

Introduction

6 Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, ainsi que votre rôle au sein de la CPTS ?

Je m'appelle Fanny Lannes. Je suis coordonnatrice de la CPTS La Licorne, CPTS du Sud-Est Creusois depuis février 2024. A ce jour, je suis la seule salariée de cette CPTS qui a signé son ACI en 2024.

6 Quelques mots sur votre CPTS : territoire, date de création, équipe...

La CPTS de taille 1, est sur un territoire qui peut être qualifié d'hyper rural. C'est la quintessence même de la ruralité. Avec une grosse centaine de professionnels de santé libéraux un hôpital de proximité deux petites villes qui se trouvent sur le territoire. La plus connu et la plus peuplée étant Aubusson avec 3 500 habitants.

Description de l'action

6 Vous avez mis en œuvre protocole local « tiques », d'où est venue cette idée ? Qu'est-ce qui vous a motivés à travailler sur ce sujet ?

Alors à l'origine, ce n'était pas du tout prévu qu'on travaille sur les tiques. Initialement on avait prévu de mettre en place un protocole local de coopération sur la cystite mais entre le moment où on a fait notre projet de santé et le moment où on a commencé à travailler, le protocole est devenu national en tombant dans le droit commun. A ce moment, on s'est demandé, est-ce qu'on travaille sur l'accès et la mise en place de ce protocole ou est-ce qu'on part sur une autre thématique ? On s'est posé la question : qu'est-ce qui est vraiment utile à la population, aux soignants et qui est spécifique à notre territoire ? Les tiques et la maladie de Lyme, ça, c'est quand même vraiment quelque chose qui était très récurrent, assez spécifique à notre territoire et qui a du sens.

6 Quels étaient vos objectifs concrets ?

Ils étaient doubles :

- Le premier, c'était vraiment une optimisation du temps médical. Eviter les consultations médicales avec la tique encore accrochée ou une piqûre de tique de moins de 24 heures. On sait que ce sont des motifs de consultation totalement évitables avec des gens souvent paniqués. Dans un contexte où la démographie médicale s'effondre ces derniers mois avec des départs à la retraite et des départs précipités.*
- L'autre objectif, c'était, comme on est une jeune CPTS encore fougueuse, l'envie de tester les différents outils à la disposition des CPTS. Un protocole local de coopération, ça semblait une super occasion de travailler ensemble.*

6 Comment l'action a-t-elle été pensée puis déployée ?

Une fois la thématique identifiée, l'idée a été d'avoir une méthodologie. Je suis allée chercher sur les différents sites s'il existait déjà des protocoles sur le sujet. J'ai envoyé des mails à Agora Lib', sur les forums de la FCPTS, à l'ARS... et la seule réponse que j'ai eue, c'était une autre CPTS qui m'a dit : « Bon, si vous en mettez un en œuvre, ça nous intéresse », mais apparemment ça n'existait pas, en tout cas ce n'était pas mis en place par une CPTS. J'ai fini par trouver un support national, un modèle qui existe avec déjà des dépliants précisant les différentes étapes et les questions à se poser. J'ai mis tout ça dans une sorte de méthodologie qui nous donnait 48 questions auxquelles il fallait répondre pour pouvoir faire un protocole. Sur ces 48 questions, toutes n'avaient pas la même importance et ne demandais pas le même investissement. Certaines portaient juste sur le nom du protocole alors que d'autres demandaient d'énumérer les critères d'inclusions et d'exclusions, ce qui demandait un peu plus de réflexion.

On a d'abord envoyé un mail aux personnes qui pouvaient être potentiellement intéressées. On avait déjà réfléchi en amont qu'il fallait au moins un médecin, un ou plusieurs pharmaciens, un ou plusieurs IDEL, puisque l'idée était de déléguer la prescription d'antibiotiques à partir du moment où on caractérise le stade 1 de la maladie de Lyme, notamment via l'érythème migrant qui est la manifestation caractéristique.

On voulait que cette prescription soit accessible aux pharmaciens et aux infirmières. Il fallait que tous ces corps de métier soient représentés dans le groupe de travail.

❖ Quelles ont été les grandes étapes ?

On a déterminé un programme avec les infirmiers, pharmaciens, médecins qui avaient répondu positivement à la sollicitation de la CPTS. On a rempli nos 48 questions en 4 séances avec un groupe en général de 5 à 8 personnes. Les participants n'ont pas tout le temps été les mêmes, certains nous ont rejoint au milieu ou en fin de course et d'autres ont abandonné en cours de route avec les maladies hivernales. Il y avait quand même un noyau dur, d'au moins 3 personnes dont faisaient partie les membres du bureau, soyons clairs.

Au bout de 4 séances, on avait à peu près notre protocole fait, il y avait un peu de travail de communication et de mise en forme que j'ai assumé avec l'aide d'une graphiste qu'on sollicite ponctuellement.

Le gros travail, une fois qu'on avait les outils de mise en forme, ça a été le travail de préparation et de mise en place de la formation. Car il a fallu créer une formation spécifique pour former les professionnels de santé, non seulement au protocole mais aussi à la problématique qu'on traite. Dans ce contexte, on s'est retrouvé pour la première fois aussi créateur de contenu de formation. On organisait déjà des formations mais là il fallait l'écrire, la créer et savoir qui intervenait sur quoi. Donc on s'est retrouvés à demander à un pharmacien de faire un petit cours sur les classes d'antibiotiques, à un médecin de faire un QCM un peu tordu sur le protocole et la maladie de Lyme. On a fait aussi venir un professeur du CHU de Limoges, le chef de service infectiologie qui est aussi référent des centres de prise en charge de ce qu'on appelle les maladies vectorielles à tiques qui sont les centres de référence notamment pour les maladies de Lyme. Cela était aussi très excitant parce qu'on faisait venir aussi un professeur à Aubusson.

Après il y a tout le travail d'enregistrement du protocole qui est une étape assez lourde et fastidieuse car elle nécessite de recueillir toutes les cartes professionnelles, les numéros RPPS, ADEL des professionnels ce qui prend du temps.

Pour ce protocole, la volonté très forte des professionnels de santé était d'avoir un document unique et que les choses soient simples dans l'utilisation quotidienne. Que le document soit construit et qu'on y passe des heures à le faire en pesant chaque mot utilisé ok, mais il fallait un seul document. Donc on a un seul document qui fait à la fois arbre décisionnel, fiche protocole, ordonnance, trace pour le paiement et compte rendu de prise en charge pour le médecin traitant. Cette fiche unique est à scanner et à envoyer à la coordinatrice (moi) pour pouvoir assurer la comptabilisation, les statistiques et le paiement. Même si le nom des patients n'est pas consigné.

Tous les six mois, j'ai un tableau où je note quel délégué a fait le protocole en l'associant au nom de quel délégant. Dans notre fonctionnement chaque délégué a un délégant associé. Ce n'est pas au choix de chacun. On a 17 délégués et 3 délégants. Tous les délégués vont à chaque fois téléphoner à leur délégant pour qu'il soit informé. Cela permet aussi aux délégués de savoir qui appeler en cas de besoin.

❖ La formation semble être une étape importante dans la mise en place de votre protocole. Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet ?

Nous avons décidé de faire une formation assez longue sur une journée complète alors que la majorité des formations pour d'autres protocoles se font généralement en 2-3 heures. C'était un chouette moment avec des apports assez costauds sur la maladie de Lyme et les différents stades. Sur les questions de sérologie, quand, comment, pourquoi, qu'est-ce qu'on dit aux patients qui nous réclament une sérologie alors qu'en fait on sait que ce n'est pas nécessaire et que ça risque d'embrouiller les patients. Toute une partie sur un protocole de coopération, comment ça va marcher, c'est quoi, quel est le cheminement, à qui fait-on appel, quand, comment on sécurise les choses. On a aussi demandé à la CPAM et à l'ARS d'intervenir pour valider les choses et rassurer sur la légalité de la démarche et la prise en charge associée.

Les pharmaciens avaient par exemple pas mal de questions concrètes sur la façon de coter les actes. La CPAM a par la suite proposé de faire un mail à toutes les pharmacies du territoire pour dire c'est OK, vous pouvez prendre ces nouvelles « fiches protocole » avec un délégué et un délégant.

❖ Vous avez mentionné que l'enregistrement du protocole a été une étape assez lourde et fastidieuse, pourriez-vous nous en dire un peu plus ?

Le dépôt sur la plateforme lui n'est pas trop difficile. Une fois déclaré, le protocole entre en œuvre de manière automatique et normalement l'ARS revient vers nous s'ils ont des questions complémentaires. C'est une étape assez étrange car on a l'impression de partir un peu sans filet. C'était presque rassurant d'avoir un mail de l'ARS qui demandait des informations complémentaires car cela montrait qu'ils avaient bien enregistré et lu notre protocole. Ça permet de savoir qu'on n'est pas totalement tout seul et d'avoir une sorte de validation.

Aujourd'hui, cela fait trois mois que le dossier est déposé, le délai pour demander des modifications est de deux mois donc a priori, ça roule même si l'ARS nous a demandé quelques informations complémentaires à la marge (notamment sur la question de l'autorisation des personnels salariés qui souhaitent intégrer le protocole comme les pharmaciens adjoints).

6 Pouvez-vous nous en dire plus sur ce document unique qui est utilisé pour le suivi du protocole ?

Pour chaque inclusion, le document unique que nous avons travaillé, qui est une fiche, m'est envoyé par messagerie de sécurisée de santé (MSS) et elle est aussi envoyée au médecin traitant soit par courrier soit par MSS. Une copie est également remise au patient sur laquelle il y a sa signature ce qui sert à la fois de preuve pour marquer son accord et de trace pour pouvoir informer son médecin traitant qu'il est pris en charge. La fiche remplit toutes ces fonctions.

En plus, pour les patients, on a aussi construit une fiche de conseils. Parce que la plupart du temps, il n'y a pas d'érythème migrant. C'est juste de la surveillance et de la prévention à faire. Et donc, on a fait une super affiche. Avec le contact de toutes les personnes qui sont formées au suivi de la morsure de tiques dans le cadre du protocole.



6 La CPTS prend-elle en charge un aspect financier lié à ce protocole ?

Tous les 6 mois, je vais faire les facturations pour rémunérer les protocoles et éventuellement en tirer quelques données statistiques.

La CPTS rémunère le protocole pour le délégant et pour le délégué. On rémunère 12 euros au délégué, qui va remplir la fiche, qui va évaluer etc. et 4 euros au médecin délégant. On a un protocole à 16 euros avec une volonté, de rémunérer plus le délégué que le délégant.

6 Vous attendiez-vous à un processus aussi lourd au début, quand vous vous êtes lancés dans le projet ?

Au début, quand j'ai vu la méthodologie, je me suis dit que ça n'avait pas l'air si compliqué. On parle de savoir qui fait quoi dans la prise en charge d'une manifestation cutanée. Après, très vite, j'ai vu le nombre de documents qu'ils demandaient, le nombre de questions qu'ils posaient pour que tout soit bien encadré car on parle de sécurisation du parcours du patient. J'ai quand même l'impression que ce que l'on a proposé n'est pas si lourd d'un point de vue professionnel de santé par contre d'un point de vue coordinatrice il y avait énormément de documents différents à faire : tous les petits documents pour la formation, tous les documents qu'il fallait pour la déclaration, tout le packaging pour les délégués. Il faut aussi un peu animer une mini-communauté en valorisant les actions entreprises et en insistant sur les réussites du groupe. Et puis j'avais un peu lancé la hype en disant « Bon, alors le premier qui fait son protocole, je lui paye un coup », bon, je ne l'ai pas fait, mais voilà, de dire « Ah, ça y est, on a fait notre premier protocole pour que ça entretienne la dynamique ».

C'est sûr que ça a été un gros morceau qui me faisait un peu peur au début mais en fait qui très vite a été très stimulant c'était aussi un challenge.

6 Quels partenaires ont été mobilisés ? Quelles collaborations clés ?

Au niveau des partenaires qui ont été mobilisés, en plus du CHU de Limoges, avec le service Infectiologie, et spécifiquement le CCMVT, donc le Centre de Compétences en Maladie Vectorielle des tiques, qui est le centre de référence local, de l'ancienne région du Limousin. Et après, si eux ont besoin de s'orienter, ils ont une organisation au niveau national avec 5 CRMVT en France, Centre Régional des Maladies Vectorielles à Tiques. Chez nous le responsable du CCMVT, qui était aussi le chef de service en infectiologie régionale du CHU Limoges, le professeur Jean-François Fauché. Le centre régional est à Clermont-Ferrand, et eux, en fait, étaient notre premier contact. Comme on a échangé avec eux au début, ils ont accepté de venir faire une conférence grand public sur l'éthique de la maladie de Lyme ce qui nous a aussi permis de faire un contact partenarial avec le CPIE, donc le Centre Permanent des Initiatives pour l'Environnement de la Creuse pour la construction de cette fiche conseil sur les tiques et la maladie de Lyme qu'on a un peu co-construit avec eux.

Via le CPIE nous avons aussi découvert l'initiative CiTIQUE basée dans le Grand Est qui est une initiative de « tico-thèque » (centre de collecte des tiques), où le principe est de recevoir et d'analyser les tiques de la France entière pour permettre d'établir des taux d'infection par région.

🔴 Utilisez-vous d'autres outils que la MSS pour communiquer ?

Non, nous n'utilisons pas Paaco Globule. Nous avons envisagé d'autres solutions comme Citana mais les modules pour gérer les protocoles de coopération coûtent cher, 500 euros par mois. À un moment, on s'est dit que pour une première année cela était démesuré. Comme nous n'avons pour l'instant qu'un protocole, on le fait de façon artisanale. Maintenant que c'est lancé, je n'ai pas l'impression que ça me coûte tellement de travail de rentrer les données. Au contraire, j'aime bien, ça me permet de faire des statistiques. On est par exemple déjà à six érythèmes migrants, un seul appel aux délégués. Donc c'est tout à fait supportable de ne pas passer par un outil numérique.

🔴 Avez-vous rencontré des difficultés particulières, des limites ? Comment les avez-vous surmontées ?

C'est sûr que les premiers protocoles, les gens m'ont un peu appelé en disant « je l'envoie où le document ? » ou « je n'ai pas noté l'adresse de la Messagerie Sécurisée de Santé avec laquelle il faut communiquer ».

Aujourd'hui c'est notamment l'utilisation et l'orientation via la messagerie sécurisée de santé qui freine parfois la transmission. Par exemple les infirmières Azalée n'ont pas accès à la messagerie sécurisée de santé.

A ce jour, il n'y a pas d'infirmières libérales qui ont déclaré un protocole sur les tiques, en tout cas qui me l'ont transmis pour l'instant. Même s'il n'y a jamais d'urgence à transmettre les fiches car on a aussi choisi une thématique sur laquelle il n'y avait pas d'urgence. Et c'est aussi plus confortable que sur la cystite, où il faut une consultation dans les 48 heures. Là, avec la maladie de Lyme, on n'est jamais à un jour près, jamais. Les patients vont souvent à la pharmacie ou directement voir leur médecin en cas de morsure de tique.

Mais un autre frein, c'est l'orientation. On a des secrétariats, même avec des médecins qui vont être délégués ou alors des préparateurs en pharmacie, dans des pharmacies où il y a des délégués, qui en fait, ont orienté vers des consultations médicales car ils n'avaient pas eu l'information. Il faut encore communiquer sur l'existence du protocole.

Nous avons aussi identifié dans l'adressage, un délai qui pourrait être fixé pour préciser par exemple s'il y a quelqu'un qui est orienté vers un infirmier ou une infirmière, notamment avec les vacances, au bout de combien de temps on se dit si je ne peux pas y répondre, il faut que je réadresse à quelqu'un. Il y a un risque de perdre de vue le patient.

La question de la prise en charge des piqûres, notamment quand la tique est encore installée ; où là, on sait parfaitement qu'en fait, à ce moment-là, il faut enlever la tique, mais qu'on ne va jamais pouvoir caractériser un érythème migrant à ce moment-là. C'était une grande question, parce qu'on s'est dit, si on fait ça, là, on va avoir beaucoup plus d'inclusions mais en même temps, c'est à ce moment-là que les gens se présentent aussi. Donc, si on veut pouvoir les surveiller, il faut aussi les inclure à ce moment-là. On a finalement décidé d'inclure, y compris s'il y avait la tique encore installée, parce que ça permettait d'inclure le suivi pendant un mois.

🔴 Quels effets avez-vous constatés ? Et par rapport à vos objectifs initiaux ?

On en est à une trentaine d'inclusions début juillet 2025. Sachant que le premier patient a été inclus en mai 2025 par une infirmière Azalée à une période qui correspond au début de la saison des tiques. Cette inclusion s'est faite facilement car le patient venait en consultation pour une tique dans un cabinet où il y avait l'infirmière Azalée.

🔴 Comment l'action a-t-elle été évaluée ? Des indicateurs suivis ? Est-elle valorisée dans le cadre de l'ACI ? Si oui, sur quelle mission ?

Oui, cette action est valorisée dans notre contrat ACI, dans le cadre de la mission 1, en étant évaluée sur le déploiement du protocole, pas sur l'inclusion d'un nombre de patients.

Perspectives

🔴 Des suites sont-elles prévues ? Une extension ou un ajustement ?

On va faire une deuxième formation en mars 2026 parce qu'on avait du coup une demande notamment des pharmacies de pouvoir former les préparateurs et préparatrices en pharmacie y compris s'ils ne deviennent pas délégués.

Il faut aussi qu'ils soient au courant, même si ce n'est pas eux qui vont signer, ce sera toujours sous notre responsabilité, c'est nous qui signerons, mais qu'il y ait le même niveau d'information, parce qu'ils sont aussi en première ligne et ainsi éviter les loupés car ils sont aussi proactifs dans la démarche du protocole. C'est le premier contact des patients.

Nous acceptons que nos formations soient hybrides. Il y aura à la fois des déléguants, des délégués et des non-délégués. Finalement, c'était déjà le cas la première fois. On avait des étudiants en médecine, donc ils ne pouvaient pas devenir déléguants. Un médecin était venu par curiosité, parce que la thématique l'intéressait, et une femme à la retraite. Donc finalement, on voit bien aussi que la thématique intéresse.

Nous visons une vingtaine de participants car on a l'impression que plus on aura de délégués, plus il y aura de lieux de prise en charge, ce qui créera un effet boule de neige. C'est-à-dire qu'au début, on a été un peu étonnés par le faible nombre d'inclusion. Plus il y a de délégués sur le territoire et qu'il ne faut pas uniquement aller voir telle pharmacie ou telle infirmière le nombre d'inclusions augmentera. Mais on est tout de même à une trentaine d'inclusions sur le territoire depuis mai.

❖ Quelles perspectives avez-vous concernant le développement de ce protocole ?

La petite ombre qui plane sur ce genre de protocole, c'est qu'on risque vraiment d'être victime de notre succès. On a fait un protocole qui n'est pas très cher, à 16 euros, alors qu'en général ils tournent autour de 25 euros. Ça nous permet, avec un budget de 2 000 euros, d'être à 125 inclusions par an. Aujourd'hui, on est en mesure de l'assumer, mais à un moment, ça risque de grossir.

A terme, s'il n'y a pas de relais de financement, on ne pourra pas multiplier indéfiniment ce type de protocoles. C'est clairement un point à clarifier à l'avenir, même si on sait bien qu'on a encore quelques années devant nous.

❖ Pensez-vous que cette action est « transposable » à d'autres territoires ?

Oui, c'est déjà le cas car la CPTS qui m'avait contactée via le forum de la FCPTS nous a recontactée. On leur a transmis tel quel le protocole, qu'ils ont remis à leur sauce en fonction de leurs besoins. Ils ont même été plus rapides que nous en mettant en place une formation courte plutôt qu'une formation longue. Il faut dire qu'ils avaient déjà un rhumatologue qui portait le projet dans leur équipe. Le protocole est donc déclaré quelque part en Normandie.

Conclusion

❖ Un message à transmettre à d'autres CPTS ?

On s'est dit qu'on était complètement OK pour diffuser et donner notre protocole ailleurs pour peu qu'effectivement il y ait peut-être une petite licorne quelque part en bas de la page et que c'était aussi un truc chouette dans le partage des CPTS. C'était quand même un travail assez lourd même s'il n'est pas non plus démentiel.

❖ Quelles sont les prochains protocoles que vous souhaiteriez mettre en place ?

Nous avons plein d'idées mais le protocole sur la prise en charge des douleurs dentaires de la CPTS Sud Deux-Sèvres, qui a été présentée au colloque inter CPTS du 5 juin nous a bien inspirés.

❖ Une anecdote, un souvenir marquant ?

Quand on a échangé avec la CPTS de Normandie intéressée par la thématique, on avait fait une soirée d'échange en visio pour leur présenter notre projet, là où on était à l'époque quand on n'avait même pas encore fait la formation. C'était en février, en plein hiver, à 20h30, après avoir mangé une pizza en deux minutes avec une des infirmières qui gère le projet, le son ne marchait pas, il y avait des problèmes de micro, ça résonnait, bref, c'était artisanal. A la fin, l'infirmière m'a dit « Eh bien, tu vois, moi, des soirées comme ça, ça me change vraiment du quotidien. » Et j'ai trouvé ça chouette, parce que ça avait du sens pour elle.