le chantier des 1000 premiers jours vise d'abord à créer du lien.

Il promeut une nouvelle politique publique conçue autour des besoins de l'enfant et vise la création d'un environnement favorable pour y répondre.

Dans ce but, le chantier des 1000 premiers jours propose une approche globale qui met au centre de la politique publique le développement de l'enfant pendant ses 1000 premiers jours.

Il invite à décloisonner les approches, à créer de la continuité entre le temps de la grossesse, celui de la naissance et des premières semaines et celui des premières années, à encourager les échanges et la coordination entre des différents professionnels et les différents services des 1000 premiers jours, notamment entre le secteur de la santé et le secteur social des modes d'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité.

Pour les parents, il vise à faire de cette période un temps privilégié pour faire le point sur leur santé et leurs priorités, reconnaître et pouvoir exprimer leurs propres attentes et inquiétudes ; ceci afin de pouvoir disposer d'une information fiable, des ressources et des soutiens lorsque cela est nécessaire, pour faire du mieux possible avec leurs propres moyens et capacités, quelles que soient les circonstances.

Le chantier des 1000 premiers jours s'insère dans les stratégies et programmes nationaux et locaux. Ce n'est pas un nouveau plan mais une volonté d'articulation, autour des jeunes enfants et de leurs (futurs) parents, des plans et programmes nationaux et locaux.

Objectif général : Développer un environnement favorable pour répondre aux besoins de la famille

1- Objectifs :

- Améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse et à la contraception
- Mener des actions de sensibilisation et d'informations des usagers et patients de la MSP autour des 1000 premiers jours pour accompagner les parents et le développement de l'enfant
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Mise à disposition d'informations et de documents sur la santé sexuelle, la contraception, l'IVG et les 1 000 premiers jours dans la salle d'attente de la MSP
- Accompagnement de situations particulières (pour les mineurs, les femmes en situation de précarité et de vulnérabilité et certaines femmes étrangères) avec possibilité de former les professionnels sur la définition de la vulnérabilité
- Orientation des personnes et prise en charge
- Mise en place d'actions en prévention et promotion de la santé :
 - Autour de l'éducation à la vie affective et sexuelle
 - Autour de la grossesse, de la place du 2^{ème} parent
 - Autour de différentes thématiques pour le développement du jeune enfant, telles que : la nutrition, l'environnement, le sommeil, le jeu, les écrans, l'éveil artistique et culturel...
 - Autour de la parentalité
- Développement de partenariats concernés par la vie affective et sexuelle, la périnatalité et la petite enfance.

3. Evaluation propositions d'indicateurs

- Documents mis à disposition de la patientèle
- Nombre/Taux de personnes accompagnées pour une IVG
- Suivi du nombre de bénéficiaires :
 - Sur la contraception
 - Sur la contraception d'urgence
- Nombre et type d'actions de prévention et de promotion réalisées
- Nombre et type de partenariats
- Nombre de professionnels formés
- Outils utilisés pour l'action
- ...

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Exemple : documents de communication/d'information à destination du public, attestations de formation, documents décrivant les procédures mises en œuvre pour articuler les interventions entre les parties-prenantes (internes/externes), documents décrivant les procédures informatiques mises en œuvre pour produire des indicateurs d'évaluation et pour assurer la traçabilité des actions mises en œuvre, compte rendus...

Liens utiles :

<https://1000jours.fabrique.social.gouv.fr/>

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/>

ETP Education Thérapeutique du Patient / Education Santé

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants ; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'Assurance Maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA.

Objectifs généraux :

- Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques en favorisant leur participation à des programmes et à des actions d'éducation thérapeutique.
- Renforcer la capacité des usagers à être acteurs de leur santé, par l'amélioration de l'accès à l'Education Thérapeutique du Patient, et plus largement de l'accès à l'Education pour la santé.

1. Objectifs :

- Mener des actions de sensibilisation, d'information et de communication sur l'ETP auprès des patients porteurs de maladies chroniques
- Engager des actions de formation (formations à l'ETP, formations à l'entretien motivationnel...) et d'information des professionnels de santé au sein de la structure (médecins, infirmiers, pharmaciens...)
- Favoriser l'accès des patients atteints de maladies chroniques ou d'obésité à des actions et à des programmes personnalisés d'éducation thérapeutique, afin de construire leur parcours éducatif.
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

Mise à disposition par affichage en salle d'attente ou autres, auprès des patients de la MSP de documents sur l'éducation thérapeutique, sur le bien vivre avec sa maladie chronique et des ressources accessibles :

- <http://www.mon-etp.fr/>
- <https://www.vivre-avec-mon-obesite.fr/>
- <https://www.vivre-avec-mon-diabete.fr/>
- <https://www.vivre-avec-ma-maladie-respiratoire.fr/>
- <https://www.vivre-avec-ma-maladie-cardiovasculaire.fr/>
- <https://www.vivre-avec-mon-cancer.fr/>

- Mise en place d'actions d'information et d'échange entre professionnels sur l'ETP et sur les ressources en ETP (sites, annuaires de formations, ressources...)
- Mise en place d'un plan de formation à l'ETP des professionnels de la structure
- Mise en place d'actions éducatives voire de programme d'ETP
- Collaboration avec les acteurs de programmes d'ETP existants
- Participation à des séminaires/réunions locales ou régionales sur l'ETP
- Incitation des patients atteints d'affection de longue durée ou obèse à suivre des actions d'ETP et des programmes d'ETP existants référencés sur le site <http://www.mon-etp.fr/>

3. Evaluation propositions d'indicateurs

- Nombre d'actions vers les populations à risque, type de population
- Type d'actions mises en place
- Nombre et qualification des personnels formés à l'ETP
- Attestation de formation
- Nombre de patients orientés vers un programme d'ETP
- ...

Pièces attestant des actions mises en œuvre : transmission du plan d'action, attestation d'inscription à la formation, choix des indicateurs de suivi ...

Prévention spécifique en direction des PA visant à retarder la survenue de leur dépendance

Contexte et justifications :

La lutte contre la dépendance des personnes âgées fait partie des orientations importantes de la Politique de Santé Publique (Stratégie Nationale de Santé, Plan Ma santé 2022, Parcours vieillissement du Programme Régional de Santé Occitanie). Cette lutte est d'autant plus importante que cette dépendance, irréversible lorsqu'elle s'installe, porte atteinte à la qualité de vie des personnes âgées, conduit à une institutionnalisation et des hospitalisations et prises en charge en particulier urgentes itératives et coûteuses pour le système de santé et de protection sociale.

Or, cette dépendance irréversible fait suite à une phase de fragilité réversible par la mise en œuvre précoce, dans l'environnement même de la personne âgée, de repérage, diagnostic et de prises en charge globaux, rigoureux, réactifs, coordonnés et multidisciplinaires. La littérature estime à 30% le pourcentage de populations âgées de 75 ans ou plus fragiles relevant de ces actions dont la mise en œuvre fait appel en particulier au protocole de coopération national dénommé « *Interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé* » communément appelé protocole fragilité des PA.

Depuis 2020, ce protocole s'inscrit dans le cadre de l'article 66 de la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé (LOTS) du 24 juillet 2019 qui permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative de professionnels de santé (au sens du Code de la Santé Publique) travaillant en équipe, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Vous trouverez ce protocole de coopération national tel qu'autorisé par Arrêté du Ministre chargé de la Santé ci-après :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205193#:~:text=En%20application%20du%20deuxi%C3%A8me%20alin%C3%A9a,pr%C3%A9sent%20arr%C3%AAt%C3%A9%20est%20autoris%C3%A9%20> (sur la page d'accueil du site télécharger l'extrait du journal officiel électronique authentifié). Une présentation synthétique de ce protocole est jointe également en fin d'annexe

Les MSP compte tenu de leur assise territoriale, de leurs dimensions multidisciplinaires et coordonnées sont concernées par les problèmes liés au vieillissement des populations en particulier la dépendance des personnes âgées sur leur territoire. Elles sont de fait concernées par la fragilité des personnes âgées et par la mise en œuvre du protocole de coopération mentionné ci-dessus. Leur inscription dans cette mission de Santé Publique visant à retarder la survenue de la dépendance apparaît comme essentielle.

Engagement structures :

Toute structure souhaitant s'inscrire dans cette mission de santé publique de l'ACI s'engage à mettre en œuvre ce protocole. Cet engagement passe par l'adhésion, sur la plateforme nationale dématérialisée « Démarches simplifiées »

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps> d'une équipe de la structure composée à minima d'un délégant (médecin généraliste) et d'un délégué (IDEL) et impliquant au moins 1/3 des médecins généralistes de la structure. La recherche d'articulations avec d'autres acteurs de la santé dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée est encouragée (RCP, PPS, articulation ville-hôpital...).

Pour les structures souhaitant adhérer au protocole :

Année 1 :

Objectifs : Formaliser la déclaration d'adhésion de l'équipe médecins/IDE sur la plateforme nationale dématérialisée « Démarches simplifiées »

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>, après avoir pris connaissance du protocole et de ses nécessaires prérequis, conditions, implications et entamer une réflexion commune sur l'opportunité, les modalités et la faisabilité de sa mise en œuvre (être en capacité dans un délai de 5 ans d'atteindre le nombre minimal de bilans / infirmier fixé dans le protocole)

Pièces attestant des actions mises en œuvre : message transmis par l'ARS par la messagerie « Démarches simplifiées » attestant de l'acceptation de la déclaration d'adhésion déposée sur cette plateforme.

Année 2 à 5 :

Objectif : Mettre en œuvre le protocole et accroître son déploiement :

- Augmenter tous les ans le nombre de patients inclus,
- Atteindre, dès la 5^{ème} année après acceptation par l'ARS de la déclaration adhésion sur « Démarches simplifiées », le plancher d'inclusion/infirmier, défini dans le protocole (20 par an).

Pièce attestant des actions mises en œuvre : Remontée annuelle des indicateurs d'évaluation du protocole.

Pour les structures adhérant déjà au protocole :

Année 1 à 5 :

Objectif : Mettre en œuvre le protocole et accroître son déploiement :

- Augmenter tous les ans le nombre de patients inclus,
- Atteindre, dès la 5^{ème} année après acceptation par l'ARS de la déclaration adhésion sur « Démarches simplifiées », le plancher d'inclusion/infirmier, défini dans le protocole (20 par an).

Pièce attestant des actions mises en œuvre : Remontée annuelle des indicateurs d'évaluation du protocole.

Repérage et prise en charge précoces des Troubles du neuro-développement chez les enfants et adolescents, de 0 à 15 ans »

Définition

LES PRINCIPAUX TND



Troubles de la communication
Dysphasie : troubles du langage, de la parole, de la fluence, de la pragmatique, de la communication non-précisée



Troubles du spectre de l'autisme
Déficit persistant de la communication et des interactions sociales, caractère restreint et répétitif des comportements



Troubles du développement intellectuel
Déficience intellectuelle légère, modérée, sévère, profonde. Retard global de développement



Troubles spécifiques des apprentissages
Dyscalculie (en mathématiques), dysorthographe (en écriture), dyslexie (en lecture) avec sévérité légère, modérée ou sévère



Troubles de l'attention /hyperactivité
Incapacité à maintenir son attention, à terminer une tâche, agitation incessante, impulsivité



Troubles du développement moteurs
Troubles transitoires, troubles moteurs ou vocaux, TIC syndrome de la tourette, trouble du développement et de la coordination

Constats

La prévalence des troubles du neuro-développement est en constante évolution ces dernières années : selon les données nationales, elle approche aujourd'hui de 15% des naissances, soit 1 naissance sur 6.

Les TND représentent :

- 1% des déficiences ou handicaps sévères en population générale dont 50% sont d'origine périnatale.
- 15 à 20 % des enfants qui sont confrontés à des difficultés d'apprentissage et scolaires, soit un à deux enfants par classe dont 5 à 7 % concernent plus spécifiquement les troubles spécifiques du langage appelés troubles « dys ».

Par ailleurs, l'association de plusieurs troubles est fréquente, ce qui contribue à retarder le diagnostic, compliquer la prise en charge thérapeutique et alourdir le pronostic.

Aussi, le repérage précoce et la prise en charge coordonnée et pluri professionnelle sont essentiels afin de permettre aux enfants de développer l'ensemble de leur potentiel : soins en orthophonie, en psychomotricité, en ergothérapie, en orthoptie accompagnement par un psychologue, des éducateurs... en lien étroit avec le médecin traitant, les parents et le milieu scolaire. Cela permet notamment de limiter les sur-handicaps et les risques de décrochage scolaire voire d'échec scolaire (avec nécessité de dispositifs scolaires spécifiques), d'apparition de troubles émotionnels secondaires (faible estime de soi, anxiété, dépression, faible intérêt ou dégoût pour la scolarité, opposition ...), de difficultés d'insertion professionnelle et sociale.

Priorités nationales et régionales

Face à ce constat, l'amélioration du repérage précoce des troubles du neuro-développement, est une priorité tant nationale que régionale.

Objectif déjà identifié dans la loi de santé publique, et dans des propositions du Haut Conseil de la Santé Publique de 2009, il a été amplifié par la recommandation de la HAS sur le Parcours de santé TSLA de 2018, et la Stratégie Nationale pour l'Autisme 2018-2022 au sein des TND, qui a notamment permis de déployer les plateformes de coordination et d'orientation précoces (PCO) depuis 2019.

Cette priorité se retrouve dans les objectifs de développement professionnel continu des médecins, dont le rôle primordial est reconnu dans la coordination et la préconisation des interventions thérapeutiques (rééducations) et médicamenteuses des enfants qui présentent des troubles neuro-développementaux.

Il s'agit également d'un engagement prioritaire de l'ARS Occitanie :

- Le projet régional de santé (PRS) 2018-2022 a permis de soutenir, aux côtés des PCO, deux projets expérimentaux (art.51 de la LFSS 2018) qui proposent chacun un parcours de soin spécifique :
 - Le parcours COCON (soins préCOces et COordonnés du Nouveau-né vulnérable) concerne tous les nouveaux nés à haut risque et à risque modéré dont les caractéristiques sont rappelées dans les [recommandations HAS](#) (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) jusqu'à leur 6^{ème} année de vie : il concerne 2000 nouveaux nés chaque année.
 - Le parcours TSLA (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages) s'adresse aux enfants de 6 à 15 ans présentant des troubles du langage et des apprentissages et concerne 4000 enfants par an.
- Le PRS 2023-2028 en cours de consultation porte également dans ses priorités le défi de « Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce »

Objectif général : *Connaître et, le cas échéant, s'insérer dans les dispositifs existants proposant des parcours de **prises en charge coordonnées** des enfants à risque de développer un ou des troubles du neuro-développement ou présentant des retards ou troubles du développement comme les (Plateforme Coordination et Orientation) PCO pour les enfants de 0-12 ans, le parcours COCON pour les nouveau-né vulnérables (0/6 ans) et le parcours (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages) TSLA pour les enfants de 6-15 ans.*

1. Objectifs :

- S'engager, de manière pluri professionnelle, dans des actions de formation, d'information et de sensibilisation sur les troubles du neuro-développement
- Mettre en œuvre les modalités de repérage et de suivi des patients des parcours précités
- S'inscrire dans une dynamique de territoire en tenant compte des ressources locales et s'articuler avec les dispositifs existants
- Favoriser le partage d'informations sécurisées (saisie des données par chaque professionnel de santé) en interne et en externe en utilisant notamment les systèmes d'informations des parcours (SPICO, Via trajectoire)

2. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Mise à disposition en salle d'attente ou autres, auprès des patients de la MSP de documents sur les troubles TND (plaquette de présentation de la PCO du département)
- Mise en place des protocoles existants dans les parcours pour le repérage, le dépistage et le suivi
- Mise en place de séances de sensibilisation et de formation de l'équipe pluri professionnelle
- Organisation de temps d'échange et de coordination pour les membres de l'équipe soignante mais également, si besoin, avec toutes autres parties prenantes : professionnels libéraux, équipe pédagogique, Occitadys, PCO, PMI, SESSAD, IME, CMP, CMPP ... participation aux RCP prévues dans les parcours TSLA et COCON
- Définition d'outils cliniques sécurisés (logiciel partagé, messagerie instantanée type Spico, messagerie sécurisée...) favorisant les échanges interprofessionnels et les articulations avec les familles
- ...

Sites utiles :

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/des-plateformes-pour-favoriser-le-diagnostic-precoce-des-troubles-du-neuro-developpement-chez>

<https://occitadys.fr>

<https://www.perinatalite-occitanie.fr> ; [Parcours COCON](#) | [Réseau Périnatalité Occitanie \(perinatalite-occitanie.fr\)](#) [Agence régionale de santé Occitanie](#) | [Occitanie \(sante.fr\)](#)

3. Evaluation : propositions d'indicateurs

Comprenant dans la mesure du possible des données, des valeurs cibles au démarrage, et des valeurs réalisées en fin d'actions :

- Nombre de plaquettes de présentation mises à disposition de la patientèle
- Nombre d'enfants repérés et orientés vers la PCO
- Nombre d'enfants suivis par un professionnel de la MSP et faisant partie d'un parcours (PCO, COCON ou TSLA)
- Nombre et type de réunions d'informations, et /ou de temps d'échanges/coordination et/ou de formation des professionnels de la MSP
- Nombre de professionnels formés/ type de formation TND/type de professionnel
- Types d'outils utilisés, par exemple :
 - VIA TRAJECTOIRE pour l'orientation vers la PCO
 - SPICO pour la coordination des parcours et faire le lien entre les différents professionnels qui interviennent auprès de l'enfant et de sa famille
- Nombre d'enfants orientés par parcours
- Age des enfants orientés par parcours
- Nombre de perdus de vue
- Bulletins d'adhésion expérimentateur signés pour COCON et pour TSLA
- Nombre de participation aux RCP /parcours

La structure doit transmettre chaque année toutes pièces attestant des actions mises en œuvre.

Promotion de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité

Contexte :

Comme décrit par l'Inserm dans son rapport sur l'activité physique de 2019 :

Avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques ne cesse de s'accroître.

Un français sur quatre souffre d'une maladie chronique, et trois sur quatre après 65 ans. Être atteint d'une maladie chronique augmente les risques de complications, de situations de dépendance et de précarité sociale préjudiciable à la qualité de vie. Ces pathologies représentent une charge de plus en plus lourde pour les malades et pour le système de santé. La prévention des complications, des récurrences, des exacerbations et des aggravations des maladies chroniques est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé.

Les bénéfices de la pratique d'une activité physique, adaptée si nécessaire, l'emportent sans conteste sur les risques encourus, quel que soit l'âge et l'état de santé des personnes. C'est ce que confirme l'expertise collective de l'Anses publiée en février 2016 intitulée « Actualisation des repères du Plan national Nutrition Santé (PNNS) relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ».

Elle reprend les résultats de l'expertise Inserm 2008 « Activité physique. Contextes et effets sur la santé » en les complétant. Ces deux expertises mettent en exergue les multiples bénéfices de l'activité physique en prévention primaire avec un effet d'autant plus important sur la réduction de la mortalité et de l'incidence des maladies chroniques que l'activité physique est régulière, intense et soutenue dans le temps. Elles insistent sur les effets bénéfiques de l'activité physique en tant que soin complémentaire, ou traitement curatif pour certaines pathologies chroniques.

Parallèlement, dans son rapport publié en 2011, la Haute Autorité de santé propose des voies d'améliorations pour le développement de la prescription des thérapies non médicamenteuses validées qui incluent l'activité physique. Les effets avérés de l'activité physique sur la réduction des complications, notamment des comorbidités et des multi morbidités, sur l'amélioration de la qualité

de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et sur leur autonomie, ont conduit à l'inscription de la « prescription » d'activité physique dans le Code de la santé publique.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 stipule en effet que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». Ses décrets d'application du 30 décembre 2016 précisent les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. L'intervention en activité physique adaptée prend ainsi sa place dans le parcours de soin en tant qu'intervention non médicamenteuse, thérapeutique ou complémentaire des autres traitements. Elle doit bien entendu s'articuler avec les programmes d'éducation thérapeutique du patient inscrits dans la loi HPST4 depuis 2009, et viser une autonomisation et une pérennité de la pratique.

Inclure l'activité physique dans le parcours de soin et dans le quotidien des personnes atteintes de pathologies chroniques, les accompagner vers une pratique autonome et pérenne implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'activité physique et sportive. Cela invite également à réfléchir à des partenariats entre le système de soins et les structures de droit commun qui encadrent des activités physiques de loisirs.

1- Objectifs :

Objectif principal

Promouvoir l'activité physique et la lutte contre la sédentarité en prévention primaire, secondaire ou tertiaire auprès de l'ensemble de la population avec ou sans facteurs de risques et dans le parcours de soin des patients afin de lutter contre l'apparition ou l'aggravation des maladies chroniques (obésité, cancer, problèmes cardio-vasculaires...) afin de permettre de mieux vivre et de mieux vieillir.

Objectifs spécifiques :

- Participer au déploiement d'une culture commune relative aux enjeux de l'activité physique sur l'apparition des maladies chroniques auprès des patients.
- Favoriser l'intégration de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse dans le parcours de soin de patients du territoire ou de personne avec des facteurs de risques.
- Renforcer les liens entre les professionnels de la santé et du sport sur un territoire afin de faciliter l'accès à la pratique d'une activité physique par les patients par la promotion d'outils ou dispositifs existants (Maisons Sport Santé, Plateforme Occitanie Sport Santé...)

3. Actions à mettre en œuvre : propositions d'actions

- Déploiement de la prescription d'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse par les professionnels de santé habilités au sein de la MSP via les outils d'aide à la prescription déjà existants notamment ceux de la HAS, pour les patients porteurs de maladies chroniques ou de facteurs de risques.
- Mise en place d'actions de formation et d'information des professionnels de santé au sein de la MSP (médecins, infirmiers, pharmaciens...).
- Mise en place d'actions de sensibilisation pluri-professionnelles et d'information auprès des usagers et des patients de la MSP aux bienfaits de l'activité physique pour lutter contre l'apparition ou l'aggravation des maladies chroniques (réalisation de bilan de condition physique,

sensibilisation à la pratique d'activité physique, temps éducatif pour faciliter le changement et l'adaptation des comportements favorables à la santé).

- Orientation des personnes porteuses de facteurs de risque, désirant reprendre de l'activité physique ou du sport à des fins de santé et les patients porteurs de maladies chroniques vers les structures dédiées à l'activité physique adaptée du territoire (comme les Maisons Sport-Santé ou la Plateforme Occitanie Sport Santé qui recense un certain nombre d'offres d'activités physiques adaptées disponibles sur toute la région et les Maisons Sport Santé de la région)
- Incitation à encourager les Professionnels de l'APA ou les structures identifiées par la MSP comme proposant de l'APA à inscrire leur offre sur le plateforme Occitanie Sport Santé.
- Affichage en salle d'attente des outils de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité comme ceux de l'ONAPS ou du site Manger Bouger.

3. Evaluation propositions d'indicateurs

- Nombre de prescriptions d'APA réalisées
 - Nombre de sessions de sensibilisation réalisées
 - Nombre de formations réalisées auprès des professionnels de la MSP et nombre de professionnels formés
 - Attestation de formation
 - ...
-

La ou les mission(s) de santé publique (2 au maximum) qui sera/seront mise(s) en œuvre par la structure est/sont :

-

-

La structure s'engage à transmettre à sa CPAM de rattachement toutes les pièces justificatives susvisées, au plus tard le 31 janvier de chaque année.

Fait à , le

Pour l'Agence Régionale de Santé
Le Directeur Général,

Pour la CPAM du
Le Directeur,

Didier JAFFRE

Pour la MSP de
Le représentant légal de la structure,

FICHE ACTION TYPE

IDENTIFICATION DE LA MSP :

Adresse

Coordonnées du référent : (nom, tel, mail)

Date de la 1^{ère} année de la mission :

INTITULE DE L'ACTION :

Contexte et problématique :

Objectifs :

Descriptif des actions :

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Équipe et organisation (personnes ressources, services concernés, partenaires associés, formations mises en œuvre) :

Moyens techniques, financiers, système d'information utilisé et conditions de réalisation :

Publics cibles, lieux d'intervention :

Calendrier/Date de démarrage de l'action / Phases de réalisation :

Suivi/Evaluation : (indicateurs spécifiques de processus, d'activité, de résultats, ...)

FICHE DESCRIPTIVE DE SEANCE (ou atelier ou module)

Intitulé de la séance :	
Lieu de la séance :	
Séance socle ou optionnelle :	
Collective ou individuelle :	
Durée :	
Profession du ou des intervenants :	
Compétences visées : (auto-soins et ou adaptation : à préciser)	
Objectifs spécifiques (ce que le patient va être en mesure de faire, de savoir etc...)	
Descriptif des techniques pédagogiques utilisées & des outils à disposition.	
Modes et instruments d'évaluation de cette séance :	

Protocole de coopération sur le diagnostic de la fragilité:

Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé



Les objectifs du protocole



▪ Objectifs principaux

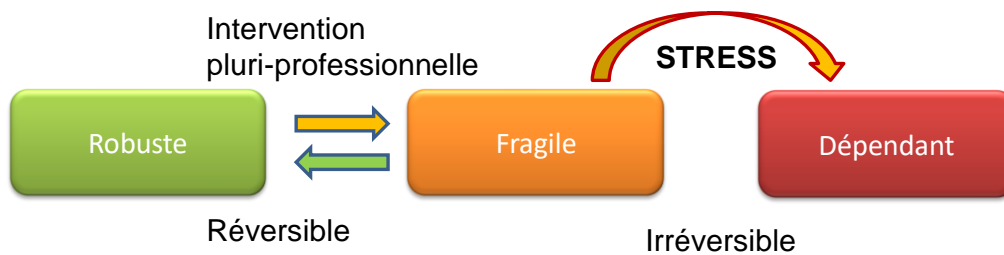
- Diagnostiquer précocement et initier la prise en charge du syndrome de fragilité du sujet âgé à domicile grâce à la coopération MT/ IDE
- Maintenir l'autonomie des patients fragiles

▪ Autres objectifs

- Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge de la fragilité
- Favoriser le maintien à domicile
- Améliorer la qualité de vie des sujets âgés
- Rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi

Syndrome de fragilité du sujet âgé

▪ Qu'est ce que la fragilité?



- Situation dynamique pouvant évoluer vers une rupture d'équilibre et une perte d'autonomie
- Etat pouvant être réversible grâce à des interventions adaptées
- Nécessite un diagnostic et une prise en charge précoce pour prévenir l'apparition de la dépendance.

3

Syndrome de fragilité du sujet âgé

▪ Le diagnostic de la fragilité: 5 critères

- Vitesse de marche ralentie
- Fatigue subjective
- Isolement social/ sédentarité
- Diminution de la masse musculaire (sarcopénie)
- Perte de poids

▪ Conditions d'inclusion PA de 75 ans et plus

- La PA est considérée comme « fragile » et mérite une inclusion si elle présente **3 critères ou plus**
- Si la PA présente moins de 3 critères, le MT décide ou non de l'inclusion.

4

Déroulé du protocole de coopération

▪ Les acteurs du protocole

- Délégant: Médecin traitant
- Délégué: IDE libéral formé
- Population cible: PA de 75ans et plus, vivant à domicile, avec suspicions de syndrome de fragilité
- Critères d'exclusion: patient dépendant, altération cognitive diagnostiquée, patient sous mesure de protection juridique

5

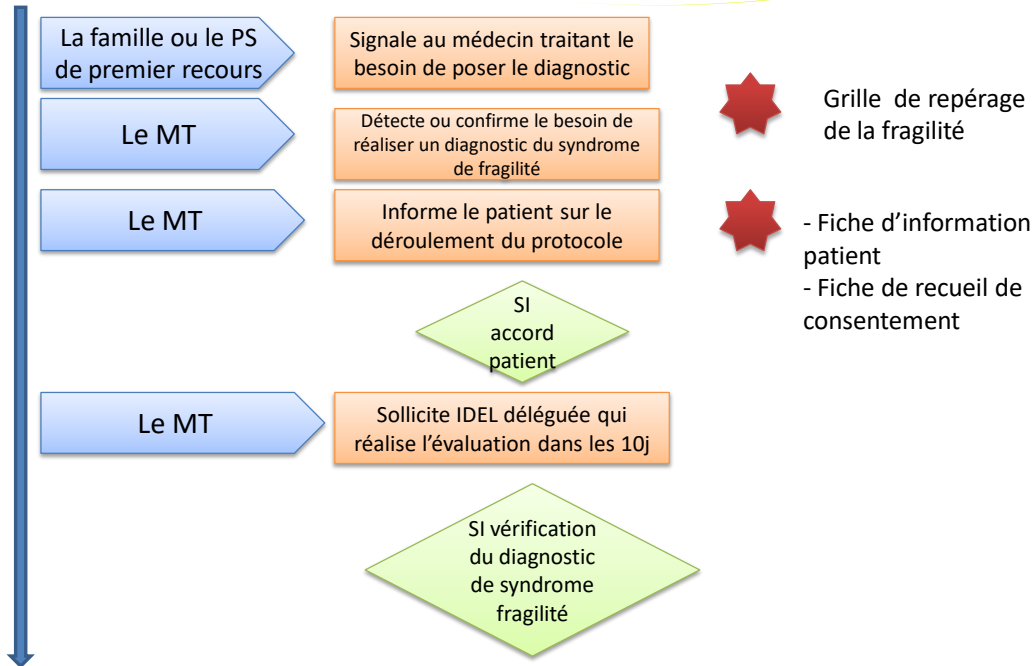
Sortie de protocole

▪ Critères de sortie automatique d'un patient du protocole:

- **Constatation de signaux d'alerte par le délégué ou le délégant**
 - Altération cognitive marquée (MMS < 20)
 - Altération de l'état général (dyspnée, fièvre, douleurs invalidantes)
 - Perte de poids importante (>10% en moins de 3 mois, et/ou MNA < 14)
 - Conditions d'hygiène précaires
 - Chutes fréquentes (>1/semaine)
 - Ergonomie du domicile inadaptée
- **Institutionnalisation au long cours**
- **Etat de dépendance**

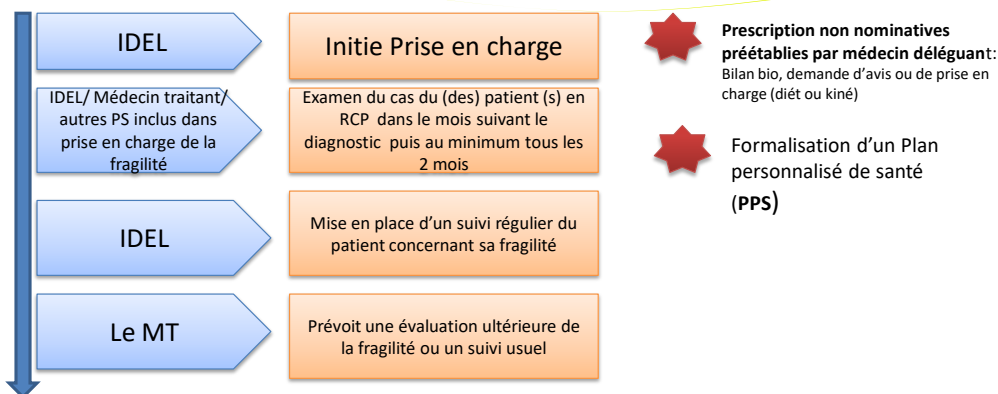
6

Déroulé du protocole de coopération



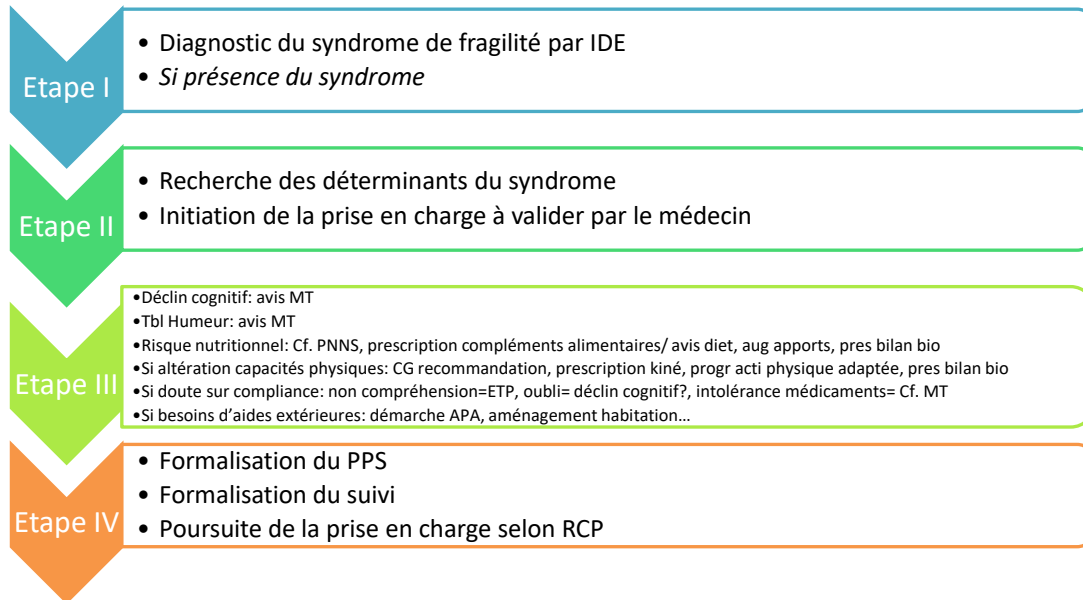
8

Déroulé du protocole de coopération



9

Déroulé du protocole de coopération: Etapes de la prise en charge IDEL



Réunion de concertation pluridisciplinaire

■ Rencontre impliquant au moins le déléguant et le délégué de la PA :

- Pour l'examen en routine des patients inclus dans le protocole.
 - Présentation du cas par IDEL
 - Restitution et conclusion du dépistage par l'IDEL
 - Présentation par IDEL du contenu de la prise en charge mise en place (PPS)
 - Examen du cas par le déléguant qui valide ou non le PPS
- Pour analyse d'évènements indésirables:
 - Présentation du cas
 - Identification des problèmes rencontrés
 - Analyse des problèmes
 - Actions correctrices envisagées