axanté

BESSIN • CAEN-OUEST • PRÉ-BOCAGE

La santé bien orientée

Projet de Santé Territorial

Bessin-Caen Ouest-Prébocage

msa santé famille retraite services

ars Agence Régionale de Santé Normandie

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

SOMMAIRE

I. Editorial 9

II. Contexte, opportunités et place du projet dans l'existant 15

A. Contexte 15

1. La loi « Ma santé 2022 » 15

2. Le projet régional de santé Normandie 2018-2023 16

3. La graduation de l'offre de santé 17

B. Opportunités 18

III. Philosophie et valeurs historiques sur le territoire 25

A. La conciliation des modèles biomédical et global 25

B. Pour une philosophie en faveur de la reconnaissance de la complexité des besoins de la personne 28

C. Pour une philosophie en faveur de la complémentarité et la coordination des acteurs 29

D. Pour une philosophie en faveur du respect des équilibres individuels et sociaux, dans une volonté démocratique et écologique 30

IV. Territoire concerné et portage du projet de santé 35

A. Contexte territorial et dynamique des acteurs 35

1. Eléments de contexte 35

2. Poursuite de la posture de responsabilité populationnelle 36

B. Présentation du territoire 39

1. Caractéristiques de l'environnement et projection démographique 40

2. Données générales de santé 44

3. L'offre de services et de soins 50

4. Une dynamique territoriale organisée par le GCS Axanté 61

5. Les acteurs inscrits dans l'émergence du projet de CPTS 64

V. Constats partagés et éléments diagnostics sur le territoire 74

A. La stratégie territoriale pour la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé ...75

1. Constats des états généraux 75

2. Eléments diagnostics pour le territoire 76

3. Eléments diagnostics spécifiques aux bassins de vie 77

B. L'accès aux soins de 1er recours et la structuration des soins non programmés 78

1. Constats des états généraux 78

2. Eléments diagnostics sur le premier recours 79

3. Eléments diagnostics sur l'accès au médecin traitant 84

4. Eléments diagnostics sur la permanence des soins et les soins non programmés .86

C. La graduation et la coordination des parcours de santé 91

1. Rappel historique autour de cette mission socle 91

2. Constats des états généraux 93

3. Eléments diagnostics territorial 94

D. L'évolution des exercices professionnels, anticiper les métiers de demain et assurer l'attractivité du territoire 97

E. La qualité, la pertinence des soins et l'innovation 98

1. Constats des états généraux 98

2. Eléments diagnostics en lien avec les comités de suivi et d'amélioration continue de la qualité 98

VI. Axes stratégiques retenus et thématiques associées 102

A. Promouvoir la santé de la population 102

B. Faciliter et réguler l'accès au système de santé 104

1. Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de fragilité 104

2. Contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés 105

3. Organiser une régulation en réponse aux attentes des personnes et de leurs

aidants naturels 105
C. Fluidifier les parcours de santé 106
D. Accueillir et accompagner les professionnels actifs et en formation 115
E. Développer la qualité, la pertinence des soins et l'innovation 116
1. Développer une culture qualité territoriale 116
2. Innover en santé 117
VII. Actions proposées et leur suivi 121
A. Favoriser l'engagement des professionnels au sein de la CPTS 121
B. Responsabiliser la personne au cœur du système de santé 123
C. Promouvoir la santé de la population 125
D. Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de fragilité 128
E. Initier une démarche territoriale « d'écologie en santé » 130
F. Contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés 132
G. Décliner et structurer des parcours de santé thématiques 134
H. Fluidifier les parcours de santé 136
I. Accueillir et accompagner les professionnels 139
J. Innover en santé 142
K. Développer une culture qualité territoriale 144
VIII. Organisation de la CPTS 149
A. Gouvernance du GCS Axanté 149
B. Pilotage et organisation de la CPTS 152
1. Pilotage mutualisé 152
2. Coordination et équipe spécifique 153
3. Equipes et compétences contributives 154
C. Articulation avec les acteurs du territoire 154
D. Partage de l'information et communication 155

1. Site portail internet 156
2. Signalétique 156
3. La messagerie sécurisée 157
4. Systèmes numériques d'appui à la coordination 157
IX. Une vision CPTS intégrative pour servir un projet de santé gradué 161
Annexes 165
A. Annexe 1 : liste des communes couvertes par la CPTS 165
B. Annexe 2 – membres de la CPTS 169
C. Annexe 3 – Participants aux réunions territoriales 171
D. Références 178
1. Thèses réalisées sur le territoire 178
2. Documents internes 178
3. Sources externes 178

Editorial

I. Editorial

« Avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), la haute administration de la santé a pour ambition de structurer les parcours de santé des patients sur des territoires dans une démarche hospitalo-centrée qui à la fois nie la coopération publique privée (la médecine de ville est à 90% libérale) et le virage ambulatoire, dont la nécessité est pourtant consensuelle.

Depuis de nombreuses années, le but de l'administration est de contrôler l'ensemble du système de soins. Elle part des institutions qui sont directement à sa main, en particulier les établissements hospitaliers, en espérant étendre sa gouvernance à la médecine de ville, essentiellement libérale. Il s'agit d'une vision technocratique et planificatrice qui se situe à l'inverse de la réflexion stratégique qu'il faudrait avoir, c'est-à-dire partir des besoins des patients (dominés par les besoins chroniques) pour organiser l'offre de soins.

Dans la loi, les GHT ont pour objet de « mettre en œuvre une stratégie pour une prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. » Comment peut-on penser sérieusement qu'un système aussi fermé que le système hospitalier en soit capable ?

Pour l'instant, le bilan des GHT n'est guère satisfaisant, en premier lieu pour les établissements eux-mêmes. Les « projets médicaux partagés » entre établissements d'abord ont été construits sans les médecins. Les directeurs des Agences régionales de santé (ARH) se retrouvent dans la position de super-héros qui doivent être capables de tout maîtriser dans leur région (projets médicaux et investissements) sans la moindre feuille de route stratégique du ministère. Le bilan économique de la plupart des hôpitaux s'est dégradé, le malaise du personnel s'est considérablement accru, les activités entre établissements n'ont pas été réorganisées, chacun essayant de conserver le maximum des siennes en l'absence de directives nationales claires. Les hôpitaux de proximité vont perdre leur autonomie, alors qu'ils fonctionnent plutôt bien, avec de bonnes relations entre ville et hôpital, des libéraux venant y exercer et une direction proche de leurs territoires. Ils dépendront complètement du bon vouloir de leur établissement support.

…L'absence de définition précise du contenu et de l'organisation d'une CPTS donne tout pouvoir à l'ARS de décider, ce qui se fera selon des procédés bureaucratiques, plutôt qu'à partir des besoins des territoires.

Ce dont nous avons besoin est un État venant en appui des projets locaux (évaluation des besoins, qualité des soins, épidémiologie, etc) et chargé de contrôler si les objectifs de santé publique qu'il a fixés sont bien atteints. Le pilotage doit être du ressort de l'assurance maladie pour les trois secteurs du médical, du médicosocial et de l'hôpital.

En définitive, il faut que l'administration accepte de donner un vrai pouvoir aux organisations locales, de décentraliser plutôt que de déconcentrer. »

Frédéric Bizard (président de l'Institut Santé) - Site Univadis - 26 février 2020.

Nul n'étant prophète en son pays, laissons à Frédéric Bizard exprimer ici plus clairement que nous n'aurions su le faire les raisons qui fondent nos vives inquiétudes.

Si cette vision hospitalo-centrée n'est pas la bonne dès lors que l'on parle de santé de proximité, celle qui donnerait de façon toute opposée un pouvoir trop insistant à une logique médico-centrée ultra libérale n'est à l'évidence pas plus souhaitable.

L'équilibre passe ici par une représentation territoriale de l'ensemble de tous les acteurs pour en faire une organisation de coordination transversale sanitaire, médicale, médico-sociale et sociale, le tout mis au service premier des personnes malades et des personnes les plus vulnérables.

Depuis quinze ans, le GCS a ainsi dynamisé sur son territoire une démarche de responsabilité populationnelle dévouée à la personne mise en premier, ceci au plus près du domicile, et en une solide coopération hôpital/ville, allant naturellement du sanitaire au médical, du médical au médico-social, et du médico-social au social.

C'est par la vision et la ténacité toute particulière du Dr Thierry Gandon et ses équipes que ce territoire a pu fonctionner en cette harmonie qui reposait avant tout sur la pratique vivante et remarquable d'une démocratie en santé. La qualité des liens tissés entre tous, apportent ici la preuve hors du commun d'une maturité en responsabilité populationnelle de ses acteurs.

Si une loi peut porter un « esprit », c'est bien celui-là que nous retrouvons ici partagé en résonance entre la loi « Ma santé 2022 » et l'organisation de territoire du GCS Axanté.

Dans des conditions assez mouvementées, le GCS Axanté a été bien tardivement sollicité par les institutions pour porter officiellement la première CPTS pilote du Calvados. Des injonctions fortes ont été données aux porteurs du projet pour qu'ils respectent des délais de dépôt de dossier dont la contrainte de temps a frisé l'impossible.

Pour autant, le GCS Axanté, son équipe, et les membres du comité de pilotage CPTS ont su une nouvelle fois relever le défi, sans fragiliser à aucun moment les ancrages qu'ils portent à leurs valeurs socles, dont celle de la démocratie en santé.

Il faut ici les remercier et les féliciter.

Accompagnés avec la bienveillance des institutions et des élus, des « États généraux de la santé » ont été organisés sur le territoire du GCS Axanté le 21 novembre 2019 avec le succès

que l'on connaît. Les conclusions de ce travail collectif ont fait l'objet d'une restitution publique le 16 janvier 2020, venant ici enrichir l'évocation de nos axes de progrès.

Sur tous les axes stratégiques présentés dans ce dossier, il a été décidé d'y retrouver à chaque fois les valeurs socles qui ont toujours donné au GCS la juste orientation de ses actions. Il a été décidé de renforcer les notions de responsabilité populationnelle et personnelle, et de respecter à chaque instant les notions d'écologie générale, territoriale et personnelle. Le souci porté aux personnes malades sera tout également porté aux professionnelles qui œuvrent sur ce territoire afin d'assurer une qualité de vie au travail optimale.

Le dossier du projet de santé territorial Bessin - Caen Ouest - Prébocage porté par le GCS Axanté qui se déroule ci-dessous, respecte les engagements du PRS, et s'inscrit avec volontarisme dans la loi « Ma santé 2022 », en particulier en ce qui concerne le respect du portage des missions socles et complémentaires à inscrire dans les CPTS.

Il nous est cependant permis de regretter ici que dans son montage systémique global qui en faisait initialement toute sa cohérence et toute sa force au service de la personne, le GCS Axanté s'est vu retirer d'autorité par l'institution de santé régionale l'ensemble de son département de prévention, éducation à la santé et d'éducation thérapeutique et autres parcours de santé pluri-thématiques. Cette regrettable décision a entrainé la fragilisation de fait des personnes dans leurs parcours de soins tout en réussissant dans le même temps la prouesse de démotiver d'autant les professionnels de santé qui avaient œuvrés avec enthousiasme à unir leurs compétences avec succès au service des personnes.

Les valeurs socles rappelées ci-dessus viendront renforcer dans ce dossier la pertinence des fiches actions en y mettant « la force du bon sens ». En tout ce qui est écrit ici, la responsabilité se partagera, de la personne malade et vulnérable, des professionnels de santé et du social, des élus jusqu'aux institutions, cela pour un travail d'intelligence collective à mener en une co-construction, et ceci à partir d'une naturelle proximité du territoire.

C'est l'esprit de la Loi « Ma santé 2022 » qui le dit, et qui nous l'impose.

Dr. Vincent Fouques Duparc, Administrateur du GCS Axanté

Contexte, opportunités et place du projet dans l'existant

II. Contexte, opportunités et place du projet dans l'existant

A. Contexte

Le déficit d'adaptation du système de santé au monde d'aujourd'hui, le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques, la modification profonde des pratiques médicales liées aux progrès technologiques, l'augmentation constante des coûts en lien avec les évolutions épidémiologiques et de certaines thérapeutiques innovantes, les formations en santé qui ne correspondent plus aux attentes ni aux besoins, les réalités des situations trop difficiles sur les territoires, l'existence d'une impatience très grande chez les élus, chez les soignants, chez les français face à la complexité inopérante du système actuel des soins transformé en véritable labyrinthe contre lequel se heurtent nombres de patients, voilà un certain nombre de constats publiquement et courageusement avancés.

Alors que « la santé » est la première préoccupation des français, le système en place n'y répond que par l'obsession de stratégies thérapeutiques en face des maladies. La santé en tant que telle n'ayant jamais été une politique menée à l'ordre du jour, la politique de la maladie confirme ici ses limites, ses insuffisances, ses incohérences du fait d'un manque de vision globale sur du moyen et du long terme.

Ne pourrions-nous pas parler ici d'un manque de courage, de responsabilité et de vision politique, véritable maladie chronique de nos institutions, alors que la mise en responsabilité populationnelle est à l'ordre du jour aujourd'hui, et ceci sur de nombreux autres sujets que celui de la santé ?

1. La loi « Ma santé 2022 »

La nouvelle loi française « Ma santé 2022 » (Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), institue des mesures présentées par le président de la République lors de son discours du 18 septembre 2018. Cette loi a été publiée au « Journal Officiel » le 26 juillet 2019 et sera encadrée par des décrets d'application à paraître, tous destinés à la mise en œuvre de mesures devant ouvrir de nouvelles perspectives, voire des propositions franchement disruptives, dans une série d'axes de progrès concernant la logique de ses réformes.

Pour n'en citer que quelques-unes, nous parlerons d'un décloisonnement des formations comme des carrières, la meilleure gestion territoriale décloisonnée de la demande de soins et d'accompagnement social (ceci autant en amont qu'en aval des hôpitaux), la participation collective et coordonnée des acteurs locaux à de nouvelles organisations de territoire, la conduite de nouveaux projets de santé sur les territoires supportée par la création des CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé), l'affirmation d'une nécessaire graduation des soins à partir de la proximité en développant une offre hospitalière de proximité ouverte sur la ville et sur le secteur médico-social, la place au numérique en santé avec la télésanté (dossier patient, télémédecine, téléexpertises et télésoins).

La considération prise par cette nouvelle loi aux effets bénéfiques sur la santé d'une stratégie de prévention primaire est à considérer avec grande attention concernant ses applications pratiques.

Notre Projet de Santé Territorial s'inscrit donc en convergence de cette loi fondée sur une quadruple ambition :

- Apporter des réponses concrètes aux besoins exprimés au quotidien par les Français pour faciliter leur accès aux soins, les aider et les accompagner.
- Faire de la promotion de la santé et de la prévention des composantes à part entière de la politique de santé.
- Réorienter notre système de santé vers une prise en charge de proximité (le premier recours)
- Asseoir notre démarche de responsabilité populationnelle acquise, et l'inscrire désormais dans un souci de synergie avec la responsabilité de la personne et d'exigence d'engagement et de responsabilité de nos institutions.

2. Le projet régional de santé Normandie 2018-2023

Le projet de santé du territoire s'inscrit pleinement dans l'approche globale et transversale de la santé du projet régional de santé articulé autour des parcours de santé et de la graduation de l'offre de santé.

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux, des enjeux de santé de la région, des moyens d'agir, de l'impact possible et de la concertation réalisée avec les partenaires normands par l'intermédiaire des représentants de la démocratie en santé, l'ARS de Normandie et ses partenaires ont fait le choix de faire des **parcours de santé et de vie l'angle principal du PRS**.

Or, les parcours débordent par nature le cadre des activités et des secteurs traditionnels de la santé. Aussi, assurer la fluidité des parcours engage à adopter une ambition de transversalité.

À ce titre, le PRS de Normandie intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence Nationale de Santé (CNS) comme cadre général d'action.

C'est donc une approche globale de la santé qui a guidé l'élaboration de ce Projet régional de santé et ses constituants : COS, SRS et PRAPS.

Prévention et promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale, veille et sécurité sanitaire, performance des acteurs et des organisations : le Projet Régional de Santé concerne ainsi l'ensemble des acteurs du domaine de la santé.

Le parcours de santé et de vie articule le parcours de soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, d'accompagnement médico-social et social ; ils intègrent les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

Huit parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie ont été arrêtés collectivement :

- Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant »
- Le parcours « santé des enfants et des jeunes »
- Le parcours « psychiatrie et santé mentale »
- Le parcours « personnes en situation de handicap »
- Le parcours « maladies chroniques » - insuffisance cardiaque
- Le parcours « maladies chroniques » - asthme / BPCO
- Le parcours « cancers »
- Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »

Malgré quelques améliorations, les cloisonnements restent encore marqués entre les secteurs de la prévention et de la promotion de la santé d'un côté et des soins de premier recours, de l'hôpital, du médico-social et du social de l'autre. Une partie importante des ruptures identifiées dans les parcours est due à une mauvaise coordination entre les différents acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

La coordination est aussi un enjeu d'efficience. En effet, les surcoûts liés aux retards des prises en charge, au manque d'articulation des actions de santé, voire à leur redondance, est un facteur important à prendre en compte en plus d'être défavorable à la santé des personnes. Il s'agit de favoriser :

- Des parcours sécurisés et de qualité pour les personnes et leurs aidants
- Des prises en charge coordonnées et communicantes qui privilégient, à chaque fois que cela est possible, le maintien de la personne dans son lieu de vie

La personne est ici considérée dans sa globalité, dans sa complexité comme dans le respect de toute sa dignité quel que soit sa situation et le contexte qui est le sien.

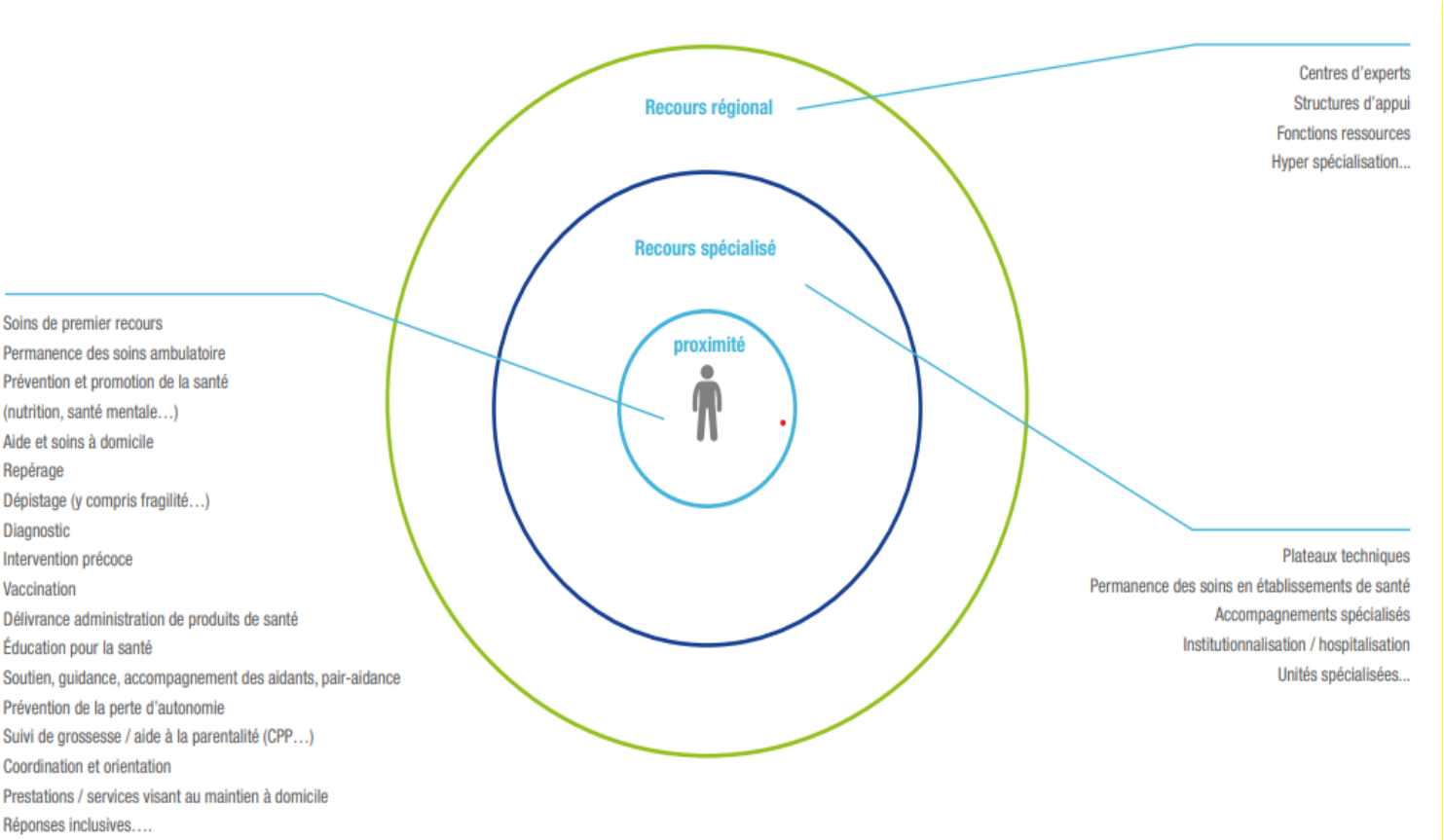
3. La graduation de l'offre de santé

Le principe de graduation de l'offre en santé, à l'intérieur du parcours de santé, vise à répondre aux besoins des personnes, variables dans le temps et/ou dans l'environnement. L'effet recherché est bien celui d'éviter ou de diminuer le risque de rupture venant mettre à mal les objectifs premiers.

Il concourt à l'efficience des accompagnements, des prises en charge et des organisations en optimisant les ressources dans un contexte budgétaire contraint.

L'organisation graduée de l'offre en santé vise à apporter une réponse à toutes les situations, même celles nécessitant un accompagnement renforcé ou une prise en charge spécialisée à travers le principe de subsidiarité. Là encore, ce principe de graduation s'applique à l'ensemble de l'offre en santé : offre en prévention et en promotion de la santé, et en éducation thérapeutique, offre sanitaire, sociale et médicosociale, pour répondre aux besoins de la population.

Cette graduation s'organise en trois niveaux : la proximité, le recours spécialisé et le niveau régional (voire le recours interrégional). Le niveau de recours se caractérise par une offre spécialisée, qui peut accompagner et prendre en charge la personne directement et dispose d'une mission d'appui à l'offre de proximité. Le niveau régional recouvre les activités hautement spécialisées et les fonctions de ressources et de référence.



B. Opportunités

Pour notre territoire, la déclinaison de cette politique nationale et régionale dans le projet de santé rencontre de réelles cohérences pour son élaboration et sa mise en œuvre en associant :

- **Pour l'organisation de l'offre et de l'accès aux soins de proximité** : Les projets santé des pôles et maisons de santé

- **Pour l'organisation de l'offre territoriale** : Les décrets précisant les modalités des CPTS, nouvelle organisation au service de la mise en œuvre du projet de santé territorial

Les CPTS engagent tous les acteurs et toutes les personnes du territoire à collaborer à sa réorganisation en profondeur, ceci à partir de « La personne » au plus près de son lieu de vie. Cette nouvelle politique de santé de proximité va inciter de ce fait les professionnels du soin d'un même territoire à s'organiser autour d'un projet visant à répondre aux enjeux de la coordination ville-hôpital, de celle cruciale des soins non programmés, des déserts médicaux et de la consolidation des prises en charges coordonnées entre tous les acteurs au domicile de la personne (pluriprofessionnalité et décloisonnement du sanitaire, du médico-social et du social). **Système ouvert et souple** pour une **réponse collective** et adaptée pour chaque territoire

3 missions prioritaires à mettre en œuvre progressivement :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
- Organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient
- Développer la prévention à l'échelle d'une population

2 missions complémentaires (option) :

- Renforcer la qualité et la pertinence des soins dans une dimension pluriprofessionnelle
- Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

- **Pour l'appui du premier recours,** la mobilité de l'expertise en proximité, l'accès au deuxième recours de coordination : L'évolution du CPOM du GCS Axanté

Le CPOM du GCS Axanté est porté par nos engagements, dans la continuité de notre histoire et le respect de nos valeurs de coopération, afin de faciliter et consolider le travail en réseau du territoire :

- Accueillir et analyser les demandes
- Orienter vers le professionnel ou le service adapté
- Apporter une expertise collective
- Mobiliser des compétences au plus près du lieu de vie
- Accompagner dans la coordination des parcours de santé
- Faciliter le lien ville-hôpital
- Garantir un suivi et des retours d'informations réguliers
- Proposer des temps de concertation
- Accompagner dans des actions de prévention et de promotion de la santé
- Proposer une offre de formation

- **Pour l'offre de deuxième recours spécialisé :** Le projet médical du Centre Hospitalier Aunay-Bayeux (CHAB)

Il s'articule autour de six axes principaux :

- *Développer et pérenniser les activités de spécialité du CHAB*

Offre de soins et de spécialités de deuxième recours indispensable aux parcours de santé du territoire dans le cadre du projet de santé et de la CPTS étant donné le peu de spécialistes libéraux.

- *Développer spécifiquement la filière gériatrique*

Enjeu majeur étant donné la démographie, la filière gérontologique en place sur le territoire, la perspective d'une équipe mobile territoriale gériatrique portée par le GCS (suite de l'expérimentation PAERPA sur le territoire) offrant son expertise au plus près du lieu de vie et s'articulant avec l'offre de soins de la filière gériatrique hospitalière.

- *Intégrer le CHAB dans les parcours de santé du territoire*

Objectif général : intégrer l'hôpital dans une vraie médecine de parcours, interne et externe, gérant les flux amont et aval de l'hospitalisation et favorisant la dynamique de travail en réseau autour des parcours de santé en cohérence avec les parcours organisés sur le Territoire par le GCS Axanté.

- *Développer les coopérations sur son territoire*

Le CHAB est un établissement historiquement ouvert sur son territoire et facilitateur des projets associant les professionnels de premier recours. Membre du GCS et représenté dans le comité restreint, il s'inscrit pleinement dans l'esprit de la loi ma santé 2022 et la participation à la dynamique CPTS sur son territoire.

Le CHAB développe les collaborations et favorise les partages de postes avec la médecine de ville, le GCS, le secteur du Handicap et de la petite enfance.

Il développe la télémédecine et la visioconférence.

- *Développer et répondre aux besoins de santé du territoire*

- *Poursuivre et renforcer la politique qualité*

- **Pour l'organisation et l'orientation vers l'offre de recours départemental et régional** en lien avec les territoires : Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Normandie Centre

Le groupe qui a travaillé sur la thématique : Proximité, Premier recours, SSR, HAD du PMP a, entre autres, insisté sur :

- un enjeu : Améliorer les parcours patients grâce à une meilleure coordination des acteurs en proximité

- une proposition : Organiser la proximité sur quatre bassins de proximité du GHT

Afin d'améliorer les parcours patients et de favoriser une prise en charge de qualité des patients sur le territoire du GHT, il convient d'organiser la proximité et notamment de structurer les liens entre la ville et l'hôpital. La proximité se compose d'une grande diversité d'acteurs : la médecine libérale, acteurs de premier recours (notamment les Pôles de Santé Libéraux (PSL) et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)), un ou des centre(s) hospitalier(s) comprenant un service d'urgence, une offre MCO, SSR, des structures d'HAD, et des établissements médico-sociaux (personnes âgées, personnes en situation de handicap).

L'objectif est ainsi d'organiser les coordinations entre ces différents acteurs afin de répondre au mieux aux besoins des populations nécessitant une prise en charge de proximité et notamment d'éviter les passages aux urgences : personnes âgées, personnes polypathologiques, patients de soins palliatifs, patients présentant des maladies chroniques, personnes en situation de handicap.

Le groupe fait le choix, sur la base des besoins de santé de la population, d'organiser les territoires du GHT sur quatre bassins : le Pays d'Auge (Est), le Bessin Prébocage (Ouest), Falaise-Argentan (Sud) et le Bassin Caennais (Centre).

Afin de coordonner la diversité des acteurs et permettre une plus grande visibilité de l'offre existante, il est proposé de mettre en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

Philosophie et valeurs historiques sur le territoire

III. Philosophie et valeurs historiques sur le territoire

Dans la perspective d'élaboration du Projet de Santé du Territoire Bessin-Caen Ouest-Prébocage et de sa mise en œuvre dans le cadre d'une organisation en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, nous nous sommes fixés comme défi de se souvenir d'où nous venons, comprendre ainsi notre présent, pour engager notre avenir sans porter atteinte aux valeurs socles qui font que nous sommes ce que nous sommes, aussi comprendre le présent nous a obligé à un va-et-vient entre la réflexion et les questions que nous impose :

- Les évolutions de la Loi de Santé, ses impacts et déclinaisons régionales, territoriales et locales
- Le nouveau paradigme épidémiologique
- La démographie médicale, paramédicale, l'évolution des métiers et des pratiques
- Les besoins des professionnels acteurs du système de Santé du territoire
- Les besoins en Santé des personnes vivant sur le territoire
- Le respect des concepts, organisations et acquis développés sur le territoire
- La dynamique des actions engagées et/ou celles identifiés à mettre en œuvre depuis 15 ans dans le GCS
-

C'est dans ce va-et-vient et le questionnement qu'il impose que nous réaffirmons les valeurs socles du GCS et pouvons actualiser les éléments de la philosophie désormais portés par la CPTS. Attaché à répondre au « pourquoi » de chaque chose, nous avons cherché à définir le « pour quoi » par le sens de ce que nous voulions mettre en place, le consensus sur les valeurs et les pré requis à toute action de la CPTS.

A. La conciliation des modèles biomédical et global

Comme le démontre de nombreux auteurs, on distingue classiquement deux modèles.

Le premier appelé « modèle biomédical » infère que la maladie provient principalement d'un problème organique. Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause qui peut être guérie. Le développement médical est essentiellement centré sur une approche curative comportant les investigations diagnostiques et des actions thérapeutiques. Le médecin est le seul référent dans cette approche.

Le second modèle, appelé couramment « modèle global » (Engel G.L., 1980) tente de montrer que la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux. Il en résulte une approche qui prend en compte ces différents facteurs, depuis l'éducation de la personne à la Santé jusqu'à l'accompagnement de la personne en fin de vie. Il se différencie du modèle précédent par le fait que pour préserver la santé et améliorer la santé (plus que lutter contre la maladie…), la collaboration de tous les professionnels de santé est indispensable.

A travers ces modèles, apparaît la confrontation de deux conceptions de la médecine. La première la considère comme une discipline scientifique dont l'objet d'étude est la maladie, la seconde la situe comme une pratique humaniste au service de la santé de la personne.

La montée en puissance du modèle global, portée par le GCS depuis sa fondation, s'explique par l'influence de trois approches :

- La première approche est celle de la santé publique et tout particulièrement de l'épidémiologie actuelle, qui met l'accent sur les facteurs influençant les comportements individuels de santé. La connaissance de ces facteurs pose la question de leur éradication ou de leur gestion

- La seconde approche est d'ordre psychosomatique. Elle met en lumière l'opposition entre une médecine centrée sur la maladie et une médecine centrée sur la personne

- La troisième approche est d'ordre socio anthropologique, dans la mesure où les facteurs socioculturels, professionnels et économiques participent à la compréhension des pratiques de santé

Aussi étonnant que cela puisse paraître, les deux modèles ont longtemps cohabité sans jamais établir de vrais liens fonctionnels. Pratiqués par des professionnels différents, chaque secteur a développé des techniques, des savoirs faire complémentaires, mais sans jamais vraiment les connecter.

Depuis 15 ans, du fait de gouvernance décloisonnée, ses objectifs poursuivis comme ses actions menées à bien, le GCS travaille sur son territoire à relier ces deux modèles et à les mettre en synergie.

L'organisation en CPTS est une opportunité de les rapprocher encore davantage pour un meilleur équilibre des pratiques de santé, une cohérence des actions menées et une efficience supérieure du système.

Dans la continuité des projets de santé précédents sur notre territoire, nous nous inscrivons donc dans un système dynamique, alliant le biologique au psychosocial et à l'environnemental. Cette représentation actualisée, a le mérite d'offrir une succession d'étapes dans l'axe Santé *(Cf schéma page 28).*

Ce système se décline par ailleurs dans chaque parcours de santé thématique *(cf. parcours du PRS page 17),* dont les deux acteurs principaux au cœur de notre projet de santé sont :

- La personne souffrante ou aidante naturelle en situation de fragilité en santé au plus près de son lieu de vie
- La personne soignante ou accompagnante en risque d'épuisement face à des situations de complexité en santé

L'intégration de ces différents éléments, les compétences développées et l'expérience des actions déployées sur notre territoire nous offrent une meilleure compréhension :

- De la complexité des besoins des personnes affectées d'un problème de santé
- Du sentiment d'isolement perçu par certains professionnels
- De la complémentarité des métiers et de la nécessaire interdisciplinarité (équipe traitante au plus près du lieu de vie)
- De l'articulation opérationnelle de plusieurs compétences (décloisonnement sanitaire, médico-social et social)
- Des déficits de coordination dans les prises en charges (dimension territoriale)

La réflexion et l'intégration de tous ces aspects, nous amène à poser un cadre philosophique que nous centrons sur des valeurs socles au service des missions socles de la CPTS :

- La reconnaissance de la complexité des besoins de la personne
- La complémentarité et la coordination des acteurs de soins
- Le respect des équilibres individuels et sociaux, dans une volonté démocratique et écologique
- La reconnaissance de la complexité des besoins des personnes professionnelles du soin et de l'accompagnement

B. Pour une philosophie en faveur de la reconnaissance de la complexité des besoins de la personne

La CPTS Bessin - Caen Ouest - Prébocage concilie les deux modèles par la promotion du continuum de santé, qui contient l'histoire de la maladie. Il inscrit la santé dans un axe de continuum de vie, qui contient l'histoire et le projet de vie de la personne. Cette orientation est validée et portée par les acteurs de la CPTS et représentée comme suit :

- **Promotion universelle** = promotion de la santé
- **Prévention orientée** = préventions primaire et secondaire
- **Prévention ciblée** = éducation thérapeutique

Ce raisonnement nous amène à être garant de la reconnaissance, par l'ensemble des membres de la CPTS, que la personne est une réalité unique, acteur principal de son continuum de vie et de son continuum de santé. Chacune des actions en faveur de la personne est toujours **une réponse particulière à une demande singulière**.

Dans le cadre de la CPTS, cette philosophie s'applique à la santé de la population, à la personne malade, mais aussi aux professionnels acteurs du système.

La responsabilité collective du territoire est ici incontournable dans le cadre de l'injonction à la mode, évoquant « la responsabilité populationnelle ». La personne étant au cœur de nos engagements, nous sommes ici convaincus que rien de sérieux ne se fera sans la mise en responsabilité de chacun, ceci à titre personnel.

C. Pour une philosophie en faveur de la complémentarité et la coordination des acteurs

Apporter une réponse particulière à une demande singulière, nous amène à reconnaître que la prise en charge d'une personne, dans son continuum de santé, s'inscrit toujours :

- Dans le temps
- Dans des lieux
- Auprès de professionnels compétents

Ceci pour répondre aux besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient biomédicaux ou globaux.

Si la santé est une ressource, une recherche à la fois individuelle et collective, qui donne la capacité de réaliser les besoins fondamentaux du fonctionnement humain (mobilité physique, indépendance physique et psychique, participation et intégration sociale des professionnels), nous la visualisons alors, comme un processus de prise en charge alternatif entre les différents acteurs (établissements de santé, structures médicosociales, ambulatoires, secteur libéral, population).

Avoir comme cible la réalisation des besoins fondamentaux du fonctionnement humain et la réduction des désavantages liés à cette non-satisfaction est l'objectif qui peut devenir le consensus d'une diversité de professionnels de santé (médicale, environnementale, administrateur, financeur), qui peuvent se reconnaître dans un objectif commun et réaliste.

Dans ce cadre, les différents acteurs développent dans leurs secteurs, des activités autonomes, qui mobilisent leurs compétences et leurs expertises propres ; mais aussi, ils organisent le lien entre les activités autonomes, reconnaissant ainsi leurs interdépendances nécessaires à la qualité et à la cohérence de la prise en charge.

Il appartient à la CPTS de venir participer à l'identification des processus de prise en charge en sachant les graduer à partir du lieu de vie de la personne, assurant de ce fait une coordination facilitée entre les différents sous-processus.

Le principe de l'interdisciplinarité met en relation des personnes qui ont des choses à faire ensemble et qui peuvent ensemble les organiser, avec une forme différente, alternative. Elle constitue une pratique d'interaction entre les personnes et les disciplines pour les relier, de telle sorte qu'elle s'en trouve enrichie et que les savoirs théoriques et techniques se réorganisent en étant moins disjoints et compartimentés. Elle permet d'approcher les problèmes complexes dans leurs particularités.

Ainsi, les relations entre les professionnels, quelques soient leur métier et leur lieu d'exercice, s'organisent dans un va-et-vient entre la reconnaissance des limites de l'autonomie et des zones de dépendance.

Dans le cadre de la CPTS, cette philosophie de l'autonomie et de l'interdépendance pour les professionnels s'applique aussi à la population, et à la personne malade.

D. Pour une philosophie en faveur du respect des équilibres individuels et sociaux, dans une volonté démocratique et écologique

La reconnaissance des limites de l'autonomie et des zones d'interdépendance, par chacun, passe par la connaissance et la confiance que l'on a les uns envers les autres.

Nous pensons que pour réussir, il faut interroger ce que nous avons appelé :

- L'éthique de l'intelligence et du discernement
- L'éthique de la relation à l'autre
- L'éthique respectueuse de la personne fragile
- La mise à distance de la logique économique
- L'entrée dans une logique d'écologie de la Santé

Ainsi, il nous semble possible de définir les principes du management de la CPTS au service de la mise en œuvre du Projet de Santé de son territoire.

a) Par une éthique de l'intelligence et du discernement

Dans le monde professionnel, au-delà d'une éthique du respect du légal et d'une éthique du raisonnable, il faut entrer dans une éthique du discernement. Les différents aspects à gérer dans une dynamique CPTS ne sont pas simples. De ce fait il est important de discerner, sans n'être jamais certain que l'on ait raison. Cela réclame plutôt de l'intelligence collective que du raisonnement individuel. L'éthique du discernement, c'est apprendre à repérer comment préserver, encourager, permettre à la personne et au professionnel de poursuivre sa progression, et de maintenir ou retrouver de la motivation à agir, quelles que soient la complexité, les contraintes du contexte dans lequel il évolue. En saisissant les opportunités qu'offre le concept de CPTS, il faut permettre à chacun de tracer un chemin de croissance.

L'éthique du discernement nous renvoie à la recherche de la qualité que chacun d'entre nous poursuit, et particulièrement, à l'évaluation comme moyen pour nous permettre de discerner, de voir, de partager, de s'approprier, pour comprendre qu'elle est notre contribution spécifique, notre chemin de croissance à côté des autres.

b) Par une éthique de la relation à l'autre

Au-delà de l'éthique des règles du jeu qui ne suffisent plus à gérer la confiance, il faut développer une éthique de la relation à l'autre. Il nous faut passer de la conscience collective pratique à la confiance interpersonnelle :

- Dans la dimension pluriprofessionnelle de proximité
- Dans le décloisonnement des cultures professionnelles
- Dans l'esprit de la gouvernance de la CPTS
- Dans la relation entre acteurs et institutions

L’éthique interpersonnelle, nous oblige à descendre dans un face-à-face personnel beaucoup plus exigeant. Ainsi, le « dirigeant » se doit de choisir d’abord une personne humaine, dans son rapport avec ses collaborateurs, modifiant les concepts traditionnels de la hiérarchie pyramidale en s’engageant dans un processus de co-construction et dans une valorisation des co-responsabilités, c'est-à-dire l’engagement des personnes les unes envers les autres au profit de la réalisation de « l’œuvre commune ».

L’éthique de la relation à l’autre nous renvoie à la démarche d’analyse de processus, qui nous permet de mesurer nos co-responsabilités, mais aussi notre maillage et notre interdépendance. C’est dans la force de ce maillage que se noue la confiance. Mais, c’est aussi dans son analyse que s’identifie le problème crucial sur lequel bute le professionnel : la fragilité de chacun.

c) Par une éthique respectueuse de la personne fragile

Nous évoquons ici combien le monde dans lequel nous vivons nous fragilise, par la perte de nos points de repères, due à la pression du système économique, à la pression médiatique, à cause de l’inquiétude dans laquelle nous sommes et à l’amplification de cette inquiétude par le biais des médias et de l’information. La grande question est de savoir si cette fragilité va continuer à nous faire peur ou si nous allons être capables d’apprendre à distinguer entre la fragilité et la faiblesse. Il s’agit là d’une grande confusion.

La faiblesse, c’est ce dans quoi on finit par tomber à force d’inintelligence et de manque de courage à reconnaître que la fragilité est une composante humaine et que le professionnel a le droit d’avoir des zones de fragilité, qu’il ne peut pas tout maîtriser.

La fragilité existe, et il faut la prendre en compte, non plus comme une tare marginale qu’il faut éliminer, mais en la gérant et en la considérant comme la composante essentielle de la richesse humaine. Nous affirmons ici, qu’un professionnel participant au système de santé a le droit d’être fragile parce qu’il a le droit :

- De ne pas savoir répondre seul, aux conséquences socio-économique et culturelle sur la maladie et sur la santé en général

- De vivre difficilement un exercice professionnel parfois vécu comme solitaire

- De se sentir en difficulté face au changement comme l’intégration de nouvelles organisations, la mise en place des bonnes pratiques, l’évaluation des pratiques professionnelles, dont il ne perçoit pas toujours le sens et qui lui donnent le sentiment de perte de sa reconnaissance

- De ne pas savoir gérer le consumérisme des soins et la pression de certains patients et/ou de leurs familles

La fragilité nous renvoie à la formation, aux réunions de concertation pluridisciplinaire, et à notre capacité à proposer que, dans le cadre d'une CPTS, nous revisitions en interdisciplinarité la prise en charge des personnes, les complémentarités que nous pouvons trouver chez nos partenaires dès lors où nous savons les identifier.

Dans ce cadre, la CPTS s'engage à ouvrir un département de recherche et de développement concernant la souffrance au travail des personnes soignantes et accompagnantes, en logique d'évaluation, de prévention et de soutien.

d) La mise à distance de la logique économique comme finalité

Notre capacité à nous engager ensemble dans l'action est souvent paralysée par une logique économique que nous prêtons à chaque nouveauté, comme si l'économie était la finalité jamais avouée des nouveaux modes de fonctionnement, tel qu'apparaît la CPTS. Aussi il nous semble nécessaire d'avoir la capacité d'en parler, non pas comme une finalité, mais comme un souci partagé qui se concrétise dans une recherche commune à être efficace.

L'efficacité nous renvoie à l'analyse de nos pratiques professionnelles, aux recommandations, à la gestion de nos organisations, à notre système d'information, à notre capacité à relier.

e) Entrée dans une logique d'écologie de la Santé sur le territoire

Dans cette réflexion globale nous avons trouvé le respect des équilibres individuels et sociaux et situé la CPTS Bessin-Caen Ouest-Prébocage au service de la Santé Communautaire du territoire, comme une structure de Démocratie en Santé soucieuse de l'écologie des ressources mises en œuvre. Elle permet moins d'isolement, moins de fragilité et la possibilité de s'entourer des compétences complémentaires, de les coordonner et de les organiser. Nous pouvons imaginer que dans ce cadre, chacun peut trouver ou retrouver la reconnaissance collective de sa compétence et de son rôle et l'efficacité de ses actions. Une condition nous semble désormais incontournable, le soucis constant et préalable à toute initiative de prioriser l'écologie et l'économie des ressources :

- Eduquer les personnes sur les conséquences de leur consommation de soins
- Discerner chaque choix qui sera pris par la gouvernance de la CPTS sur l'équilibre écologique du système de santé de son territoire
- Veiller à ce que toute proposition extérieure, impactant les axes du projet de santé et les conditions de sa mise en œuvre soit réfléchi à partir des impératifs écologiques

Territoire concerné et portage du projet de santé

IV. Territoire concerné et portage du projet de santé

C'est avant tout le territoire qui donne le sens du projet. Se cantonner à une délimitation administrative de la CPTS ôterait donc tout son sens au projet. La dimension du bassin de vie, avec des professionnels de santé regroupés autour d'un projet de santé retrouve ici tout son sens. Le maillage du territoire se fera ainsi plus par le développement et la synergie des projets de santé territoriaux, coordonnés par une communauté de professionnels qui se réfère et s'identifie à un territoire.

Il faut donc bien différencier ce qui relève de l'action du projet de santé qui, par définition, est variable dans le temps et dans le lieu, et les structures de gestions et gouvernances qui elles, définissent un territoire par l'histoire de leur inscription dans un bassin de vie. La dynamique et le maillage de l'offre de santé prévalent sur la délimitation administrative.

Deux réflexions territoriales apparaissent nécessaires à la CPTS :

- Celle des actions du territoire, fonction du projet de santé et personnes et/ou organisations concernées. En effet, l'objet de la CPTS n'est pas d'uniformiser les pratiques sur le territoire mais bien de s'adapter aux particularités de chaque bassin de population dans le but de permettre une meilleure prise en charge de chaque personne

- Celle des structures de gestion et de gouvernance qui définiront un territoire géographique d'appartenance. La mise en place de cette structuration sera facilitée si elle est portée par un acteur transversal de la santé du territoire

A. Contexte territorial et dynamique des acteurs

1. Eléments de contexte

Les **15 années de travail** sur le Bessin - Caen Ouest - Prébocage dans le cadre du GCS autour des parcours de santé et de l'appui de coordination de situations complexes, dans la dynamique initiale du Réseau de Santé du Bessin, ont permis de tisser des relations entre la ville et l'hôpital, entre les professionnels libéraux eux-mêmes, les médecins généralistes et les infirmières au premier plan. La dynamique a été poursuivie avec l'intégration de nouveaux acteurs du médico-social et du social.

Bien que disposant du savoir et des compétences pour une prise en charge globale des personnes, de plus en plus de professionnels de santé, du social et du médico-social font appel aux dispositifs portés par le GCS pour bénéficier d'évaluation de situations difficiles en proximité et éventuellement d'un appui de coordination pour les aider, de façon ponctuelle ou prolongée sur les situations complexes. Le recours à cette coordination est devenu régulier pour un certain nombre de situations comme la fin de vie, le suivi gérontologique à domicile, la précarité, les conduites addictives, les maladies chroniques évoluées, etc.

En 2014, lors de l'élaboration du CPOM du GCS des perspectives avaient été envisagées ainsi :

L'évolution du Réseau de Santé du Bessin vise à proposer une plateforme de coordination de proximité au service des soins de premier recours et de l'articulation ville hôpital. Elle tient compte de la transition démographique (vieillissement de la population, raréfaction des ressources médicales), de la transition épidémiologique (augmentation des pathologies chroniques) et de la transition sanitaire (importance des soins de premier recours). Cette plateforme a pour objectif le décloisonnement entre professionnels de ville, établissements de santé, centres de santé, secteur médico-social, social répartis sur le territoire.

Ce décloisonnement constitue un des axes stratégiques du PRS de Basse-Normandie.

Dans le cadre de la Loi de modernisation du Système de Santé et de ses décrets d'application et au regard du cahier des charges régional des Plateformes Territoriales d'Appui :

- Analyser de façon toujours plus précise les besoins des patients concernés et ceux des professionnels impliqués dans les parcours de santé complexe

- Renforcer dans le GCS les fonctions d'appui, optimiser leurs missions dans les parcours de santé complexes au plus près du lieu de vie des personnes, en lien avec le médecin traitant

- Optimiser l'intégration de l'ensemble des dispositifs d'appui de coordination fédérés dans le GCS afin de permettre la complémentarité offrant la polyvalence, les synergies assurant l'efficacité

- Simplifier l'accès, la mobilisation et la collaboration avec les dispositifs d'appui de coordination selon les attentes et contraintes : des médecins traitants, des autres acteurs du parcours de santé (sanitaires, sociaux et médico-sociaux)

- Maintenir les équilibres représentatifs des CSACQ et de la gouvernance du GCS

2. Poursuite de la posture de responsabilité populationnelle

Depuis sa création en 2005 et particulièrement lors de son évolution en 2013 dans le cadre d'un précédent projet de santé de territoire Bessin-Prébocage, le GCS a engagé une démarche de responsabilité populationnelle en santé et se veut l'instrument :

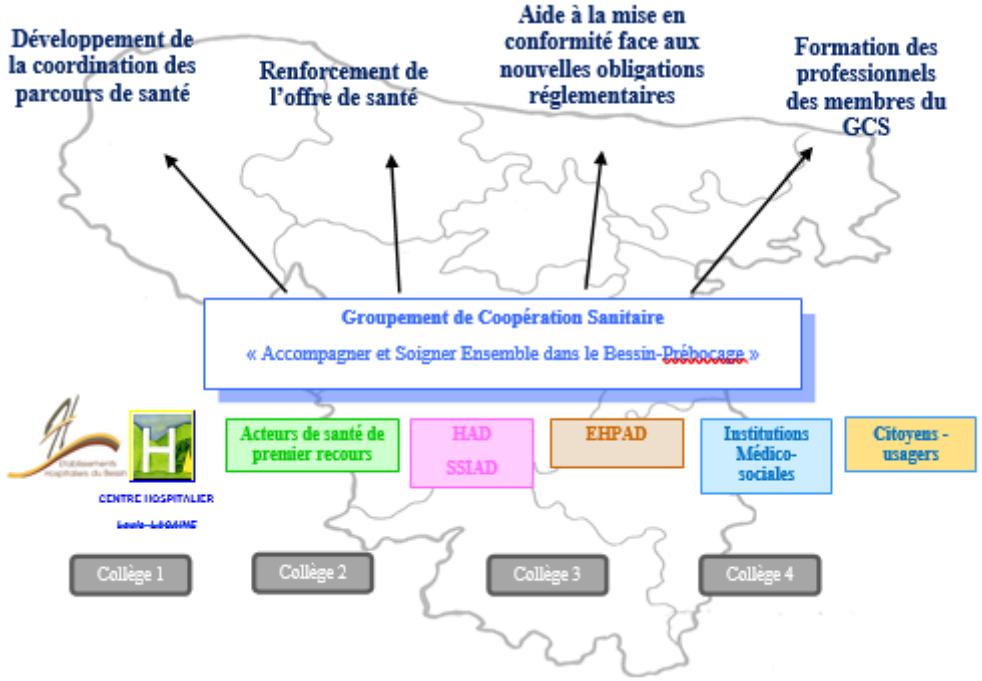
- D'analyse des besoins de santé de la population de son territoire
- De recensement des attentes des professionnels acteurs des parcours de santé
- De décloisonnement et de coordination des secteurs sanitaire, médico-social et social, public et privé, hospitalier et libéral.

Il facilite les coopérations et les synergies entre les professionnels de santé, les maisons de santé (PSL et MSP), les centres de santé, les réseaux de santé, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux. Il participe à l'atteinte des objectifs fixés par le PSRS Basse-Normandie pour le bassin de vie Bessin-Prébocage.

Dans ces conditions, le GCS précédemment dénommé « Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin-Prébocage » a pour objet d'assurer, d'organiser et de veiller à une meilleure fluidité du parcours de santé et particulièrement de :

- Promouvoir la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique
- Apporter une plus grande cohérence aux prises en charges répondant à des référentiels partagés
- Éviter les ruptures dans les parcours de santé, les prises en charge et les parcours mis en œuvre
- Améliorer les conditions de travail et d'exercice de l'ensemble des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux

A cette fin, comme l'illustre la carte suivante, le groupement poursuit les missions développées ci-après.



- **Développer la coordination des parcours de santé**. A cet effet, le Groupement :

    - Initie ou participe à toutes actions en matière de :
        - Prévention
        - Promotion de la santé publique
        - Dépistage
        - Éducation thérapeutique
        - Parentalité
        - Addictologie
        - Gérontologie
        - Coordination de la prise en charge des maladies chroniques
        - Coordination des prises en charge de soins palliatifs
        - Soutien à la scolarisation, l'apprentissage et l'insertion des jeunes et adultes en difficultés
        - Coordination des prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales
        - Toutes autres actions jugées nécessaires et d'une manière générale, toute action destinée à la mise en œuvre des objectifs du PRS.

    - Favorise le maintien à domicile par la coordination entre les différents acteurs du maintien à domicile : médecine libérale, HAD, SSIAD, intervention d'auxiliaires de vie, soutien social, en coopération avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les institutions sociales

- **Renforcer l'offre de santé.** A cet effet, le Groupement :

    - Met tout en œuvre pour favoriser l'attractivité du bassin de vie Bessin-Prébocage pour l'ensemble des professionnels de santé
    - Facilite la lisibilité de l'offre de santé pour les professionnels de santé et les usagers
    - Facilite la mise à disposition de moyens pour favoriser une complémentarité entre les secteurs sanitaire, médico-social et social qu'ils soient publics ou privés
    - Organise la délocalisation de l'expertise au plus près des lieux de vie
    - Favorise le développement de la télémédecine
    - Facilite la réalisation et la coordination des soins de premiers recours
    - Facilite la réalisation et la coordination des activités médico-chirurgicales hospitalières dans le cadre du service public, de manière à conforter une offre de soins de proximité complète, pérenne et de qualité sur le bassin du BESSIN-PREBOCAGE et, à ce titre permet l'intervention des praticiens libéraux auprès des usagers du service public
    - Peut participer à toutes actions de recherche clinique et aux expérimentations innovantes

- **Accompagner les membres du groupement dans les procédures de maintien et de mise en conformité face aux nouvelles obligations légales et réglementaires.** A cet effet, le Groupement :

    - Coordonne les interventions d'experts, à leur demande, auprès des membres et notamment dans les domaines suivants : démarche qualité et gestion de risque,

préparation à la certification, hygiène, sécurité, travaux
    - Développe des équipes d'experts communes aux membres du groupement, selon les nécessités et après décision de l'Assemblée Générale

- **Permettre aux professionnels relevant du Groupement de maintenir et développer leur niveau de compétences.** A cet effet, le Groupement :

    - Est organisme de formation
    - Participe sans exclusivité à la formation continue des personnels de ses membres, en fonction des objectifs de formation décidés par l'Assemblée Générale
    - Met en œuvre des formations-actions délocalisées auprès des membres
    - Poursuit les formations par la mise en place d'un compagnonnage entre les formateurs et les professionnels des membres du Groupement

B. Présentation du territoire

Le territoire retenu pour la mise en œuvre de la CPTS est celui définit dans le cadre du nouveau CPOM du GCS. Il est en cohérence avec les dispositifs d'appui à la coordination (PTA, MAIA, ex-PAERPA, PASS). La liste exhaustive des communes est présentée en ***annexe 1***.

Le territoire présenté se décompose de la manière suivante :

- **1 circonscription d'action sociale** (CAS) – Bessin, en totalité, et 2 de façon partielle (Caen Ouest et Prébocage)
- **5 cantons** dans leur totalité : Trévières, Bayeux, Aunay-sur-Odon, Courseulles-sur-Mer et Bretteville l'Orgueilleuse et **5 de façon partielle** : Ouistreham, Caen 1, Caen 2, Evrecy, Thury-Harcourt
- **5 Établissement public de coopération intercommunale (EPCI)** dans leur totalité : Isigny-Omaha Intercom, Bayeux Intercom, Seulles Terre et Mer, Pré-Bocage Intercom, Cœur de Nacre et **3 de façon partielle** : Caen la Mer, Vallée de l'Orne et de l'Odon, Cingal-Suisse Normande
- **6 bassins de vie** en totalité et 6 de façon partielle
- **3 secteurs psychiatriques** : Caen Nord, Caen Ouest, Bayeux

Cette zone géographique est composée de **199 communes** (236 anciennes communes) ce qui représente **37% de la surface totale du département**. C'est un territoire à dominante rurale, la moyenne d'habitants par commune est de 849 personnes.

Sa population était de **171 182 habitants** en 2016**, soit 24,2%** de la population du Calvados. Ce chiffre nécessite d'être actualisé en 2020 dans le cadre ce projet.

La densité de population est très variable selon les communautés de communes présentes sur le territoire, comme le précise le tableau ci-dessous :

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	**Pré-bocage Intercom**	**Bayeux Intercom**	**Isigny-Omaha Intercom**	**Seulles terre et mer**	**Cœur de nacre**
nbre d'habitants	24733	24779	30165	26975	16940	23878
Densité de population hab/km²	190	59	151	46	86	394

Données issues de ORS et CPAM /MSA

1. Caractéristiques de l'environnement et projection démographique

a) Une croissance dynamique de la population

Le territoire concerné présente une densité de population inférieure à la moyenne régionale et nationale. Néanmoins, cet écart se réduit, avec un taux d'accroissement annuel moyen de

0.61%, contre 0.13% sur la région Normandie entre 2011 et 2016. L'indice conjoncturel de fécondité est de 2.02 sur la période 2012-2018, avec en moyenne 1 732 naissances par an sur cette même période, ce qui est supérieur aux taux régionaux et nationaux (1.92).

b) Un vieillissement de la population

Selon les données de l'INSEE, toutes les circonscriptions du Calvados verraient leur population vieillir entre 2006 et 2021. Le Bessin serait l'une des régions les plus âgées du Département, alors que le Prébocage deviendrait le territoire le plus jeune.

Le nombre de seniors de 74 à 84 ans connaîtrait une progression modérée entre 2006 et 2021 (+ 7,4 %), mais il faut s'attendre à une forte augmentation des plus de 85 ans dans le Département. Leur effectif pourrait doubler en 15 ans.

Le Prébocage est le territoire où la population devrait augmenter le plus à l'horizon 2021, pour toutes les classes d'âge. Aujourd'hui l'un des territoires calvadosiens les moins touchés par le vieillissement, il devrait être aussi le plus jeune en 2021, bénéficiant d'une baisse limitée de la part des jeunes et d'une augmentation toute relative de celle des seniors.

La part des seniors les plus âgés, de 75 ans ou plus, dans la population totale du Calvados, ne cesserait d'augmenter d'ici 2021. Au-delà de 2021, le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus continuerait d'augmenter, mais à un rythme moins soutenu. Les femmes représenteront 70 % des calvadosiens de 85 ans ou plus en 2021.

A l'horizon 2021, la part des moins de 25 ans représenterait 32,4 % de la population dans le Prébocage et 27,9 % dans le Bessin, la part des 65 ans ou plus représenterait 17,40 % dans le Prébocage et 24,10 % dans le Bessin.

L'ensemble du territoire de la CPTS comptait 34 459 personnes de 65 ans et plus en 2016 et 15 610 personnes de 75 ans et plus. Le taux d'accroissement annuel de la population de 75 ans et plus entre 2011 et 2016 est bien supérieur au moyennes régionale et nationale (2.07 contre respectivement 0.97 et 1.11). Il est à noter que la part des personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2016 était de 35.8%.

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	**Pré-bocage Intercom**	**Bayeux Intercom**	**Isigny-Omaha Intercom**	**Seulles terre et mer**	**Cœur de Nacre**
Personnes de 75 ans et +	6%	8%	12%	11%	7%	12%
75 ans et + vivant seul à domicile	29%	35%	37%	39%	34%	35%

Données issues de ORS et CPAM /MSA

c) Précarité (DRESS/ARS)

Au 31 décembre 2015, le Calvados présentait un taux de chômage de 9,8 % légèrement inférieur à la moyenne nationale (10 %). Le nombre de demandeurs d'emplois s'élevait à 60 391.

Le nombre d'allocataires du RSA s'élevait à 21 713, soit 6,5 % de la population (7,4 au niveau régional – 7,4 au niveau national).

Les bénéficiaires de la CMU étaient au nombre de 12 989 (1,8 % de la population) et de la CMU complémentaire au nombre de 40 462 (5,7 % de la population). Le nombre de bénéficiaires de l'aide complémentaire santé était de 11 996 (1,7 % de la population) et les bénéficiaires de l'aide sociale étaient au nombre de 27 860.

La représentation graphique ci-dessous met en avant une plus grande fragilité sociale sur le territoire retenu pour la mise en place de la CPTS concernant l'accès aux études supérieures ainsi qu'aux professions intellectuelles supérieures et postes de cadres.

D'un autre côté, le taux de chômage y est inférieur et le pourcentage d'allocataires (AAH et RSA) plus favorable.

Nous pouvons remarquer dans le tableau ci-dessous les disparités des territoires en termes d'emploi.

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	Pré-bocage Intercom	Bayeux Intercom	Isigny-Omaha Intercom	Seulles terre et mer	Cœur de Nacre
Chômage	7,90%	9,76%	16,69%	11,79%	8%	11%
Emploi précaire (25-64ans)	18%	23%	25%	26%	21%	24%
Cadres	14,80%	8,94%	12,34%	6,56%	12,60%	21,10%

Données issues de ORS et CPAM /MSA

d) Une mortalité supérieure à la moyenne nationale

Le Calvados enregistre un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale pour les hommes, notamment la mortalité par cancers (poumon, VADS, prostate), par suicide, par consommation excessive d'alcool et de tabac.

Les cancers représentent également un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale chez les femmes, en particulier les cancers du sein. La région du Bessin semble toutefois présenter un taux similaire à la moyenne nationale.

Les décès par suicides représentent une des principales causes de décès prématurés chez les hommes dans le Calvados. Les décès par suicides chez les femmes sont similaires à la moyenne nationale, sauf dans la partie ouest du Calvados où le taux de suicides chez les femmes est significativement supérieur à la moyenne nationale.

Il est à noter que l'espérance de vie sur les différents bassins de population est relativement similaire.

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	Pré-bocage Intercom	Bayeux Intercom	Isigny-Omaha Intercom	Seulles terre et mer	Cœur de Nacre
Espérance de vie femme	86	83	85	85	85	85
Espérance de vie homme	79	77	77	76	79	79

Données issues de ORS et CPAM /MSA

2. Données générales de santé

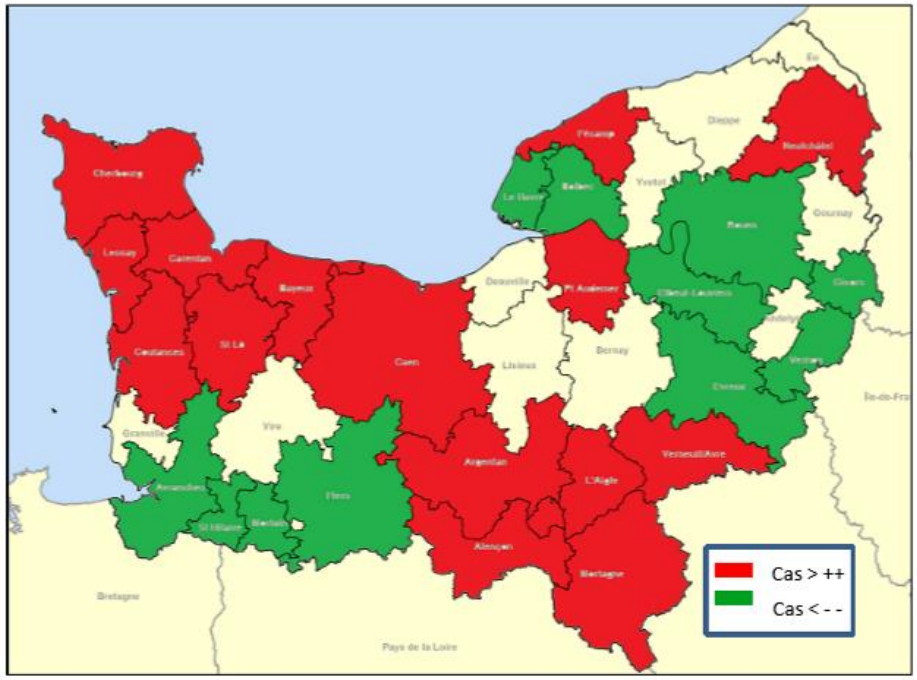
a) Les conduites addictives

Nous remarquons notamment une surmortalité des femmes liée à la consommation de tabac et des hommes liée à la consommation d'alcool sur notre territoire.

b) Maladies cardiovasculaires

<u>Focus sur les maladies cardio-neuro-vasculaires</u>

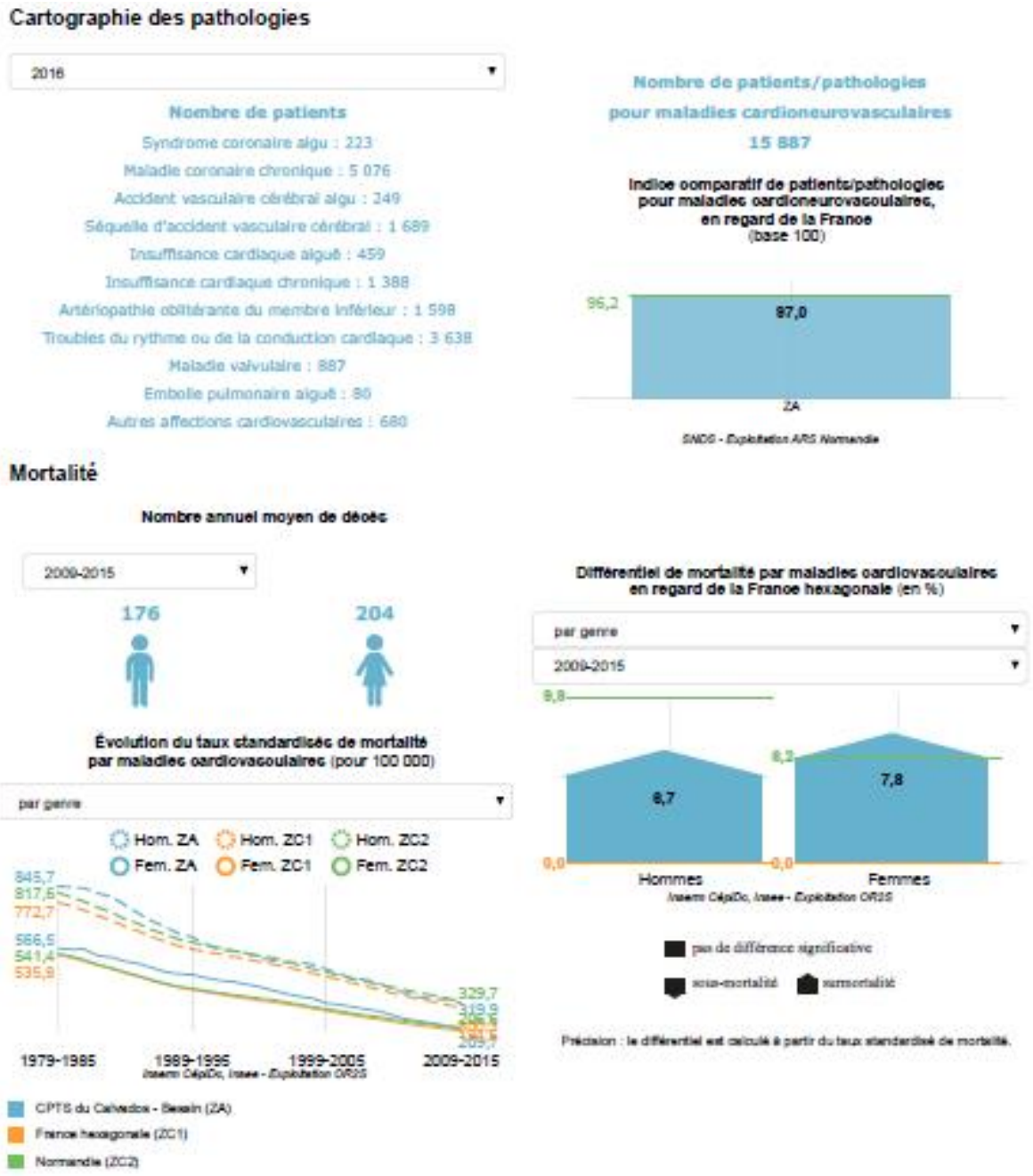
Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018



Cartographies de pathologies CNAMTS , taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

La cartographie régionale met en avant un nombre important de maladies cardio-neuro-vasculaire sur l'ensemble du territoire couvert par la CPTS.

D'autre part, l'étude du différentiel de mortalité par maladie cardiovasculaire par rapport à la France met en avant une surmortalité pour les deux sexes (de 6.8% pour les hommes et de 7.8% pour les femmes).



c) Cancers

Les données communiquées par l'ARS et la CPAM mettent en avant une surmortalité par rapport au taux standardisé pour les hommes, tous cancers confondus.

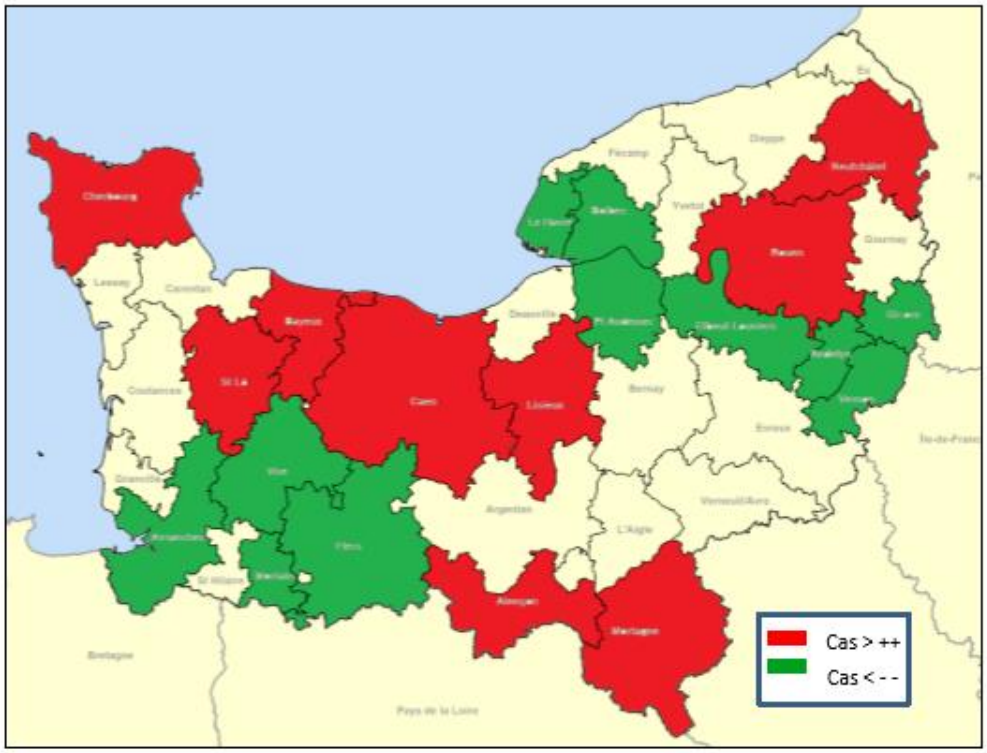
Ce taux, relativement au taux national, est de + 6.8 % pour les hommes et + 2.5 % pour les femmes.

d) Maladies neurologiques ou dégénératives

La carte présentée ci-dessous pointe un nombre de personnes atteintes de maladies neurologiques ou dégénératives supérieure au taux standardisé sur la quasi-totalité du territoire de la CPTS.

Focus sur les maladies neurologiques ou dégénératives

Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018



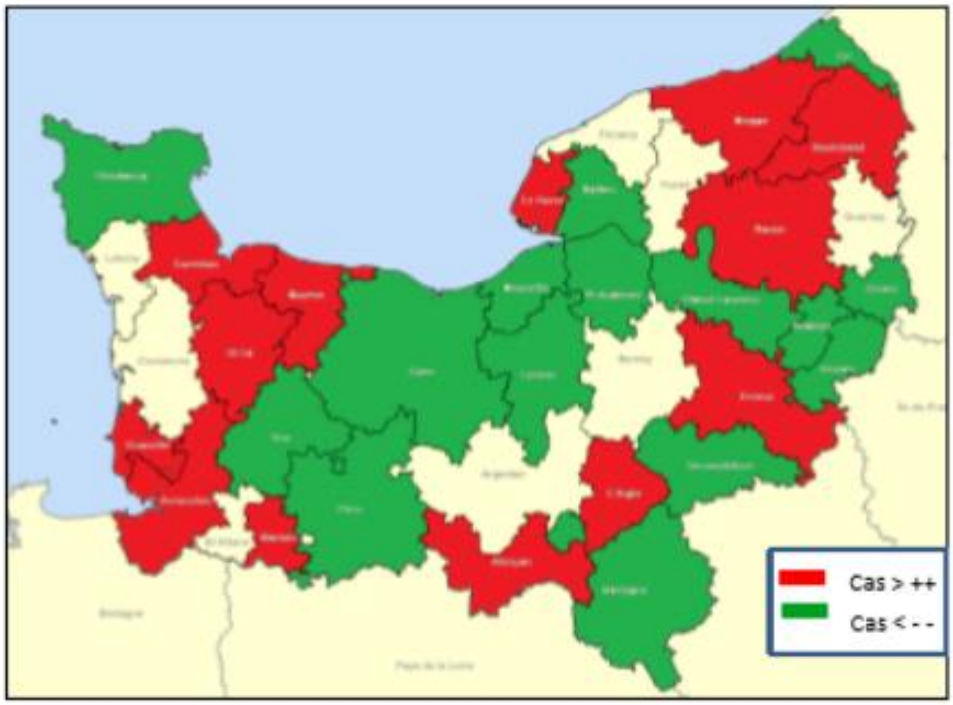
Cartographies de pathologies CNAMTS , taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

e) Troubles psychiques

Les deux cartes suivantes mettent en avant respectivement les maladies psychiatriques et la souffrance psychique traitée, à partir de la consommation d'anxiolytiques par rapport au taux standardisé.

Focus sur les maladies psychiatriques

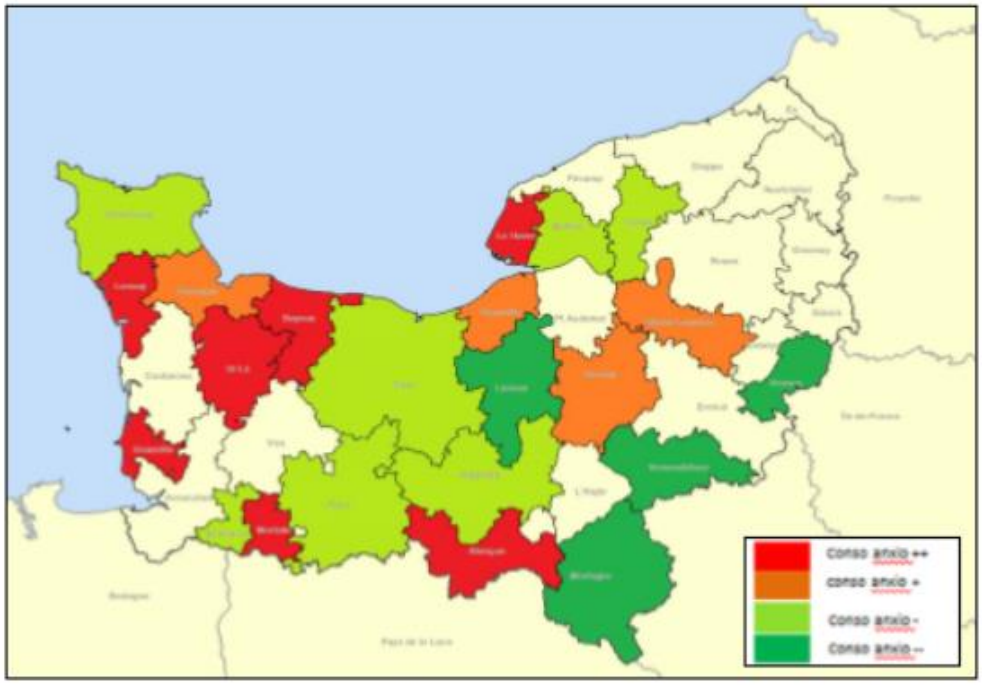
Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018



Cartographies de pathologies CNAMTS , taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

<u>La souffrance psychique traitée, à partir de la consommation d'anxiolytiques</u>

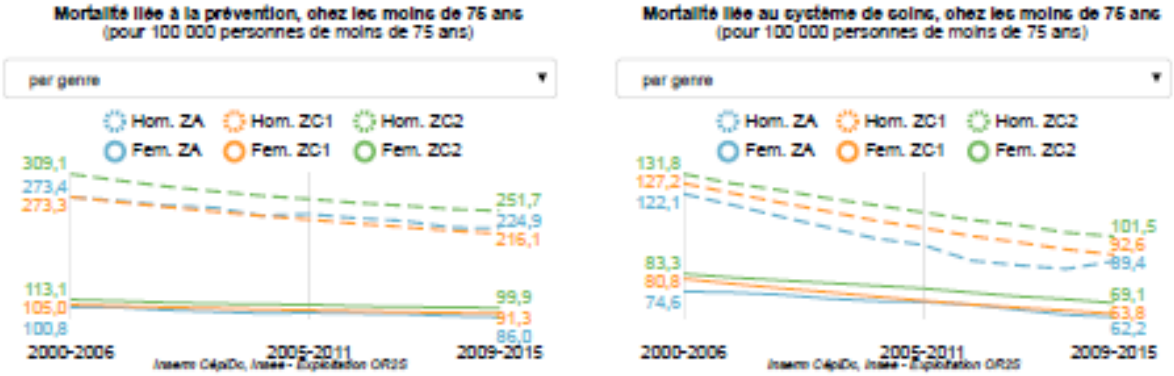
Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018



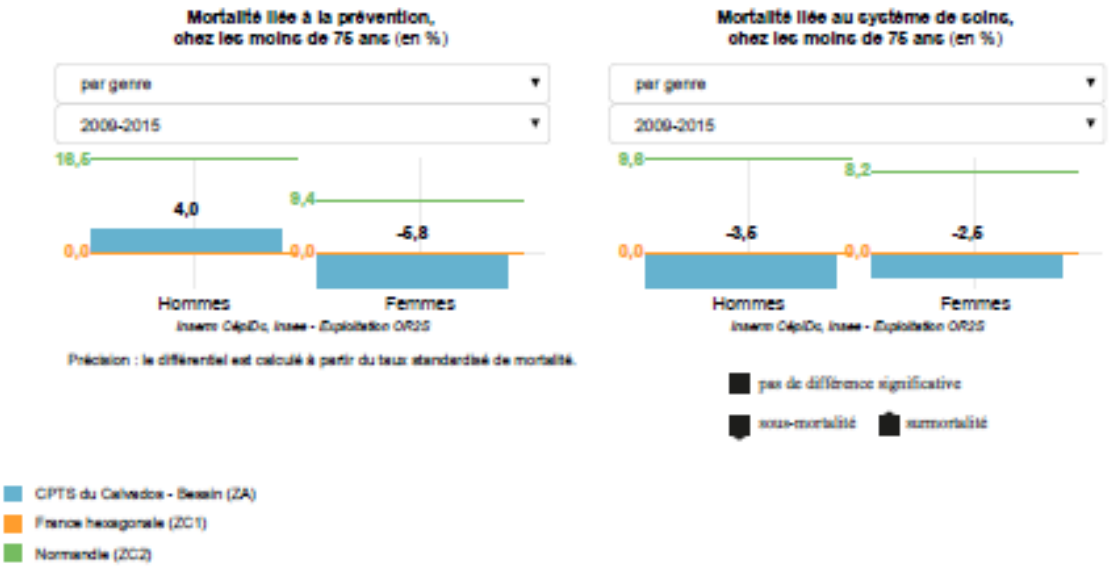
f) Mortalité évitable

Nombre annuel moyen de décès (chez les moins de 75 ans)

Évolution du taux standardisés de mortalité



Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale



3. L'offre de services et de soins

a) Une offre de maintien à domicile

- Les Services d'Aide A Domicile (SAAD)

32 services à la personne soumis à agrément ou à autorisation sont répertoriés sur le territoire mais la liste n'est pas exhaustive. En effet, certains services situés dans de grandes agglomérations voisines peuvent intervenir. Il faut noter également la présence d'aides à domicile en emploi direct ou CESU non identifiées par les services du département mais qui interviennent également auprès de personnes âgées.

Statut	Nom	Secteur d'intervention	Mode d'intervention
Associatif	ADMR (19 associations locales)	Bessin/Prébocage	Mandataire/ Prestataire
	Myosotis	BESSIN	Mandataire
	UNA du Calvados	BAYEUX ET COURONNE CANTON DE COURSEULLES CAEN COURONNE	Mandataire/ Prestataire
Public	CCAS Port en Bessin	PORT EN BESSIN	Prestataire
	CDC SEULLES TERRE ET MER	CDC Seulles Terre et Mer	Prestataire
SARL	Age d'Or Services	BESSIN	Prestataire
	FACILADOM	BESSIN	Prestataire
	Bien à la Maison	CAEN COURONNE ET BESSIN	Mandataire/ Prestataire
	Vitalliance	CAEN COURONNE ET BESSIN	Mandataire/ Prestataire
	Senior Compagnie	CAEN COURONNE, BAYEUX INTERCOM ET BESSIN SEULLES ET MER	Prestataire
	Sous mon toit	CAEN COURONNE ET BESSIN	Prestataire
	Domidom	Caen couronne/Bayeux	Prestataire
	Domicilis	Caen/Prébocage	Prestataire

- Les Services d'Aide à Domicile (SSIAD)

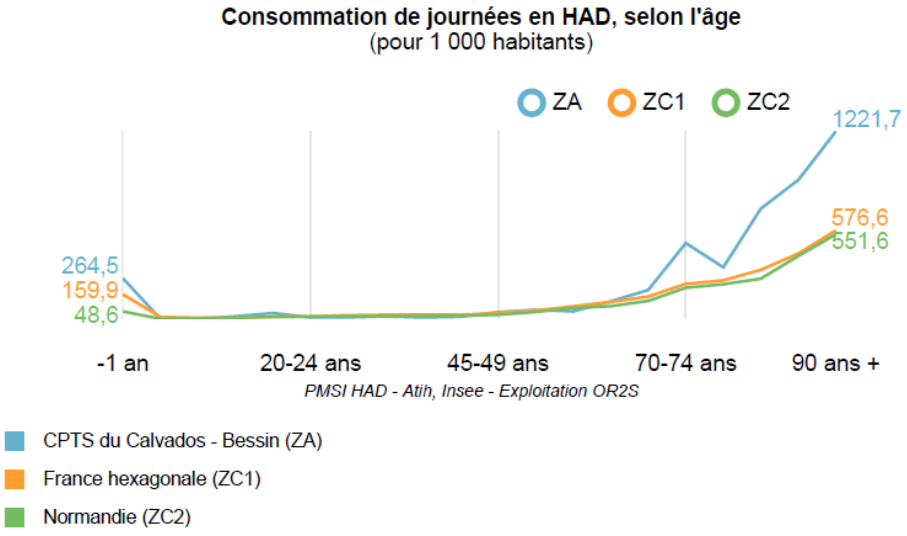
Le territoire est entièrement couvert par quatre SSIAD à destination des personnes âgées :

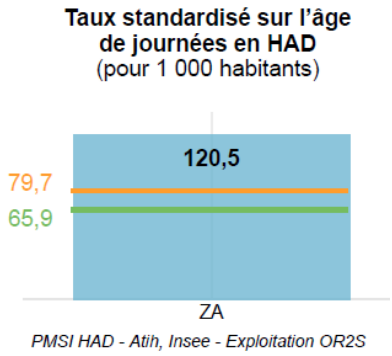
  - Le SSIAD de l'association SMDB et ses 3 sites : Bayeux, Isigny sur mer et Colomby sur Thaon – 168 places
  - Le SSIAD d'Evrecy – 76 places
  - Le SSIAD de la Croix Rouge – 133 places
  - Le SSIAD d'Aunay, porté par le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux – 62 places
  - 10 places d'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) portés par le SSIAD de l'association Soins et Maintien à Domicile du Bessin (SMDB)

Il est à noter que certains SSIAD sont désormais pourvus de places dédiées aux personnes handicapées. A cette offre vient s'ajouter un SSIAD de 8 places exclusivement réservées aux personnes en situation de handicap situé à Graye sur mer.

- Les Services d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

  - L'HAD de l'association SMDB couvre globalement les intercommunalités de Bayeux, Isigny sur mer et Courseulles (40 places)
  - L'HAD d'Aunay sur Odon, portée par le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux (12 places), intervient sur le Prébocage
  - L'HAD de la Croix Rouge intervient sur Caen Ouest





b) Une offre en hébergement

- ***Offre à destination des personnes âgées***

(Source : CD Calvados – diagnostic stratégique schéma de l'autonomie)

Au 1er janvier 2016, le Calvados comptait environ 33 places en structures non EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +, un taux nettement supérieur à la moyenne nationale mais inférieur au taux régional de 41,6‰. Le Calvados se situe ainsi au 3ème rang des départements Normands, après la Seine-Maritime et l'Eure.

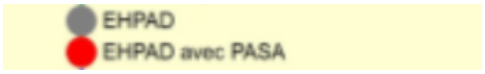
S'agissant du taux d'équipement en places dans les EHPAD (accueil temporaire et de jour compris), le Calvados comptait, au 1er janvier 2016, 115 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +. Ce taux est supérieur au taux national et régional. Le Calvados se positionne ainsi au 2nd rang des départements Normands après l'Orne.

En hébergement permanent, le Bessin et le Prébocage présentent les taux d'équipement les plus élevés du Département.

Le Bessin est parmi les taux les plus faibles en accueil de jour tandis que le Prébocage figure parmi les taux les plus faibles en hébergement temporaire.

Il est à noter que différents établissements proposent des accueils spécifiques pour les personnes atteintes de troubles d'Alzheimer et apparentés, comme le montre la carte suivante.

La zone représentée en rose sur la carte représente la zone d'intervention de l'équipe spécialisée Alzheimer portée par l'association Soins et Maintien à Domicile du Bessin



Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018

Quelques chiffres complémentaires :

- ✓ 55% de lits d'hébergement permanent sur le Bessin-Pré-Bocage sont habilités à l'aide sociale (contre 48% pour le département)

- ✓ Environ 67,5 lits habilités à l'aide sociale pour 1000 habitants de 75 ans et + sur le territoire Bessin-Prébocage (taux d'équipement départemental : 65,2)
- ✓ 136 lits unité Alzheimer
- ✓ 6 résidences autonomie se trouvent sur le territoire Bessin-Prébocage sur les 47 du département
- ✓ En complément de cette offre, deux résidences services seniors Domitys sont localisées respectivement à Courseulles-sur-Mer et Bayeux
- ✓ L'offre en accueillants familiaux est très fournie et bien répartie sur le territoire, puisque 65 familles d'accueil ont un agrément sur 44 communes
- ✓ 20 places en accueil de jour sont sur le territoire, soit 11,8% du nombre total de lits en hébergement temporaire sur le Calvados
- ✓ 17 lits sont autorisés sur le territoire pour de l'hébergement temporaire, soit 14,8% du nombre total de lits en hébergement temporaire sur le Calvados
- ✓ 1 Plateforme de répit à domicile sur tout le territoire Bessin/Prébocage et accueil de nuit à Fontenay-Le-Pesnel

- ***Offre à destination des personnes handicapées***

Les établissements d'hébergement pour personnes handicapées du territoire concerné sont les suivants :

Etablissement	Type	Ville
La clairière	MAS	Aunay sur Odon
Les compagnons	ESAT + Foyer d'hébergement	Bayeux
L'espoir	IME	Bayeux
Les cyclades	MAS	Bayeux
LADAPT	SESSAD	Bayeux
Ikigaï	MAS	Bretteville l'orgueilleuse
La Tourneresse	FOA personnes vieillissantes	Cairon
La Vallière	MAS	Ellon
Champs Goubert	ITEP	Evrecy

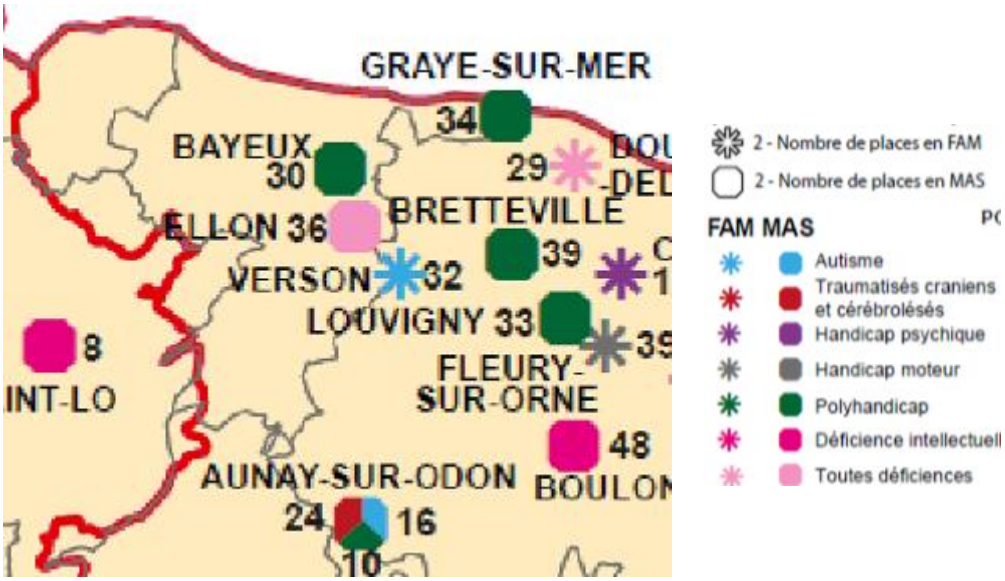
Château de Vaux	MAS + IME + FOA	Graye sur mer
Le Montmirel	FOA	Saint Loup Hors
Le prieuré	IME	Saint Vigor le grand
Hélène Mac Dougall	ESAT + Foyer d'hébergement	Tour en Bessin

L'offre en hébergement permanent en faveur des adultes handicapés (20 à 59 ans) représente 2,6 lits/1000 habitants dans le Calvados. L'offre dans le Bessin se trouve à un niveau supérieur au Département (3,8 lits/1000 h) tandis que le Prébocage figure parmi les taux les plus faibles (1,2 %).

L'hébergement complet pour adultes handicapés en FAM et MAS est réparti comme suit :

<u>Hébergement complet pour adultes handicapés</u>

Source : « Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie » – ARS – MAJ février 2018



c) Une offre Médico-sociale handicap

Le territoire propose une offre diversifiée à destination des personnes en situation de handicap. Malgré tout, cette offre est majoritairement concentrée sur Bayeux.

- SAVS : Bayeux (41 places) et Tour en Bessin
- ESAT : Bayeux (180 places)
- Une structure d'accueil pour cérébrolésés à Aunay sur Odon (24 places)

- Un Groupe d'Entraide Mutuel (GEM) à Bayeux en direction des personnes handicapées psychiques

- Un Centre d'Accompagnement Medico-Social Précoce (CAMSP) toutes déficiences et une antenne du CMPP à Isigny sur mer

- Des instituts médico-éducatifs (IME) :
  - Bayeux (77 places en semi-internat, 25 places en internat)
  - Saint Vigor le grand (45 places en semi-internat, 20 places en internat)
  - Graye sur mer (28 places en internat)

- Deux Centres d'Accueil Familial Spécialisée (CAFS) : 15 places à Baron sur Odon et 35 places à Evrecy

- Des Services d'Education Spécialisées de Suivi A Domicile (SESSAD) : 30 places déficience intellectuelle, 4 places autisme, 15 places handicap moteur, 24 places troubles du comportement, 30 places handicap moteur.

d) Une offre libérale

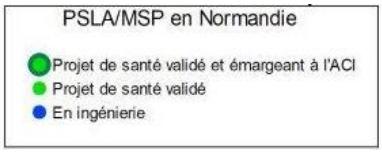
De nombreux postes médicaux sont vacants dans la Région, tout particulièrement pour certaines spécialités (neurologie, cardiologie, pneumologie, gériatrie, urgences…) qui présentent un déficit démographique accentué. (SRS 2018/2023)

Les territoires de Bayeux et Aunay sont des bassins de vie plutôt défavorisés présentant une densité médicale des médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale : 7,2 pour 10 000 habitants pour Bayeux (9,1 moyenne nationale) et 5,6 pour 10 000 habitants pour Aunay sur Odon.

Au 1er janvier 2015, le Calvados comptait 1 134 médecins généralistes (164/100 000 habitants, 155 au niveau national) et 1 344 médecins spécialistes (194/100 000 habitants, 182 au niveau national).
(Source : conseil de l'ordre des médecins/DRESS/ARS).

A l'instar des autres territoires de Normandie ou de France, notre territoire souffre d'une pénurie en professionnels de santé libéraux, surtout de médecins libéraux, de kinésithérapeutes ou de spécialistes (c'est l'hôpital général de Bayeux-Aunay qui représente l'offre des compétences de spécialités à 80 % pour notre territoire et l'organisation des parcours de santé).

Les exercices professionnels regroupés se développent sans suffire à répondre au manque de professionnels de santé. Ils sont au nombre de 6 sur le Bessin Pré-Bocage en fonctionnement avec des degrés divers de travail en interprofessionnalité.



- ***Les médecins généralistes libéraux***

  ✓ **122 médecins généralistes** sont installés sur le Bessin-Pré-Bocage, soit 17,5 % du nombre total de généralistes sur le Calvados

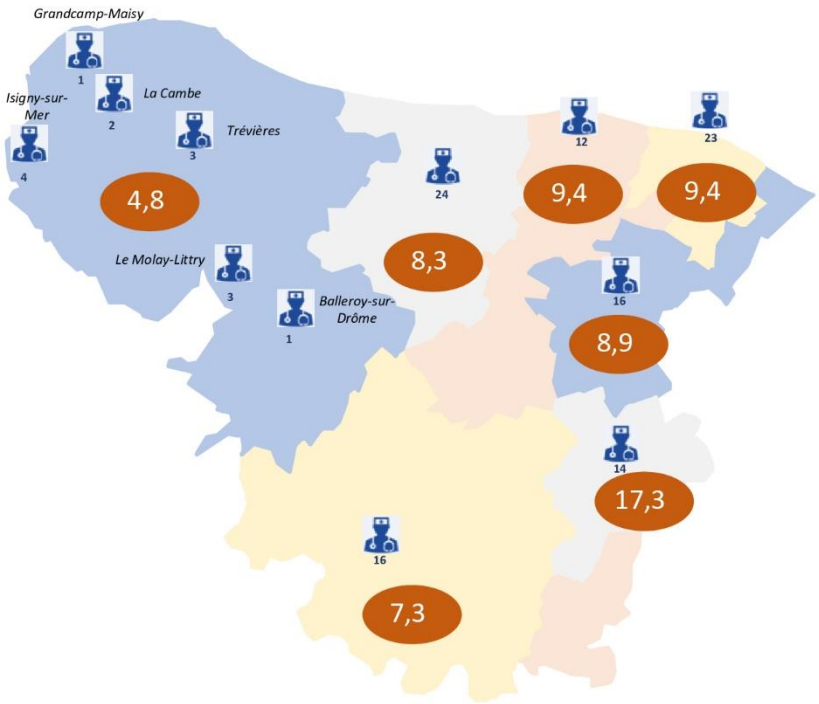
  ✓ La carence en médecins généralistes est particulièrement frappante sur les communautés de communes d'Isigny Omaha et de Seulles terre et mer, comme le montre le tableau suivant :

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	Pré-bocage Intercom	Bayeux Intercom	Isigny-Omaha Intercom	Seulles terre et mer	Cœur de Nacre
Médecins généralistes/ 100 000 hab	88	68	102	55	53	96,3

Données issues de ORS et CPAM /MSA

  ✓ La densité médicale pour 1000 habitants de 75 ans et plus est de 8,3, ce qui est très inférieur à la densité départementale (10,5), avec une répartition très inéquitable, comme le confirme la carte ci-dessous.

Densité médicale en médecins généralistes pour 1000 habitants de 75 ans et + par EPCI (Observatoire des fragilités CARSAT - 2015)



  ✓ Il est constaté une forte carence en médecins sur le secteur d'Isigny particulièrement autour de Trévières et du Molay Littry. Il est à noter que les

récents départs non remplacés de professionnels sur le territoire ne sont pas intégrés dans ces données.

- ✓ En comparaison avec les autres départements de Normandie la densité médicale du Bessin Pré-Bocage est plus importante que dans la Manche ou l'Orne.

- ***Les infirmiers libéraux***

  - ✓ **316 infirmiers** installés, soit une densité supérieure à la densité régionale, et conforme à la densité nationale.

  - ✓ **75** Infirmiers de 55 ans et plus

  - ✓ La densité médicale pour 1000 habitants de 75 ans et plus est de 11,4, ce qui est supérieur à la densité départementale (9,6).

  - ✓ Seule la zone de Bayeux est plus carencée en infirmiers par rapport au nombre de 75 ans et +.

  - ✓ La densité d'infirmier libéraux par rapport à la population globale est la suivante :

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	**Pré-bocage Intercom**	**Bayeux Intercom**	**Isigny-Omaha Intercom**	**Seulles terre et mer**	**Côte de nacre**
Infirmiers / 100 000 habitants	168	165	202	212	183	234

Données issues de ORS et CPAM /MSA

- ***Les kinésithérapeutes***

  - ✓ **126 masseurs-kinésithérapeutes** installés, dont 26 de 55 ans et plus.

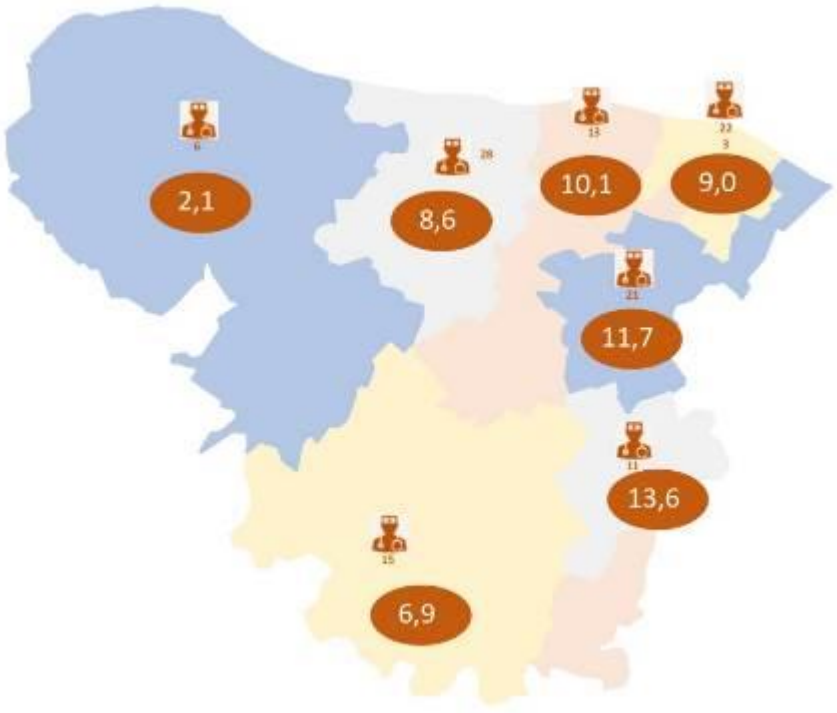
  - ✓ Une densité très faible par rapport à la moyenne nationale, mais supérieure à la densité régionale. Notons néanmoins qu'elle est très variable selon les bassins de vie.

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	**Pré-bocage Intercom**	**Bayeux Intercom**	**Isigny-Omaha Intercom**	**Seulles terre et mer**	**Côte de nacre**
Masseurs kinés / 100 000 hab	76	68	112	29	65	83,8

Données issues de ORS et CPAM /MSA

✓ La densité para-médicale pour 1000 habitants de 75 ans et plus est de 7,9, ce qui est inférieur à la densité départementale (8,4). Il est constaté une forte carence en masseurs-kinésithérapeutes sur le secteur d'Isigny et de façon moins marquée sur le Pré-Bocage (sud du territoire).

Densité médicale en masseurs-kinésithérapeutes pour 1000 habitants de 75 ans et + par EPCI
(Observatoire des fragilités CARSAT - 2015)



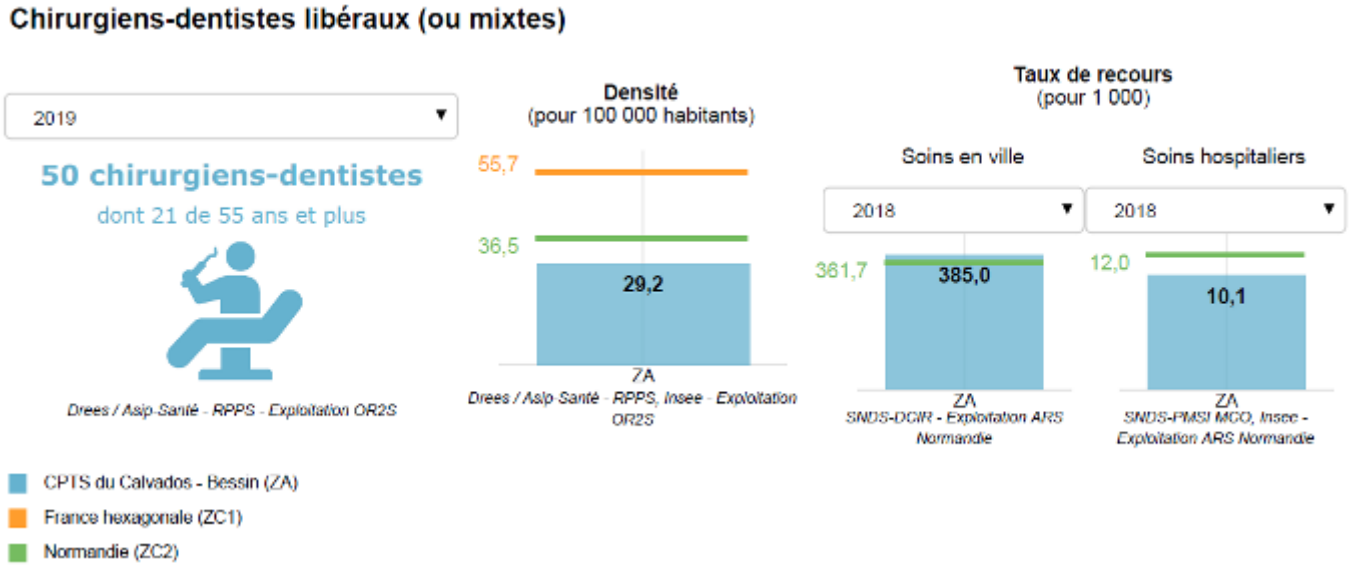
- ***Les dentistes***
  - ✓ L'accès à des consultations dentaires est difficile, notamment sur la communauté de commune d'Isigny-Omaha.

	Vallée de l'Orne et de l'Odon	Pré-bocage Intercom	Bayeux Intercom	Isigny-Omaha Intercom	Seulles terre et mer	Côte de nacre
Dentistes / 100 000 hab	16	28	49	11	17	41,9

Données issues de ORS et CPAM /MSA

✓ Une très faible densité par rapport aux moyennes régionales et nationales

✓ 21 chirurgiens-dentistes de 55 ans et plus sur 50 professionnels installés



- ***Les pharmaciens***

✓ La fédération des pharmacies libérales au sein de l'association Hospipharm sur le Bessin et le Pré-bocage a pour vocation de favoriser le lien entre la ville et l'hôpital de proximité, la prise en charge du patient au plus près de son lieu de vie. Elle a reçu le label droit des usagers de la santé en 2015

✓ Hospipharm est composée à ce jour de l'ensemble des 34 pharmacies bien réparties sur le territoire du Bessin et du Prébocage. Un travail est en cours pour étendre l'association sur Caen Ouest.

✓ L'association Hospipharm est impliquée dans la gouvernance de l'HAD du Bessin à travers l'association SMDB.

✓ Les pharmaciens participent depuis de nombreuses années aux projets de santé mis en place sur le secteur.

✓ Bien souvent portes d'entrée du système de soin, les officines sont aussi des acteurs importants des parcours de santé et notamment de l'éducation à la santé et de la prévention.

e) Une offre de soins hospitalière

Le CHAB apporte une offre de soins hospitalière diversifiée et ouverte sur son environnement

Il est installé sur deux sites géographiques : l'un dans le Bessin et l'autre dans le Prébocage. La capacité totale s'élève au 1er janvier 2019 à **793** lits et places, dont :

Services	Lits HC	Lits HJ	TOTAL
Médecine 1 (interne et gériatrie)	27		27
Médecine 2 (gastro-entérologie)	21		21
Médecine 3 (cardiologie)	23		23
Gynécologie-obstétrique	16		16
Réanimation	8		8
Unité de soins continus	4		4
Pédiatrie	11		11
Chirurgie indifférenciée	29		29
HPDD	8		8
Unité ambulatoire médecine		5	5
Unité ambulatoire de chirurgie		10	10
UHCD	4		4
UCP (chimiothérapie)		6	6
TOTAL MCO	***151***	***21***	***172***
EHPAD Champ Fleury	125		125
USLD Champ Fleury	50		50
EHPAD Aunay	123		123
TOTAL PERSONNES AGEES	***298***		***298***
SSR gériatrique Dunant	34		34
SSR neuro-cognitif Aunay	30	4	34
SSR neuro-locomoteur Aunay	17		17
SSR polyvalent et gériatrique Aunay	18		18
SSR Cardio		5	5
EVP	8		
TOTAL SSR	***107***	***9***	***116***
Psychiatrie adultes	30	15	45
Pédo-psychiatrie	15	40	55
TOTAL PSYCHIATRIE	***45***	***55***	***100***
MAS	30		30
SSIAD Aunay		65	65
HAD Aunay		12	12
TOTAL GENERAL CHAB	**631**	**162**	**793**

45 247 passages aux urgences ont été comptabilisés en 2018, ce qui représente un taux de recours de 264.3 pour 1 000 habitants, contre 319.9 pour la Normandie.

80 % des activités du CHAB sont issues des séjours effectués par les patients habitant dans la zone d'attractivité desservant le bassin de population : 88 000 habitants répartis sur les communes suivantes : Isigny sur Mer, Tilly sur Seulles, Le Molay Littry, Bayeux, Grandcamp-Maisy, Creully, Balleroy, Port en Bessin-Huppain et Trévières.

En médecine, l'établissement reste leader dans les principaux domaines d'activité.

En chirurgie, quatre patients sur dix sont pris en charge par l'établissement qui reste concurrencé par les établissements privés de Caen, mais reste le premier acteur sur la zone d'attractivité. Son positionnement se renforce en orthopédie, mais il perd des parts de marché en digestif, en ophtalmologie. En orthopédie, un patient sur quatre est pris en charge par le CHAB et on observe une fuite importante en chirurgie de la main (liée au départ d'un spécialiste en 2017). En chirurgie digestive un patient sur deux est pris en charge par le CHAB, avec un taux de fuite élevé vers la Clinique Saint Martin sur les activités programmées.

En obstétrique, le nombre d'accouchements est en recul, en raison d'une baisse de la natalité au plan national.

Soins de suite et de réadaptation : Le CHAB est le premier acteur du territoire en SSR, avec toutefois une perte d'activité à la suite du transfert des activités pédiatriques et un taux de fuite important.

Globalement,

- L'activité de l'établissement est en augmentation en MCO, essentiellement en médecine
- Les durées moyennes de séjour sont maîtrisées

4. Une dynamique territoriale organisée par le GCS Axanté

Le GCS « Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage », dénommé désormais **Axanté**, par sa convention constitutive offre une gouvernance équilibrée partagée entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire du Bessin-Caen Ouest-Prébocage. **Au regard de la LMSS, cette gouvernance préfigure une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé**. Le GCS peut participer à des instances de gouvernance régionale ou départementale autour de la politique stratégique et le suivi des PTA et autres dispositifs en Normandie.

Le GCS fédère l'ensemble des acteurs de la santé du Bessin-Caen Ouest-Prébocage autour d'un projet de santé inscrit dans son CPOM, dans une dynamique de travail en réseau autour des parcours de santé au plus près du lieu de vie et des acteurs de premier recours. Les missions demandées au GCS sont dans la continuité de ses objets. Il devient un outil privilégié de la mise en œuvre du projet de santé sur son territoire, et inscrit dans son CPOM

la dynamique CPTS à venir.

a) Les membres actuels du GCS

- **Collège n°1 : Etablissements de santé :**

- Le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux

- **Collège n°2 : Acteurs de santé de premier recours :**

- L'association Soigner Ensemble (professionnels libéraux médicaux et paramédicaux)
- L'association Hospipharm (34 pharmacies libérales)
- La SISA des professionnels de santé du canton d'Isigny sur mer
- L'association "Amicale des médecins libéraux du BESSIN" (médecins hospitaliers et libéraux)
- L'association « Association des médecins libéraux du GCS Axanté » (médecins spécialistes libéraux)

- **Collège n°3 : Maintien à domicile et Hébergement des personnes âgées :**

- L'Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin (HAD, SSIAD, ESA)
- L'association « Les EHPAD du Bessin et du Prébocage » / 17 EHPAD sur les 21 que comptent notre territoire sont membres de cette association.

- **Collège n°4 : Structures médico-sociales :**

- L'Association « Le médico-social dans le Bessin et le Prébocage » / 13 structures sur les 19 que comptent notre territoire sont membres de cette association.

b) Les partenaires du GCS

- Conseil départemental (MAIA, CLIC, MDPH, APA…)
- Professionnels libéraux non-membres
- URML
- Structures Sanitaires Publics (regroupées dans le GHT Normandie Centre)
- Réseaux Régionaux (RSVA, SEP, Douleur…)
- CH de Saint-Lô, CH de Carentan
- Des EHPAD et ESMS non-membres
- Les SAD
- Service social départemental
- CCAS
- Caisses de retraite
- Structures d'accueil d'urgence
- Associations (ASPEC, Croix Rouge…)

- Education Nationale
- PMI
- CAF
- L'Ecole des Parents et des Educateurs (EPE)

c) La dynamique territoriale

Le GCS est un lieu d'expertise, pour répondre aux grandes thématiques de santé de son territoire. Il porte ainsi différents dispositifs mobilisables au plus près et en appui des acteurs de santé ; il coopère en complémentarité avec d'autres dispositifs du territoire. La synergie et l'activation de ces expertises participent par compagnonnage à la dynamique de soutien et d'évolution des pratiques depuis plusieurs année, elles développeront cette mission dans la structuration de la CPTS et assurent les parcours entre le premier recours et le deuxième recours de spécialité porté par le CHAB. L'ensemble des parcours seront repris dans le cadre du projet de santé de la CPTS et ne peuvent exister qu'avec les ressources médicales et l'offre de soins de l'hôpital général du territoire, tel qu'il fonctionne actuellement.

Le GCS est un lieu d'expérimentations dont bénéficie l'ensemble de ses membres et partenaires (coordination du parcours de soins en cancérologie (2012-2015), mise en place de l'EMTSP (2016), PAERPA (2017), avec une volonté de ne jamais se substituer aux offres et compétences existantes (principe de subsidiarité) dans une recherche constante d'intégration, de mutualisation et de simplicité d'utilisation des dispositifs. La CPTS Bessin Caen-Ouest Prébocage pourra ainsi bénéficier du guichet unique existant et développer des guichets intégrés (administratifs, sociaux et sanitaires), en s'appuyant sur ces expériences de travail en coordination.

Le GCS a capitalisé une expérience importante en ce qui concerne l'Appui de Coordination des Situations Complexes (depuis 2012). Ce travail d'abord dans le cadre des maladies chroniques puis du cahier des charges de l'ARS Basse-Normandie a permis de participer à la graduation des prises en charge, l'harmonisation des outils pour différents parcours, et par conséquent à la fluidité des parcours, en particulier dans la coordination ville/hôpital.

Le GCS, via les Comités de Suivi et d'Amélioration Continue de la Qualité (CSACQ) en place depuis plusieurs années autour des parcours de santé et de leurs dispositifs spécifiques, évalue les nouveaux besoins des personnes et des acteurs de santé, repère les ruptures de parcours récurrentes (par défaut de formation, d'offre de soins ou de moyens, par défaut de qualité de liens/informations entre acteurs), la pertinence de certaines organisations et outils. La CPTS Bessin Caen Ouest Prébocage s'inscrira dans cette politique d'évaluation continue autour des ruptures de parcours, de satisfaction des personnes et des professionnels (en particulier des professionnels libéraux).

Portée par cette gouvernance équilibrée, alimenté par une analyse de besoins sans cesse actualisé sur un territoire infra-départemental, fort de son histoire, du maillage des acteurs de santé et de son expérience, riche de composantes identifiées, complémentaires et articulées, le GCS peut dès à présent se projeter en dynamique CPTS et en faciliter les

missions avec ses partenaires de façon opérationnelle.

5. Les acteurs inscrits dans l'émergence du projet de CPTS

a) La temporalité du projet

En décembre 2018, à la suite de la fin des financements des réseaux, l'administrateur du GCS sollicite l'ARS dans le but de travailler sur un projet CPTS. En février 2019, le pôle de santé d'Isigny, alors sollicité par l'ARS pour monter un projet de CPTS avec Carentan, se tourne vers le GCS pour adapter le projet en cohérence avec le territoire du GCS. Dans les deux cas, les projets évoqués ne sont pas retenus par l'ARS.

En mai 2019, la direction du GCS est interpellée par le Président de l'URML Normandie dans la perspective de participer le 28 mai 2019 à une réunion à l'ARS concernant les territoires pionniers CPTS. Découvrant à cette occasion notre territoire pressenti comme territoire pionnier CPTS, nous avons pris conscience de l'avancée d'autres territoires sur le sujet qu'ils travaillaient depuis plus d'un an.

Néanmoins après validation interne par le comité restreint et l'assemblée générale du GCS puis rencontre avec l'URML en aout 2019, la constitution d'une équipe pilote CPTS a été validée en septembre.

La nécessité de réaliser un diagnostic territorial, de dégager les axes prioritaires d'un projet de santé concerté, l'élaboration de fiches actions pertinentes en regard des missions socles CPTS et respectueuses de notre existants et de nos valeurs socles de démocratie en santé, avec l'injonction d'un dépôt de dossier fin janvier 2020 a entrainé pour l'équipe de direction du GCS et les libéraux engagés dans l'équipe pilote une charge de travail et une charge mentale considérables.

Les acteurs inscrits collectivement dans l'émergence du projet de santé correspondent actuellement aux acteurs de santé du Bessin, de Caen Ouest et du Prébocage, membres ou partenaires du GCS.

L'ensemble des étapes de réflexion et de travail est exposé dans la représentation graphique suivante.

b) L'équipe pilote CPTS

L'équipe pilote est composée des acteurs du territoire qui ont souhaité dès l'émergence du projet être intégré à cette démarche et symbolise la pluriprofessionnalité.

- Vincent Fouques Duparc, administrateur du GCS Axanté
- Laure Letenneur, directrice du GCS Axanté
- Thierry Gandon, directeur médical du GCS Axanté
- Angélique Lecourt, infirmière libérale et coordinatrice du PSLA d'Isigny sur mer
- Edouard Plut, médecin généraliste, PSLA d'Isigny sur mer
- Maëlly Morice, pharmacienne à Isigny sur mer et vice-présidente Hospipharm
- Vincent Kowalski, médecin généraliste, pôle de santé d'Evrecy
- Sophie Cormery, coordinatrice, pôle de santé d'Evrecy
- Arnaud Philippe, médecin coordinateur de la PTA Bessin, Caen Ouest Pré-bocage et médecin généraliste, pôle de santé d'Evrecy
- Michel Matelot, médecin libéral Creully
- Mélanie Aimé Bonamy, Orthoptiste et coordinatrice du pôle d'Argouges à Bayeux

L'équipe travaille en co-construction. Chaque membre travaille sur des sujets définis et une mise en commun est réalisée. Elle s'est réunie pour travailler sur le projet de santé de la CPTS les :

- 10 octobre 2019
- 5, 11 et 19 novembre 2019
- 5 décembre 2019
- 9 et 14 janvier 2020
- 6 février 2020
- 18 mars 2020

Cette équipe aura vocation à s'étoffer et assurera le suivi des actions mises en place par la CPTS.

c) Co-construction avec les institutions

Les CPTS se doivent d'être le fruit d'un travail de co-construction entre les acteurs. Très rapidement après la décision de mettre en place une CPTS sur le territoire du Bessin, Caen ouest et Prébocage, les différents acteurs se sont réunis.

Membres du groupe de travail :

- ***Pour le GCS Axanté***
    - Dr Vincent FOUQUES DUPARC - Administrateur
    - Mme Laure LETENNEUR - Directrice
    - Dr Thierry GANDON – Directeur médical
    - Mme Angélique LECOURT – Membre de l'équipe pilote CPTS
    - Mme Sophie CORMERY – Membre de l'équipe pilote CPTS
- ***Pour l'ARS***
    - Mme Françoise AUMONT – Directrice déléguée départementale
    - Mme Céline LHEUREUX – Déléguée territoriale
- ***Pour la MSA***
    - Mme Astrid MORIN – Directrice adjointe
    - Mr David ROUXELIN – Adjoint de direction
- ***Pour la CPAM***
    - Mr Jean-Joseph ROBINEAU - Directeur
    - Mme Pascale RAGEUL
    - Mme Pricilia TRAN
    - Mme Valérie LECAUDEY
    - Mme Malika AISSANI DELAUNAY
    - Mme Nathalie LEROUX
- ***Pour l'ELSM***
    - Dr Eric CHAPLET
    - Dr Dominique LECOINTRE
- ***Pour la DCGDR***
    - Mme Meavenn CARNIOL
    - Mr Franck GILART
- ***Pour l'URML***
    - Mme Elise JEANNE – Chargée de mission

Le groupe de travail s'est réuni les 29 aout, 4 octobre, 14 octobre, 7 novembre et 12 décembre 2019 ainsi que le 6 janvier 2020.

Avant de se lancer dans ce travail pour le moins bousculé, l'équipe pilote CPTS du GCS Axanté a décidé de prendre le temps de lire avec attention le texte de la loi « Ma Santé 2022 » afin d'en comprendre les enjeux, de s'inspirer de ses constats comme de ses engagements et injonctions. Sa volonté politique est de reformaliser de fond en comble l'offre de soin et de service sur le territoire, ceci en venant les recomposer en totalité à partir de la personne et au plus près de son domicile.

L'esprit de la loi a été compris par l'ensemble de l'équipe pilote CPTS du GCS comme celui d'un nouveau paradigme venant bouleverser toutes les habitudes d'organisation et de travail connues jusqu'à maintenant entre les professionnels les uns avec les autres, et ceux-ci avec les institutions.

En effet, en respect de ce que dit la loi, il n'est pas moins demandé aux territoires que de se montrer collectivement responsables dans la mise en place de cette nouvelle organisation de l'offre des soins et des services « en santé de proximité ».

La loi étant la loi, chacun des acteurs professionnels du territoire du GCS Axanté a été invité à accepter avec responsabilité de s'impliquer personnellement à redonner du sens collectif à son travail. Cette co-construction reposant sur l'émergence d'une volonté à partager les intelligences au service de la population a rendu possible l'impossible, la prouesse d'une remise d'un dossier CPTS finalisé en moins de six mois.

Si sur le territoire, l'esprit de la loi a été immédiatement compris et respecté entre tous les professionnels, l'équipe pilote CPTS du GCS Axanté a été confronté à la difficulté toujours actuelle de la part de l'administration régionale de la santé pour respecter que l'initiative est maintenant donnée aux acteurs de proximité.

Ce frein rencontré est signalé dans ce dossier par la lettre d'intention et l'éditorial, ce frein présenté comme un risque certain d'éteindre en son cœur l'esprit de la loi, et donc de mettre en péril le succès de la création de cette CPTS.

Jean-Carles Grelier est député de la Sarthe, membre de la Commission des affaires sociales. Il s'est imposé comme l'un des spécialistes des questions de santé à l'Assemblée nationale où il préside le Groupe d'étude sur la prévention en santé. Dans son dernier livre « Nous nous sommes tant trompés », il démontre comment depuis plus de 25 ans, l'absence de vision et d'imagination des gouvernements successifs a conduit notre système de santé au bord de l'abîme. Jean-Carles Grenier a analysé cette situation en lui donnant son vrai statut, celui d'une crise politique, au-delà des simples questions de budget ou d'organisation.

L'esprit de la loi « Ma santé 2022 » convient bien à l'esprit qui souffle depuis 15 ans sur le territoire du GCS Axanté, celui du partage, de la responsabilité, de la co-construction en une intelligence collective vive et productive.

Cet état d'esprit de la loi qui devrait être partagé entre tous est le moins que l'on puisse attendre en partage de responsabilité et de respect de la part de nos institutions chargées, par ses missions, de le faire vivre sur le territoire.

d) Des temps forts

- ***Les états généraux de la santé – 21 novembre 2019***
  (Participants en annexe 3)

Les états généraux de la santé proposés sur notre territoire ont été une étape incontournable de l'élaboration de son projet de santé dont la mise en œuvre sera portée et suivie dans le cadre de la CPTS.

A cet effet le programme de la journée a respecté une méthodologie soucieuse d'entendre en priorité la parole de chacun des acteurs du territoire avant d'intégrer des éléments diagnostics institutionnels.

L'introduction a permis de présenter l'esprit et sens de la journée, la méthodologie retenue, l'organisation générale.

Des ateliers ont permis aux professionnels et acteurs de terrain d'exprimer librement leurs constats, expériences et réflexions :

- Autour des besoins en santé de la population
- Autour de leur exercice professionnel

La méthode des post-it a été retenu, dans l'idée de constituer des métaplan qui alimentent un brainstorming. L'animation a été conduite par un professionnel du GCS pour préciser et creuser les idées, en binôme avec un membre des institutions partenaires chargé de mettre en forme et d'assurer l'objectivité du recueil des idées. Cinq ateliers ont été proposés, un par catégorie d'acteurs :

- Libéraux 1er et 2ème recours,
- Etablissements de santé et HAD,
- Elus et usagers,
- ESMS et services / Handicap et personnes âgées,
- Institutions, URML/URPS

Pendant le temps du repas, les binômes d'animation de chaque atelier ont travaillé en commun la rédaction d'une synthèse unique qui a été présentée et partagée en restitution en début d'après-midi.

Une table ronde a suivi. Elle a permis de mettre en avant les témoignages d'acteurs clés du

territoire ayant participé à l'histoire, le portage de projets, et à la dynamique de santé du territoire dans le cadre du GCS. Etaient représentés :

- L'association Soins et Maintien à Domicile du Bessin : Madame Letenneur, directrice de l'association par intérim et directrice du GCS Axanté
- L'association Hospipharm : Madame Morice, co-présidente de l'association et pharmacienne à Isigny sur mer
- L'association Soigner ensemble : Monsieur Malice, président de l'association
- Le centre hospitalier Aunay-Bayeux : Monsieur Ferrendier, Directeur et Dr Labidi, Présidente de CME et chef de service des urgences
- L'association des EHPAD du Bessin Prébocage : Monsieur Lemarchand, trésorier de l'association et directeur de l'EHPAD du Molay Littry
- L'association des structures médico-sociales du Bessin-Prébocage : Monsieur Guillouard, membre et directeur du pôle sanitaire et médico-social de LADAPT Normandie
- La SISA des professionnels de santé d'Isigny sur mer : Madame Lecourt, coordinatrice et IDE libérale
- Le pôle de santé Evrecy : Dr Philippe, coordinateur PTA et médecin généraliste Evrecy
- Le GCS Axanté : Dr Fouques Duparc, Administrateur du GCS

L'après-midi, des ateliers étaient proposés pour permettre aux acteurs du territoire d'envisager les perspectives autour de thèmes transversaux :

- Quel partage des responsabilités pour notre système de santé territorial ?
- Comment faciliter l'accès aux soins de 1er recours et structurer les soins non programmés ?
- Quelles graduation et coordination pour les parcours de santé (personnes fragiles et situations complexes) ?
- Quelle stratégie territoriale pour la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé ?
- Comment préparer l'évolution des exercices professionnels, anticiper les métiers de demain et assurer l'attractivité du territoire ?

- Comment relever le défi du « vivre, accompagner et soigner » à domicile ?

L'ensemble du travail fourni a alimenté la réflexion portée au projet de santé et la conclusion de la journée annoncera la soirée du 16 janvier pendant laquelle les grands axes du projet seront restitués dans la perspective de création de la CPTS.

- ***Présentation du projet de santé – 16 janvier 2020***
  (Participants en annexe 3)

L'objectif de cette rencontre était de réunir les professionnels de santé, les établissements de soins, sociaux ou médico-sociaux, les élus et usagers, en présence de représentants des URPS, de l'URML, de l'ARS, de l'Assurance Maladie, de la MSA, pour :

- Présenter les grands axes du Projet Territorial de Santé découlant des états généraux de la santé du 21 novembre 2019.
- Informer sur les perspectives en termes de Communautés Professionnelles

Territoriales de Santé

Dans cette optique, le Député de la 5ème circonscription du Calvados, Bertrand Bouix, a présenté l'enjeu territorial de la mise en place des CPTS.

Par la suite, les grands axes du projet de santé Bessin - Caen Ouest – Prébocage, présentés dans le chapitre *VI – Axes stratégiques retenus et thématiques associées*, ont été présentés par les membres de l'équipe pilote CPTS.

Afin d'informer au mieux les professionnels, les institutions (ARS - CPAM – MSA) ont présentés les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et notamment :

- L'esprit de la loi « Ma Santé 2022 »
- La dynamique et moyens des CPTS
- Les partenariats entre acteurs du territoire et institutions

Les URPS, l'URML, le Conseil Départemental ainsi que le GCS Axanté ont pu exposer leurs points de vue et réflexions et évoquer les questions suivantes :

- Quelles plus-values ?
- Quelles évolutions attendues des pratiques ?
- Quelle place pour chacun ?
- CPTS opportunité pour la mise en œuvre du projet de santé ?

Un partage d'expérience a conclu cette soirée riche en échanges et a redynamisé l'équipe pilote CPTS pour la mise en place de la CPTS, au service du projet de santé du territoire.

Constats partagés et éléments diagnostic sur le territoire

V. Constats partagés et éléments diagnostics sur le territoire

Les états généraux évoqués précédemment ont été très riches et ont permis de récupérer de nombreux éléments pour nourrir la réflexion autour du projet de santé. Nous avons pu y ressentir une motivation et une envie de la part des professionnels présents de se lancer dans de nouveaux projets, afin de permettre de proposer un meilleur accompagnement des parcours des personnes tout en favorisant la qualité de vie au travail des professionnels du social, médico-social et sanitaire.

Les synthèses des ateliers, réalisées par les membres de l'équipe pilote, ont permis de dégager les problématiques et attentes, de mettre en avant l'existant et d'identifier des actions clés à mettre en place. Il est ressorti de manière transversale la nécessité de prendre en compte les particularités de chaque bassin de vie et de chacune des organisations professionnelles existantes.

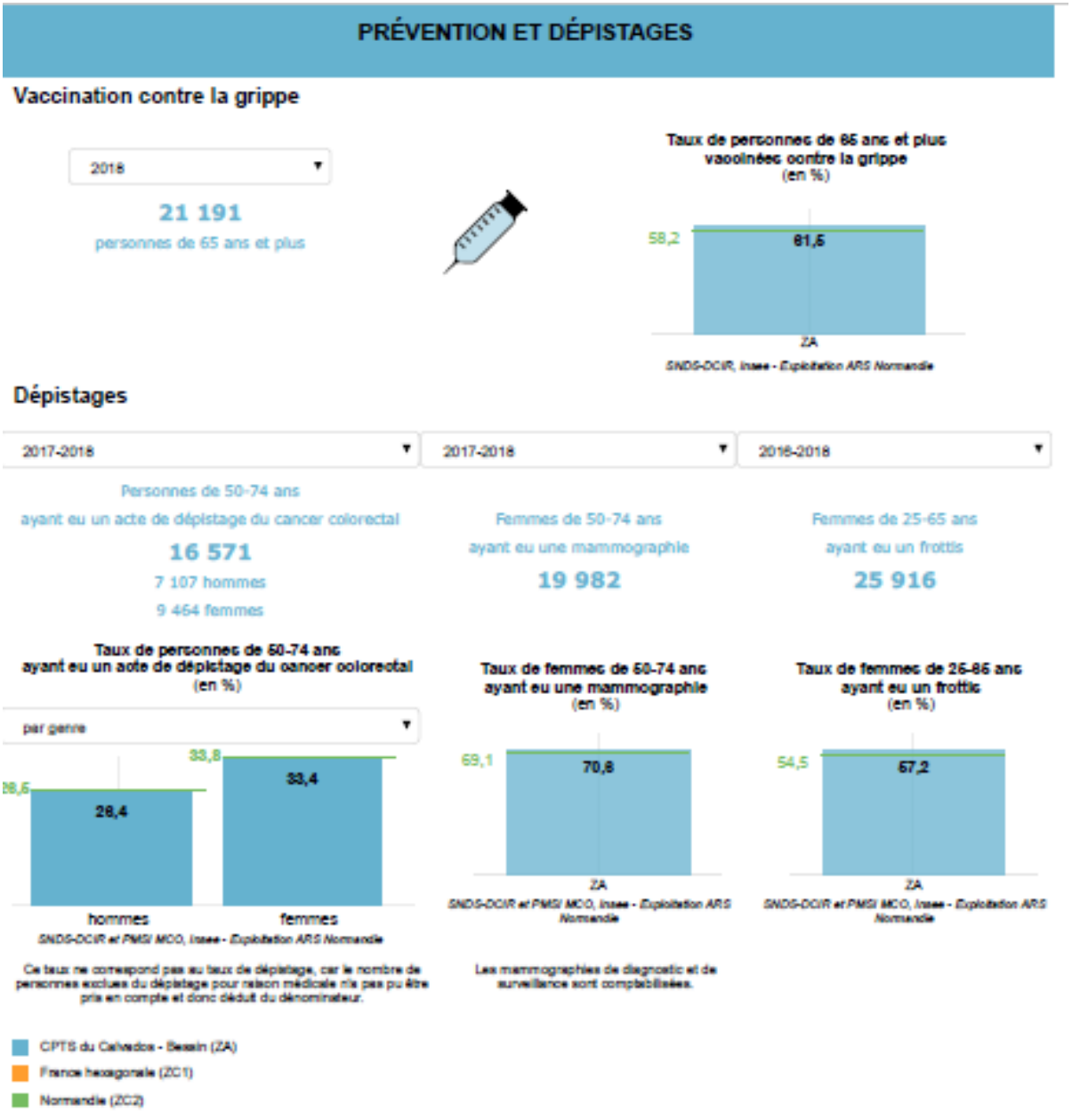
Nous verrons donc dans la suite de ce documents les points principaux qui ressortent du croisement entre l'analyse des données épidémiologiques et la vision des professionnels de terrain.

A. La stratégie territoriale pour la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé

1. Constats des états généraux

FORCES	FAIBLESSES
- Copil filière gérontologique Bessin Caen Ouest Prébocage - Travail en réseau et coopération entre les professionnels de santé et les structures - Staff pluridisciplinaire et coordination médico-social à l'hôpital - Présence de nombreux acteurs de prévention - Présence du CHAB sur le territoire - Connaissance des acteurs - Expérience du GCS	- Ateliers d'ETP trop loin du lieu de vie - Manque de temps - Lourdeur administrative - Accès difficile à la formation - Pas de lien entre les acteurs de prévention / absence d'encadrement - Dépistages insuffisants - Pas de prévention sur les défis de la santé environnementale : exposition aux substances chimiques, perturbateurs endocriniens, qualité eau-air
OPPORTUNITES	**MENACES**
- Développement de la télémédecine - Regroupement des acteurs au sein d'un comité de pilotage prévention et promotion de la santé - Calendrier annuel de prévention - IRSA - Organisme de formation du GCS	- Centralisation de l'éducation thérapeutique - Précarité des financements pour tout ce qui concerne la prévention - Cloisonnement des secteurs d'intervention - Faible valorisation financière

2. Eléments diagnostics pour le territoire



3. Eléments diagnostics spécifiques aux bassins de vie

- ***Secteur d'Evrecy***

Quelques chiffres sont à retenir :

- Le taux standardisé de mortalité par cancer était en moyenne sur la période 2007-2012 de 251/100.000 sur le bassin de vie d'Evrecy, pour un taux régional de 243/100.000 et national de 227/100.000

- Les taux standardisés de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, du poumon et des bronches, de la prostate et du sein n'étaient pas différents des taux régionaux ou nationaux. Les variations observées s'expliquent probablement par les petits effectifs ou par l'influence des facteurs socio-économiques (cancers des voies aérodigestives supérieures, cancers des voies respiratoires). Le taux de mortalité par cancer colorectal semblait cependant plus élevé, alors qu'un dépistage efficace existe. Un renforcement du dépistage peut sembler utile

- Les taux d'affection de longue durée (ALD) étaient semblables aux taux observés au niveau régional ou national. Parmi les 3 incidences les plus fortes, on retrouve les maladies cardio-vasculaires et les maladies endocriniennes, pour lesquelles des mesures d'éducation thérapeutiques ont été prouvées utiles ;

- Les principales causes de mortalité sont les maladies cardio-vasculaires et les cancers. La répartition des causes de mortalité ne diffère pas beaucoup du reste du territoire. On note une surmortalité pour les maladies de l'appareil respiratoire et les cancers colorectaux. Un effort sur le contrôle de l'asthme peut être fait au travers de l'éducation thérapeutique, et par l'intermédiaire du dépistage pour le cancer colorectal.

- ***Secteur D'Isigny***

En 2016, le nombre de cancers recensés au sein de la communauté de communes est estimé à 1 086 patients/ pathologies et 2 437 patients/pathologies sont recensées pour une maladie cardio-neuro-vasculaire.

Au regard de la France, les cas de cancers et de maladies cardiovasculaires sont plus présents (indice comparatif > 100).

Entre 2009 et 2015, en moyenne, le territoire compte 23 décès par troubles mentaux et 7 décès par suicide. Une sous-mortalité par troubles mentaux est présente par rapport à la France (- 18,2 %) et une surmortalité se retrouve pour les suicides (+ 66,9 % par rapport à la France).

Les maladies psychiatriques les plus présentes concernent les troubles névrotiques et de l'humeur avec 418 cas recensés. Ce qui est plus important par rapport à la France (*indice comparatif* = 102,5). Les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance sont également concernés par cette supériorité (*indice comparatif* à 105,5).

- ***Secteur de Creully***

Certains indicateurs de mortalité à l'échelle de l'EPCI dont Creully sur Seulles fait partie sont défavorables :

- Un taux de mortalité générale significativement supérieur à la moyenne nationale pour les femmes.
- Un taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par suicide significativement supérieur à la moyenne nationale pour les hommes et les femmes.

B. L'accès aux soins de 1er recours et la structuration des soins non programmés

1. Constats des états généraux

FORCES	FAIBLESSES
Répartition homogène des pharmacies et infirmiers libéraux	Plusieurs bassins de vie aux caractéristiques socio-économiques différentes
Attractivité de l'exercice professionnel regroupé avec de nombreux projets de pôle de santé	Répartition très hétérogène des professionnels de santé libéraux (hors pharmacie et IDEL)
	Vieillissement variable de la démographie médicale
	Non investissement de certains professionnels de santé
	Services d'urgences saturés

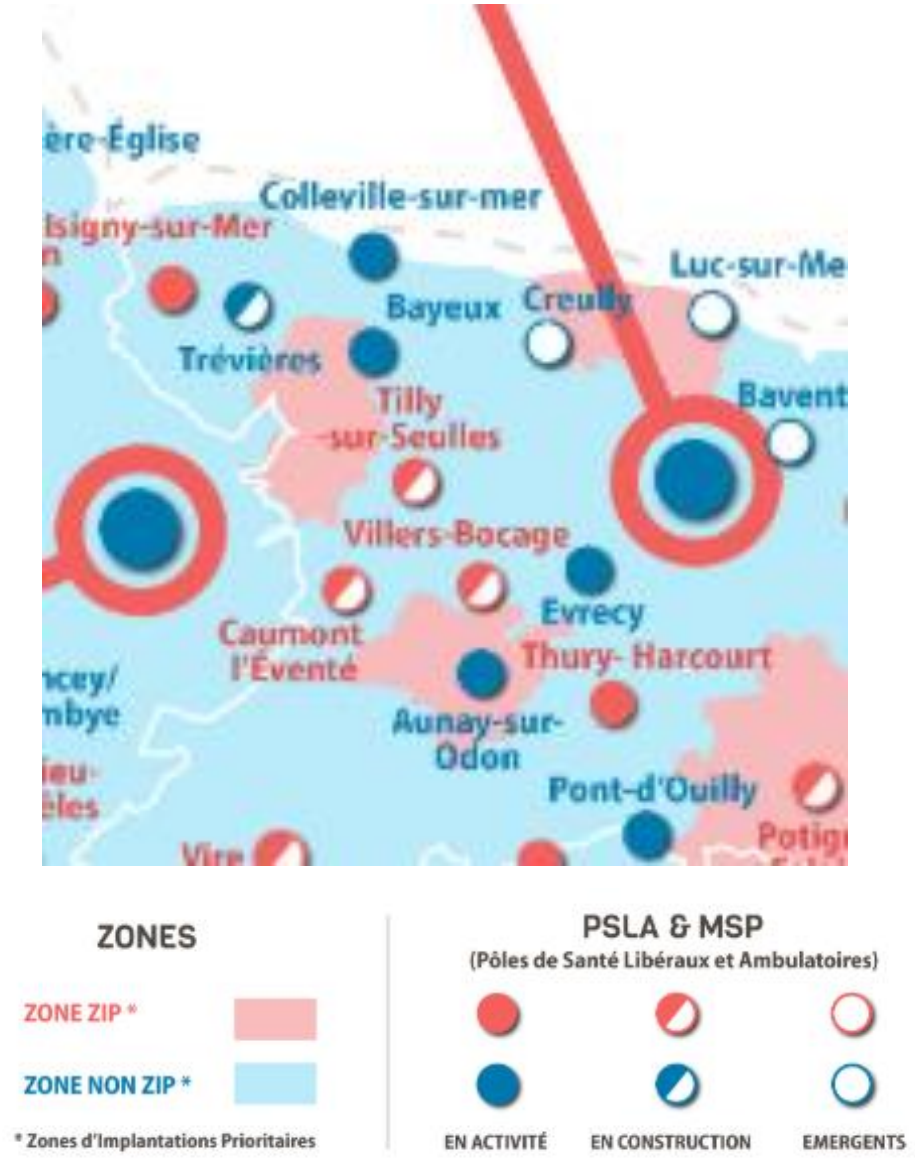
OPPORTUNITES	MENACES
2 établissements publics de santé : CHU Caen et CHAB (2 sites : Bayeux et Aunay/Odon) Spécificité de l'est du territoire de santé : accès aux cliniques de la couronne de Caen et inclusion dans la zone d'intervention de SOS Médecins	Difficulté de mobilité des patients Surconsommation de soins

- Responsabilité ressentie des PS vis-à-vis de la demande des soins des personnes malades mais impression d'une certaine surconsommation et manque de responsabilisation des personnes. Parfois mauvaise orientation des personnes malades.
- Difficulté de mobilité des personnes malades pour accéder aux soins, non efficience du déplacement des professionnels pour certains besoins spécifiques d'évaluation des besoins au domicile, de son adaptation etc.
- Certains professionnels de santé ne jouent pas le jeu avec un refus « administratif » de prendre en charge de nouveaux patients, quel que soit le motif (barrage du secrétariat)
- Exercice regroupé attractif
- Difficultés d'accès aux médecins traitants pour les personnes handicapées
- Reste à charge des populations en difficultés et taux des bénéficiaires disposant d'une complémentaire santé
- Parcours de soins avec accompagnement dans l'accès aux soins

2. Eléments diagnostics sur le premier recours

a) Les pôles de santé libéraux

Grâce à la politique de déploiement des PSLA et MSP en Normandie, un maillage est constitué, afin de renforcer l'offre de proximité et mieux coordonner les parcours entre professionnels. Les coopérations sont quotidiennes entre les professionnels de 7 de ces structures du territoire et les composantes du GCS.



Source : URML Normandie Mai 2018

b) Pôle de santé libéral d'Evrecy

L'offre de soins actuelle est le fruit d'une politique de renforcement de l'offre de soins sur Evrecy au cours des dernières années, à l'initiative des professionnels de santé et facilitée par le soutien de la municipalité d'Evrecy.

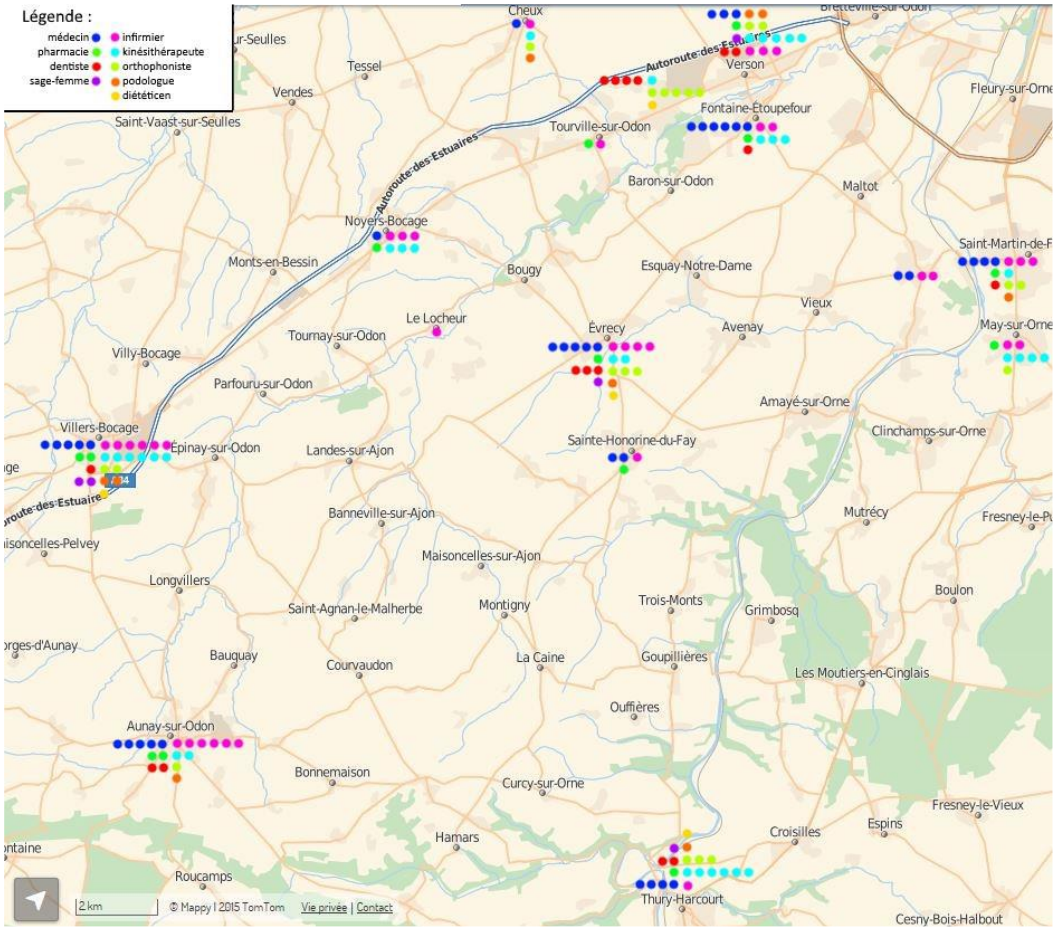
- L'offre de soins

Elle permet d'assurer des soins de premier et de second recours. Ils sont assurés par des professionnels de santé libéraux :

5 médecins généralistes
1 pharmacienne et une collaboratrice
3 dentistes
5 infirmières diplômées d'état et 2 collaboratrices (2 cabinets infirmiers)

2 kinésithérapeutes et 4 collaborateurs
1 podologue et 1 collaborateur
1 sage-femme
3 orthophonistes et une collaboratrice
1 diététicienne
3 psychologues
1 psychomotricienne

La figure suivante illustre la répartition de l'offre de soins du bassin de vie d'Evrecy et des environs. Elle a été construite à partir des données issues des Pages jaunes, site Internet interrogé en octobre 2016



- Environnement des services de santé et médico-sociaux

Les services proposés sont composés de :

Service de Protection maternelle et infantile (PMI) : 1 médecin, 1 puéricultrice, 1 sage-femme ;

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;

Services sociaux : assistants sociaux, antenne de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), antenne Allocation personnalisée d'autonomie (APA), soutien du placement familial ;

Service d'aide à la personne : Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Centre communal d'action sociale (CCAS).

CMP secteur de Caen

c) Pôle de santé libéral ambulatoire d'Isigny

- L'offre de soins

5 médecins
8 infirmiers
3 kinésithérapeutes
2 orthophonistes
1 diététicienne
2 pédicure-podologues
Accueil d'une permanence, temps de médecin addictologue du CHAB

- Environnement des services de santé et médico-sociaux

Antenne SSIAD/HAD du Bessin dans les mêmes locaux

Travail en réseau avec le GCS Axanté

Collaboration avec différents acteurs médico-socio-éducatifs

Participation des orthophonistes aux réunions de synthèses concernant chaque patient suivi au CAMSP/CMPP (Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce/ Centre Médico-Psycho-Pédagogique d'Isigny sur Mer.)

Participation aux réunions de projet concernant chaque patient suivi en SESSAD

(Service d'Education Spécialisée et de soins à Domicile) / SSEFS (Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation).
Réunions avec le RASED (Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficultés) :
Psychologue scolaire et maître spécialisés de l'éducation nationale du secteur pour une meilleurs prise en charge des patients (dyslexiques / dysorthographiques / dysphasiques / retard de langage et de parole / déficience intellectuelle)

Participation pour chaque patient aux réunions ESS (Equipe de Suivi de Scolarisation) au sein de l'établissement scolaire afin d'établir en lien avec les partenaires (médecin scolaire, psychologue scolaire, maître spécialisé, enseignant, directeur, référent MDPH) le projet (PAI, PAP) de l'élève.

Travail avec le réseau Normandys (dyslexie/dysorthographies/dysphasies/dyspraxies...) notamment leur infirmière coordinatrice. Cette inclusion est indispensable afin de créer un lien avec l'école, d'accompagner dans les préconisations d'aménagements scolaires, et également accompagner certaines familles dans les démarches à réaliser. Le travail en réseau permet également d'accéder à certaines formations et d'obtenir des renseignements précieux sur les dernières actualités.

Consultation de télémédecine en collaboration avec l'EHPAD Saint-Joseph à Isigny et le G.H.T.

Accueil d'une permanence de la PASS du GCS Axanté pour répondre à un besoin médico-social

Intégration des pharmaciens dans le projet de santé

Travail avec les associations locales et la P.M.I., le C.M.P., C.M.P.P., le C.A.M.S.P.

d) Pôle de santé de Creully (émergent)

- L'offre de soins

Au total 21 professionnels de santé exercent dans la commune de Creully sur Seulles. Ils sont tous adhérents de l'association et impliqués dans cette démarche. Ce projet fédérant un pôle de santé libéral ambulatoire (PSLA), regroupe les professionnels suivants :

3 médecins généralistes installés actuellement dans les mêmes locaux, prévoyant tous les 3 de prendre leur retraite dans 5 à 7 ans. Les médecins généralistes ont un remplaçant régulier depuis novembre exerçant du mercredi au samedi midi.

2 cabinets infirmiers, composés de 2 infirmiers pour l'un et d'un infirmier pour l'autre.

2 cabinets de kinésithérapie, composés respectivement de 4 masseurs kinésithérapeutes et d'un masseur kinésithérapeute. Les 2 cabinets fusionneront pour ne faire qu'un cabinet de kinésithérapie sur Creully sur Seulles avec le projet de PSLA.

2 chirurgiens-dentistes sont installés dans les mêmes locaux, le chirurgien-dentiste prévoyant de prendre sa retraite d'ici 2 à 3 ans. Ils partagent leurs locaux avec les médecins généralistes.

1 pharmacien, dont l'officine se situe à Creully sur Seulles.

4 professionnels exerçant dans les mêmes locaux :

1 podologue, à temps plein

1 orthophoniste, à temps plein.

1 psychologue clinicienne, travaillant également au pôle de santé d'Orbec, et une ostéopathe partagent le même bureau.

1 ostéopathe disposant de son local seul à Creully sur Seulles.

1 diététicienne nutritionniste exerce le jeudi après-midi au sein des locaux mis à disposition par les médecins généralistes.

1 sophrologue exerce à Creully sur Seulles le samedi dans les locaux mis à disposition par les médecins généralistes.

L'ensemble des professionnels impliqués souhaite se regrouper au sein d'un seul PSLA. La pharmacie restera dans ses locaux actuels.

- Environnement des services de santé et médico-sociaux

Le SSIAD du Bessin par son antenne de Creully

Le service d'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) à Creully sur Seulles

L'hospitalisation à domicile des patients de Creully sur Seulles, le territoire est couvert par l'HAD du Bessin.

Le GCS Axanté intervient sur le territoire, avec notamment une équipe d'évaluation et de coordination (EMTSP Le Lien, CTA, Pass, addictologie)

Une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) portée par le GCS Axanté

Un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Le Service de Protection maternelle et infantile (PMI)

Un Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO) accueillant une soixantaine de réfugiés (en lien avec la PASS de Bayeux).

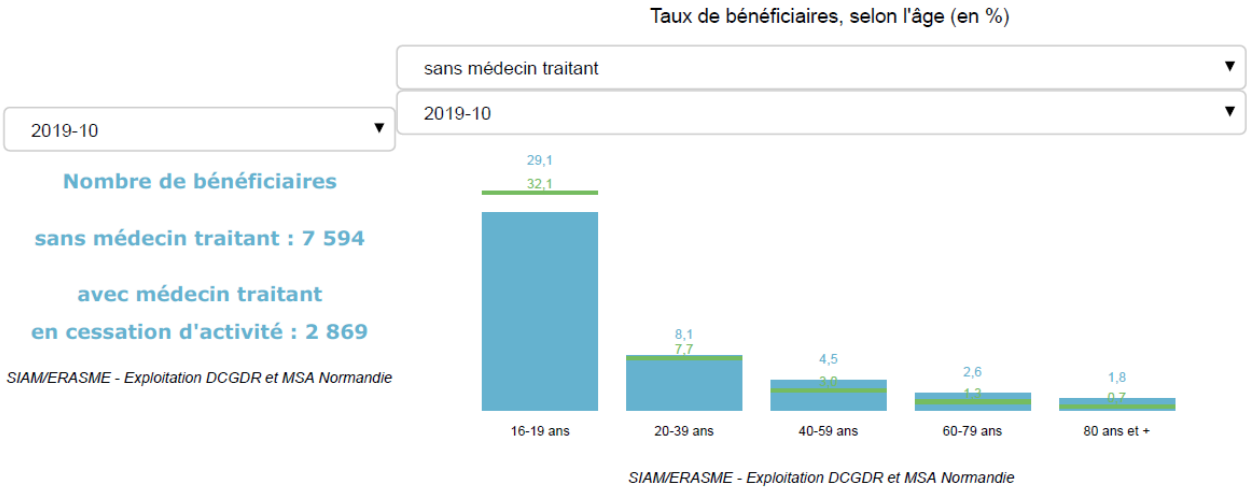
Le dispositif PAERPA (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est déployé dans le territoire du Bessin-Pré-Bocage.

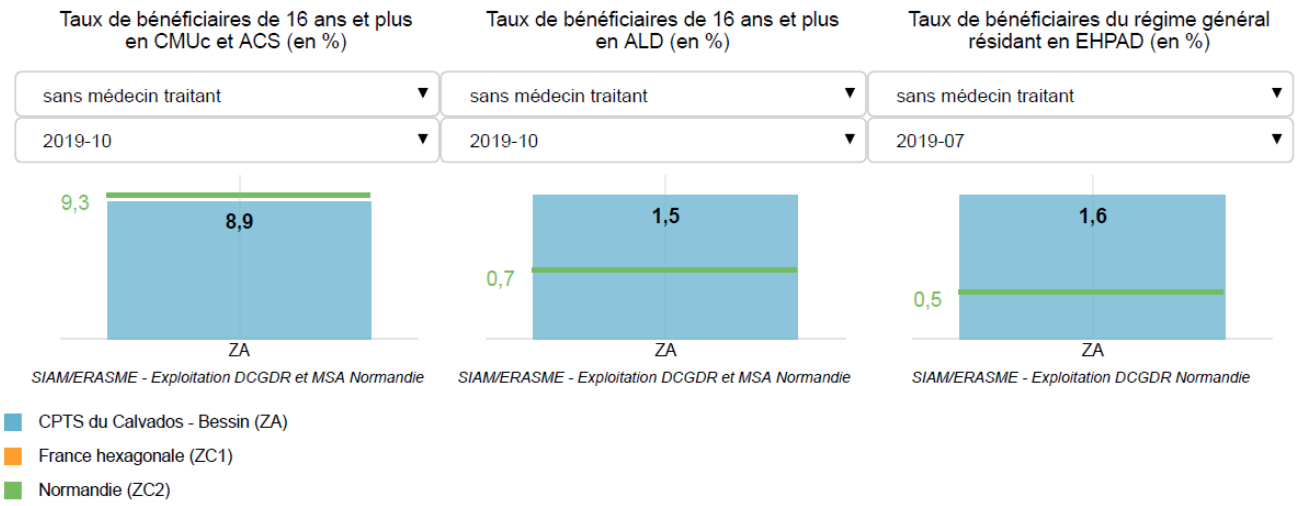
Un Centre Local d'information et de Coordination (CLIC)à Douvres la Délivrande

Un Centre Médico-Psychologique (CMP) Enfants, Adolescents et Adultes à Bayeux

3. Eléments diagnostics sur l'accès au médecin traitant

a) Accès au médecin traitant





Eléments de référence : « Etat des lieux de l'offre et de l'accès aux soins de la personne en situation de handicap résidant dans les structures du territoire du Bessin et du Prébocage : Place du médecin généraliste. » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Anne-Claire Brochoire en Mars 2015

b) Evolution de l'offre de soins premier recours par bassin de vie

- ***Secteur d'Evrecy***

Le dernier départ en retraite des professionnels concerne un médecin en 2018 (Ste Honorine du Fay). Aucun autre départ en retraite n'est prévu dans les années à venir. Cette situation territoriale plutôt favorable ne doit pas freiner l'évolution de l'offre de soins, qui devra suivre l'accroissement de la population du bassin de vie d'Evrecy et de son vieillissement, et s'adapter aux évolutions du système de santé. L'offre de soins plus fragile des territoires proches (Villers-Bocage, Thury-Harcourt) doit aussi être prise en compte.

- ***Secteur Isigny***

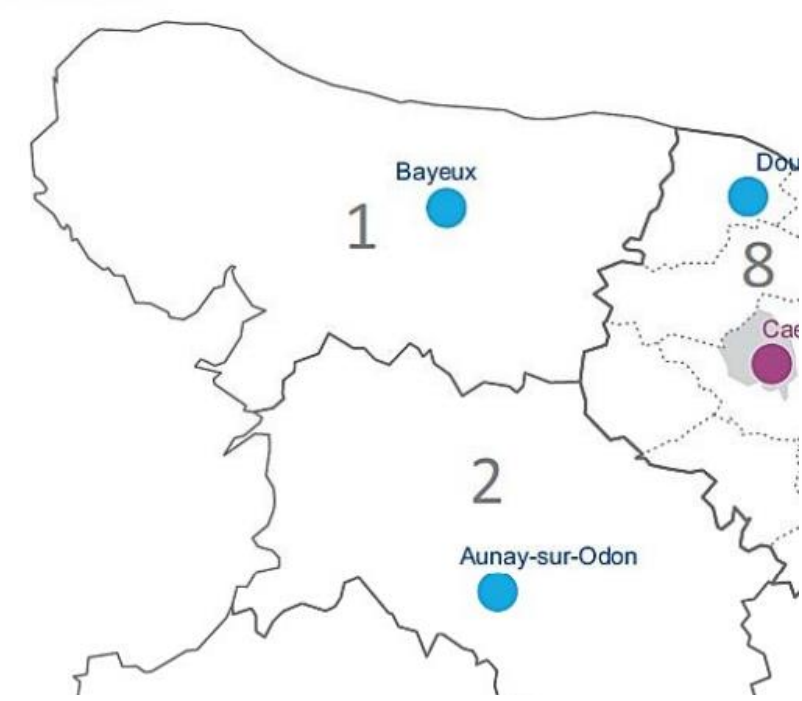
La densité de médecins généralistes est plus faible que pour la Normandie avec, au 31 mars 2019, 55,61 médecins pour 100 000 habitants (70,65 médecins pour 100 000 habitants en Normandie). À noter que la part des médecins généralistes ayant plus de 55 ans est plus importante avec 60 % de médecins concernés (52,48 % en Normandie). Cette densité est également moins importante pour les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Elle reste plus favorable pour les infirmiers.

4. Eléments diagnostics sur la permanence des soins et les soins non programmés

a) La permanence des soins

Les actes relevant de la permanence des soins ambulatoire, pour les demandes régulées à partir de 20h et jusqu'à 8h, sont pris en charge par les établissements de santé. Une permanence des soins ambulatoire le samedi après-midi, le dimanche et jour férié est assurée par un effecteur au point-garde de chaque zone. L'organisation sur ces périodes diurnes prévoit les modalités de réponse aux fluctuations de l'activité. Le document sectoriel définit la manière dont l'effecteur de permanence, inscrit au tableau de garde peut mobiliser un autre effecteur.

Les dimanches et jours fériés (8H – 20H) Les samedis après-midi (12H–20H)	• un médecin libéral effecteur est d'astreinte et mobilisable par le Centre 15 pour une consultation au point garde ou dans certaines situations, une visite ; • un second médecin libéral effecteur est également d'astreinte mais mobilisable uniquement par son confrère en cas de besoin.
La nuit (20h-8h)	La permanence des soins est assurée par un établissement de santé de proximité, qui prend en charge les besoins de soins relevant de la PDS au sein de sa structure d'urgences, là aussi après régulation du Centre 15.



b) L'offre de soins non programmée

- ***Pôle Evrecy***

Le cabinet médical est ouvert et joignable du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00, et le samedi de 8h00 à 12h00, conformément à la réglementation et à l'organisation locale de la permanence des soins. Les appels sont réceptionnés par un secrétariat sur place ou à distance selon les heures. Une secrétaire sur place est chargée de l'accueil des patients au sein du cabinet médical. Un coordonnateur de Pôle vient renforcer l'accueil par la secrétaire, en particulier lorsqu'il s'agit d'orienter les patients vers des structures extérieures au Pôle. Les médecins s'organisent afin d'assurer une présence régulière tout au long de l'année, y compris pendant les vacances scolaires. En dehors des heures d'ouverture règlementaires, les patients sont orientés vers le 15 pour une régulation de la demande.

Des créneaux d'urgences médicales sont réservés chaque jour afin de pouvoir accueillir des situations de soins non programmés. Chaque praticien présent peut accueillir un ou plusieurs rendez-vous par jour ; ce nombre de créneaux est réévalué selon les périodes (épidémies, vacances) ou l'activité du cabinet. Un interne présent 3 jours par semaine peut également participer à l'accueil des situations non programmées. Une salle spécifique permet d'accueil des situations urgentes, en particulier pour les gestes techniques : sutures, réfections de pansement, surveillance en attendant un transfert…

Une procédure de régulation des demandes urgentes est proposée comme guide pour optimiser l'utilisation de ces créneaux de soins non programmés, et d'offrir une réponse médicale adaptée à la demande.

Un logiciel agréé Label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » (ASIP V2) est utilisable par chaque professionnel de santé intégrant le Pôle. Il s'agit en 2016 du logiciel Weda, permettant un accès partagé à l'ensemble des professions médicales et paramédicales. L'utilisation de ce logiciel permet de garantir une continuité des soins entre professionnels pour les prises en charges multi professionnelles ou en cas d'absence du professionnel habituellement en charge du patient.

- ***Pôle Isigny***

Il existe un point accueil qui permet d'orienter les patients au sein du pôle, d'organiser les soins non-programmés et de décharger les médecins de certaines tâches administratives, en plus du secrétariat téléphonique commun des médecins.

Le pôle de santé reste ouvert de 8h à 20h et le samedi matin. Des plages d'accueil sont ouvertes pour les soins non-programmés quotidiennement.

Une attention particulière est apportée aux personnes déficientes visuelles grâce à la mise en place d'une signalétique adaptée.

- ***Pôle Creully***

Les médecins engagés dans ce projet consultent principalement sur rendez-vous sauf pour les urgences.

Ils s'organisent avec le secrétariat pour prendre en charge les consultations non programmées semi urgentes dans la journée.

Les visites à domicile sont organisées à l'appréciation de chaque médecin.

- ***Le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux***

    - Secteur Aunay sur Odon

Centre de premiers soins du CHAB assurant les soins non programmés non couverts par les libéraux

    - Secteur de Bayeux

Service des urgences du CHAB assurant les soins non programmés non couverts par les libéraux.

Le projet médical 2018-2023 du CHAB précise son engagement :

Accueil des urgences

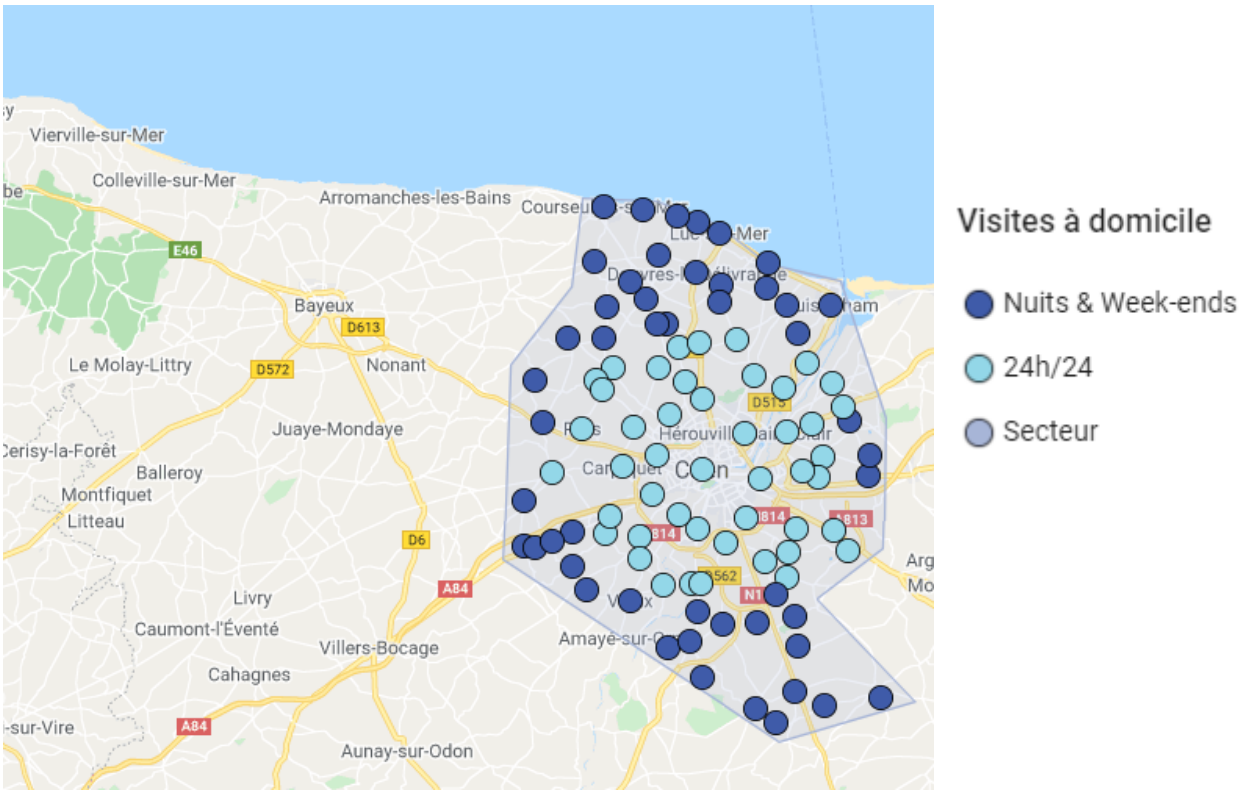
- Favoriser et augmenter les entrées directes dans les services de soins
- Développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Assurer aux urgences une prise en charge alliant proximité, fluidité et qualité grâce à une structuration intra et extra hospitalière,
- Réserver l'UHCD aux patients relevant de cette prise en charge : TS – AVP – douleurs abdominales – éthylisme
- Prévoir des formations pour prévenir les risques suicidaires en MCO
- Développer des filières spécialisées aux urgences
    - Gériatrie
        - Mettre en place l'hospitalisation gériatrique ambulatoire (bilans gériatriques pluridisciplinaires en externe – limitation du recours fréquent à l'hospitalisation)
        - Créer l'unité mobile gériatrique
        - Poursuivre le travail en collaborations avec les maisons de retraite sur la pertinence des hospitalisations, le contenu des dossiers des patients lors des transferts (PAERPA – GCS)
    - Pédiatrie
        - Développer l'activité des urgences pédiatriques et des consultations dans le service de pédiatrie

- Psychiatrie
  - Améliorer la détection du risque suicidaire chez les patients : coordination avec l'UHCD et les services de médecine
  - Pérenniser la prise en charge psychiatrique en lien avec l'UMUP
  - Améliorer l'accueil en urgence des enfants présentant des troubles psychiques
- Handicap
  - Application de la Charte Romain Jacob.

- Développer et optimiser les activités du CPS
  - Consultations de suivi post-traumato
  - Homogénéiser les pratiques et procédures au sein des deux sites
  - Faciliter les transferts des patients du CPS d'Aunay vers le site de Bayeux
- Participer à la filière régionale « Situations sanitaires exceptionnelles » (SSE)
- Organiser des exercices « plan blanc » au sein de l'établissement
- Favoriser l'accès à la PASS aux personnes démunies

- ***Secteur Seulles Terre et Mer***

Cette zone est couverte par l'intervention de SOS médecins.



c) Accès aux soins de spécialité de 2ème recours

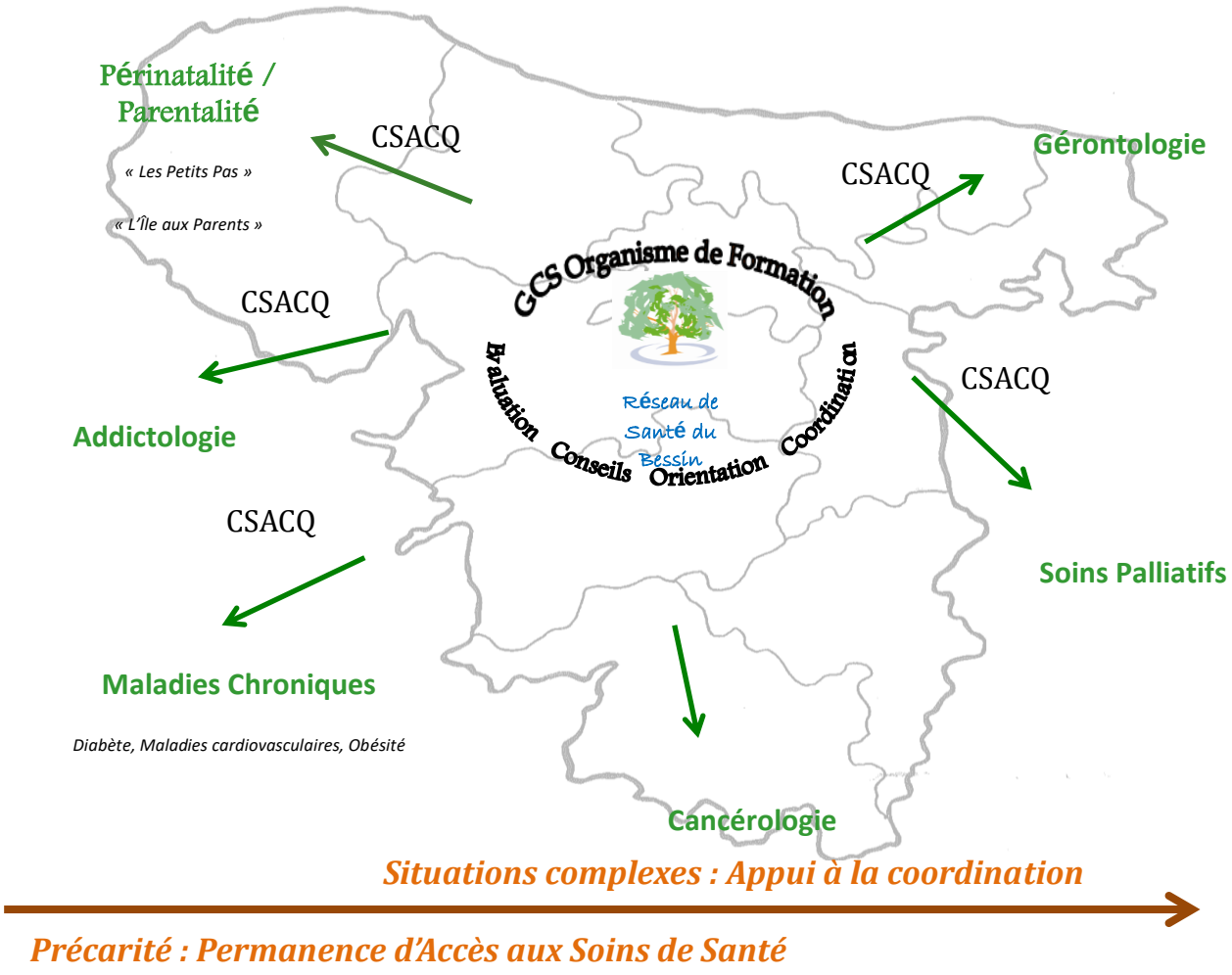
Le CHAB constitue en grande partie le recours en compétences / consultations de spécialités pour le territoire de la CPTS.

Sur le site de Bayeux	
• Addictologie • Allergologie • Anesthésie • Cancérologie • Cardiologie • Chirurgie viscérale • Chirurgie orthopédique • Dermatologie • Evaluation et traitement de la douleur • Endocrino/diabétologie • Gastro-entérologie • Gériatrie et consultations mémoire	• Gynécologie-obstétrique • Imagerie • Biologie • Médecine interne • Oncogériatrie • ORL • Ophtalmologie • Pédiatrie • Pédopsychiatrie • Pneumologie • Psychiatrie générale • Rhumatologie • Urologie
Sur le site d'Aunay sur Odon	
Offre existante • Gynécologie-obstétrique • Endocrino/diabétologie • Rhumatologie • Consultations Mémoire • Consultations Douleur • Consultations ORL • CPS • Consultations de Tabacologie • Consultations MPR • Consultations post AVC • Gastro-entérologie	En projet • Gastro-entérologie • Cardiologie • Ophtalmologie • Addictologie • Neuro-urologie

C. *La graduation et la coordination des parcours de santé*

1. Rappel historique autour de cette mission socle

Le GCS et ses membres porteurs de l'animation des filières et organisation des parcours de santé



L'animation territoriale des filières et l'organisation des parcours de santé sont précisées dans le cadre de l'ex-CPOM, en particulier dans ses orientations stratégiques au regard du précédant PRS et des missions de service public du GCS :

Annexe 1 : Orientation n° 1 : animer la filière et participer aux parcours de santé Maladies chroniques sur le Bessin-Prébocage

- Fédérer les acteurs participant à l'éducation thérapeutique
- Développer l'éducation thérapeutique en extra hospitalier
- Porter la base territoriale ERET

- Promouvoir et initier les parcours éducatifs en intra hospitalier
- Identifier et gérer les situations complexes
- Porter la dynamique du travail en réseau, organiser et rendre lisible les parcours de santé

Annexe 1 : Orientation n° 2 : animer la filière et participer aux parcours de santé Soins Palliatifs sur le Bessin-Prébocage

- Fédérer les acteurs participant aux prises en charge de soins palliatifs du territoire
- Sécuriser la prise en charge et rompre l'isolement des professionnels pour des situations dites compliquées
- Appuyer la coordination des situations complexes ou extrêmes
- Porter la dynamique du travail en réseau, organiser et rendre visible les parcours de santé

Annexe 1 : Orientation n° 3 :

- Porter la prévention – éducation à la santé et dépistage
- Porter la dynamique du réseau périnatalité-parentalité sur le Bessin-Prébocage
- Porter la filière gérontologique du Bessin-Prébocage

Annexe 2 : Assurer l'appui à la coordination des situations complexes dans le territoire

- Evaluer et analyser la situation de la personne dans son environnement
- Organiser des staffs et RCP ville-hôpital
- Elaborer le PPS
- Apporter un appui de coordination aux intervenants auprès du patient (professionnels de premier recours, sociaux et médico-sociaux)

Annexe 3 : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

2. Constats des états généraux

FORCES	FAIBLESSES
Expertise du GCS Présence de dispositifs d'appui à la coordination Existence d'instances de régulation Interconnaissance entre certains acteurs Existence de comités de suivi et d'amélioration continue de la qualité Mise en place de pôles de santé avec des instances de coordination	Cloisonnement entre le secteur sanitaire, médico-social et social Difficultés d'accès au médecin traitant et autres professionnels de santé Problème d'accès à des structures d'aides et de soins à la personne Manque de médecin co et professionnels sanitaires en ESMS Sous-représentation et soucis d'accès à certaines spécialités (santé mentale, chirurgien-dentiste, orth…) et aux spécialités non remboursées Orientation dans le système complexe Problème dans la connaissance et la communication interprofessionnelle (ville/hôpital, sanitaire/sociale, 1er recours/2d recours…) Manque de lisibilité du système (information, communication, annuaire) Difficulté d'exercer en pluridisciplinarité (culture, temps, concertation, coordination…)
OPPORTUNITES	**MENACES**
Mise en place d'expertises spécifiques au lieu de vie (gériatrique, psychiatrique…) Développement des SNAC Organisme de formation du GCS	Vieillissement de la population Epuisement des aidants Problème de mobilité Impact de la fracture numérique Difficultés liées aux situations complexes (dimension sociale, familiale, psychologique…) Epuisement et charge mentale (complexité, chronicité…) Inadéquation entre les habitudes des patients et l'offre de soins (contournement, surconsommation,

	impatience, non observance…) Isolement des professionnels Etudiants pas assez préparés à la pluridisciplinarité et aux nouvelles conditions d'exercice Manque de reconnaissance des métiers du maintien à domicile

- Tous les parcours du PRS sont concernés
- Fragilité transversale aux parcours de santé
- Spécificité du parcours handicap et santé mentale
- Besoin de déployer promotion éducation de la santé, prévention, ETP
- Difficultés de maintien à domicile des personnes isolées en perte d'autonomie
- Problème d'accès à l'offre

3. Eléments diagnostics territorial

La graduation et le coordination des parcours de santé bénéficie sur notre territoire d'un outil privilégié qu'est la Plateforme territoriale d'Appui (PTA). La structuration de la PTA Bessin Prébocage repose sur un principe essentiel de **subsidiarité.**

L'orientation est systématiquement prioritaire vers les professionnels de 1er recours pour les parcours simples.

La PTA repose sur les systèmes de coordination existant déjà sur le territoire (composantes de la PTA).

Elle prend donc en compte prioritairement des démarches d'intégration avec ses composantes.

Le GCS est défini comme l'opérateur de la PTA Bessin Prébocage afin d'organiser sa mise en place et la mise en œuvre de ses missions. En lien avec l'histoire et la structuration du GCS, on y distingue :

- des composantes contributives au fonctionnement de la PTA :
    - du GCS : PAERPA, PASS et EMTSP
    - hors GCS : CLIC, MAIA, Equipe Addictologie, Cancérologie

- des partenaires des secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux du territoire ou hors territoire avec lesquels des coopérations sont déjà engagées sur des actions ou des services ponctuels :
    - membres du GCS
    - non membres du GCS

- Objectif spécifiques et opérationnels

- Informer et orienter les professionnels de santé vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire :
    - Optimisation du guichet unique
    - Optimisation du guichet intégré
    - Régulation et orientation des demandes dans les parcours avec les dispositifs les plus pertinents des composantes de la PTA
    - Actualisation des ressources médicales, sociales susceptibles d'être mobilisées sur le territoire
    - Communication sur le dispositif PTA

- Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination :
    - Accompagnement au repérage des situations de fragilité ou à risque en intra ou extra hospitalier
    - Promotion de la concertation pluriprofessionnelle
    - Accompagnement à l'élaboration et à la formalisation des PPS
    - Aide à la transmission, au suivi et à la gestion des PPS
    - Aide à l'évaluation multidimensionnelle en proximité
    - Formation des professionnels

- Appuyer à l'organisation des parcours complexes (appui à l'évaluation et à la coordination) :
    - Repérage des situations et parcours complexes en extra hospitalier pour éviter les hospitalisations

- Repérage des situations et parcours complexes en intra hospitalier pour faciliter la sortie d'hospitalisation et favoriser le maintien à domicile
- Aide à l'évaluation multidimensionnelle en proximité
- Animation de la concertation pluriprofessionnelle
- Organisation du parcours complexe
- Appui de coordination

- Assurer le lien avec le niveau régional et les autres territoires :
  - Articulation et complémentarité avec les réseaux monothématiques régionaux
  - Accueil des demandes, information et orientation des structures et acteurs hors territoire Bessin-Prébocage (GHT, autres PTA, …)
  - Accueil des demandes, information et orientation dans des filières hors territoire Bessin-Prébocage (GHT, autres PTA, …)

Eléments de référence : « La coordination des situations complexes : Définition, Difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Prébocage » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue Caroline Tanquerel en Juin 2015

Eléments de référence : « Maintien à domicile des personnes âgées : ressentis, besoins et attentes des médecins généralistes et des autres acteurs du maintien à domicile dans le Bessin Prébocage » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Aurore Marie et Thomas Closset en septembre 2016

Eléments de référence : « Soins oncologiques de support : besoins, attentes, et place du médecin généraliste » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Valentine de Brisson en septembre 2010

D. L'évolution des exercices professionnels, anticiper les métiers de demain et assurer l'attractivité du territoire

FORCES	FAIBLESSES
Développement des pôles de santé sur le territoire Exercice mixte Métier de coordination	Absence de coordination du déploiement des pôles de santé. Peu d'accompagnement dans le fonctionnement des pôles Pas de temps dédié à la coordination pluriprofessionnelle Méconnaissance des personnes et des métiers / rôles de chacun sur un même bassin de vie Interface premier – second recours perçue comme problématique : difficultés d'accès, difficultés de communication Charge de travail des professionnels perçue comme trop importante Tâches administratives chronophages Une situation de souffrance au travail des acteurs Transmission de l'information problématique (inter ou intra-structures), DMP non utile et non utilisé par les PS de premier recours
OPPORTUNITES	**MENACES**
Appui des URPS Evolution des métiers de pharmacien et d'IDE Accueil de stagiaires	Manque de disponibilité des acteurs pour les patients Méconnaissance des patients de l'offre de soins

E. La qualité, la pertinence des soins et l'innovation

1. Constats des états généraux

FORCES	FAIBLESSES
Envie claire de faire évoluer les métiers du soin Souhait d'innovation en matière d'actions de prévention avec un investissement des domaines autres que le soin (éducation, lieux publics, social)	Manque de connaissance sur les modalités Le cadre des nouveaux métiers (IPA, assistants médicaux, coordinateurs) n'est pas clair ou pas connu.
OPPORTUNITES	**MENACES**
Revalorisation les métiers du soin pour rendre l'exercice plus attractif / intéressant. Passerait par un exercice mixte Innovations technologiques et/ou scientifiques permettant des mutations organisationnelles et administratives	L'évolution semblerait se faire au détriment de l'activité de soins

2. Eléments diagnostics en lien avec les comités de suivi et d'amélioration continue de la qualité

Des Comités de Suivi et d'amélioration Continue de la Qualité (CSACQ) et groupes de travail sont constitués pour chacune des composantes du GCS. Ces CSACQ permettent la remontée des problématiques de santé au niveau du territoire, du fait par exemple de l'absence de dispositif adéquat, de l'indisponibilité ou de la difficulté de mobilisation de certains acteurs, etc. Ils produisent une analyse des causes de rupture de parcours. Ce travail est repris par le Comité Restreint du GCS et présenté lors des rapports d'activités annuels et en assemblée générale.

Ce niveau territorial de gouvernance correspond précisément à la dynamique d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Il regroupe des représentants de tous les acteurs de santé du territoire du Bessin Prébocage. Son rôle principal est de faciliter la coordination des acteurs de santé du territoire pour les parcours de santé et la gestion des situations complexes, selon un processus d'intégration commun.

Différents indicateurs sont suivis avec les tableaux de bord informatisés mis en place en coopération avec l'ARS et le GCS NeS dans le cadre des CSACQ des différents parcours de santé animés par le GCS (Soins Palliatifs, PASS, Maladies Chroniques, Gérontologie, …).

La poursuite de l'organisation et de l'optimisation des parcours, l'analyse des points de ruptures continueront d'être suivis. L'observation des évolutions des organisation et des pratiques professionnelles, l'analyse des besoins d'information et de formation pour acquérir de nouvelles compétences au service des parcours de leur fluidité se poursuivront.

Axes stratégiques retenus et thématiques associées

VI. Axes stratégiques retenus et thématiques associées

Les axes stratégiques du projet de santé du territoire Bessin-Caen Ouest-Prébocage ont été retenus par l'équipe pilote de la CPTS au regard :

- De nos expériences collectives sur ce territoire en responsabilité populationnelle de santé porté par le GCS depuis 15 ans
- Des constats résultants des Etats Généraux du 21 novembre 2019 dans une dynamique d'intelligence collective
- Des éléments de diagnostics apportés par les institutions
- Des pôles de santé
- Des rapports d'activité du GCS
- Des travaux de thèse réalisés sur le territoire.

Ces axes définissent dans le projet de santé ce que souhaitent mettre en œuvre les professionnels acteurs de la CPTS. Ils ont été présentés lors de la soirée du 16 janvier 2020, temps de restitution des Etats Généraux et de mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire autour d'une proposition d'organisation en CPTS.

Dans cette dynamique de démocratie en santé, un suivi de la mise en œuvre du projet de santé par la CPTS sera régulièrement actualisé et ajusté, assuré par sa gouvernance.

A. Promouvoir la santé de la population

Le territoire est engagé dans la dynamique de prévention et de promotion de la santé de longue date.

Si la prévention était intégrée dans l'activité de chaque thématique des parcours de santé, des projets spécifiques étaient menés, en lien avec la périnatalité - petite enfance, les adolescents, et les personnes en situation de précarité. Comme pour toutes les actions du GCS, les projets de prévention s'appuyaient sur des comités de pilotage qui définissent les objectifs, la démarche, les modalités de déroulement de l'action et son évaluation. La suppression du poste du référent territorial en 2017 a mis à mal l'ensemble de ces organisations.

Par ailleurs les pôles de santé du territoire ont initié des actions ciblées de ce type par bassin de vie.

L'un des axes majeurs du projet de santé reste donc d'améliorer la santé de la population. Dans ce but, nous souhaitons travailler tout particulièrement sur la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique du patient.

Le développement d'actions territoriales de prévention s'inscrit dans une démarche pluriprofessionnelle, en lien avec les besoins du territoire. Il convient donc de :

- Cibler la population en fonction des problématiques du territoire, et des spécificités du bassin de vie
- Définir les actions en fonction des ressources professionnelles de proximité

Une cohérence territoriale et une synergie de toutes ces actions sera recherchée.

Leur coordination mutualisée sera aussi nécessaire

Les objectifs retenus par les membres de l'équipe pilote CPTS sont les suivants :

- Développer les actions propres aux priorités de chaque bassin de population et adaptées à tous les âges de la vie
- Déployer l'éducation à la santé, la prévention, l'éducation thérapeutique du patient et la vaccination au plus près du lieu de vie
- Prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée dans l'expérience de l'expérimentation PAERPA menée sur le territoire
- Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives en collaboration étroite avec l'équipe d'addictologie du CHAB
- Développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques et cancéreuses
- Prévenir le mal-être et le suicide
- Lutter contre la sédentarité avec la perspective de l'appui d'une association « La population en mouvement »
- Conforter les parents dans leur fonction parentale, les former aux premiers soins dans la prolongation des actions menées autour de la périnatalité et de la parentalité
- Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale initiée en 2016 dans le cadre des collèges et lycées

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action C.

B. Faciliter et réguler l'accès au système de santé

L'accès au système de santé peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin.

Du fait de la nouveauté de cet axe stratégique, un travail important en termes d'analyse de l'offre et d'accès à l'offre sur le territoire est à poursuivre pour proposer des solutions opérationnelles en tenant compte des particularités de chaque bassin de vie.

Si l'accès au médecin traitant est un point important, notre réflexion s'est voulue plus large intégrant les autres offres de soins et de santé.

1. Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de fragilité

L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.

Les constats des états généraux et les éléments de diagnostics au regard des indicateurs de vieillissement et de précarité de la population ont permis d'insister sur la priorité à donner aux personnes en situation de fragilité.

Les objectifs retenus par les membres de l'équipe pilote CPTS sont les suivants :

- Analyser et prendre en compte la disparité des bassins de vie
- Analyser pour favoriser l'accès aux soins de la population fragile, précaire, personnes âgées et/ou handicapées et/ou en souffrance psychique
- Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous
- Responsabiliser les professionnels sur l'accès aux soins
- Anticiper l'évolution de l'offre de soins

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action D.

A souligner l'importance de développer le concept de « guichet intégré » (déjà initié dans le cadre de l'expérimentation PAERPA) au plus près du lieu de vie, en associant le maximum de primo-accueillant (expérimentation envisagée avec des collectivités locales) afin d'organiser le repérage et l'orientation, vers le soin et l'accompagnement, des personnes en situation de fragilité (tous âges confondus) prioritairement par les acteurs du 1er recours.

Cette organisation s'articulera en fonction des situations avec les services de la PTA (futur DAC) via son guichet unique et certains de ses services :

- Accueillir et analyser les demandes
- Orienter vers le professionnel ou le service adapté
- Apporter une expertise collective
- Mobiliser des compétences au plus près du lieu de vie

2. Contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés

Les soins non programmés permettent de répondre, durant la plage d'ouverture des cabinets médicaux, aux besoins de soins de la population en proximité, sans mobiliser les services d'urgences lorsque ce n'est pas nécessaire, dans un contexte de démographie médicale tendu (urgentistes, médecins libéraux).

Les constats des états généraux confirment le défi organisationnel autour de cette mission socle CPTS et les éléments diagnostics permettent de s'appuyer sur un existant hétérogène mais opérant. Cela nous invite désormais à permettre l'émergence de solutions facilitant l'accès aux soins non programmés en tenant compte des particularités de chaque bassin de vie.

Les objectifs retenus par les membres de l'équipe pilote CPTS sont les suivants :

- Conforter l'existant en offre de soins non programmés
- Etendre et harmoniser l'organisation de proximité pour l'accès aux soins non programmés
- Améliorer l'organisation des hospitalisations non programmées en diminuant le recours aux services d'urgence comme « porte d'entrée »

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action F.

3. Organiser une régulation en réponse aux attentes des personnes et de leurs aidants naturels

Dans la perspective d'organiser au mieux l'accès aux soins non programmés, de limiter la surconsommation de soins, d'éviter les passages aux urgences tout en optimisant l'accès aux soins, les états généraux nous ont invités à initier une démarche territoriale « d'écologie en santé ».

Dans ce sens les membres de l'équipe pilote CPTS ont retenu comme objectifs :

- Eviter le recours inapproprié aux services d'urgences et aux soins non programmés
- Réassurer et éduquer les personnes et leurs aidants naturels pour un juste recours aux soins
- Favoriser la mise en œuvre par une réponse de proximité (1er recours)
- Expérimenter une réponse territoriale de 2ème recours

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action E.

La perspective est donc de développer une régulation territoriale intégrée. Elle s'appuiera sur l'organisation de régulations locales pour réassurer, éduquer et orienter les personnes dans l'organisation des soins non programmés de leur bassin de vie. Elle s'articulera avec la régulation territoriale d'accès aux soins non programmés, portée par la PTA (futur DAC), dans une mise à jour actualisée de l'offre de soins non programmés afin de réorienter la personne au plus près de son lieu de vie.

C. Fluidifier les parcours de santé

L'expérience du territoire autour de cette mission socle CPTS a été initiée par le Réseau de Santé du Bessin en 2006 pour l'organisation des parcours de santé, confortée dans le cadre du GCS par l'animation des filières et structurée de façon graduée avec la mise en place de la PTA. Cela nous permet d'identifier des facteurs de réussite :

- L'importance de la connaissance des acteurs du parcours
- La pluriprofessionnalité de proximité
- Le décloisonnement avec le secteur social et médicosocial
- Des temps de concertation autour des situations des patients
- Disposer d'un 2ème recours de spécialité facilitant
- L'articulation avec des équipes d'appui de coordination
- Un outil de partage d'information simple
- Intégrer pour l'ensemble des parcours les difficultés en lien avec les addictions, la précarité, l'épuisement des aidants, les problèmes sociaux et sociétaux participant à leur complexité.
- Le leadership d'un médecin spécialiste de proximité pour les parcours thématiques

Au regard des constats des états généraux, des éléments de diagnostic territorial et des parcours de santé retenus dans le PRS de Normandie, les membres de l'équipe pilote de la CPTS ont retenu les objectifs suivants :

- Favoriser le maintien à domicile

Cet objectif bénéficie sur notre territoire de l'expérience particulière du parcours de la

personne âgée en risque de perte d'autonomie (équipe de la CTA) et de celui de la filière soins palliatifs pour des situations particulièrement complexes (EMTSP Le Lien).

Une logique d'organisation à partir du lieu de vie de la personne s'appuyant sur l'axe stratégique précédent autour de l'accès au système de santé. Le repérage des situations de fragilité, l'anticipation et la gestion des crises amenant à la complexité en sont des éléments essentiels.

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans les fiches action D, F et H.

- Décliner et structurer des parcours de santé thématiques

Les rapports d'activité du GCS de 2006 à 2017 consultables permettent d'objectiver la dynamique des parcours du territoire, leur structuration, les analyses quantitatives et qualitatives.

L'exemple de sommaire suivant rend compte du développement de cette mission sur le territoire.

ANIMATION DE FILIERE ET ACTIVITES DES PARCOURS DE SANTE 17
1. Périnatalité et Parentalité 20
1.1. Animation de la filière 20
1.2. Activités et actions 21
1.2.a. Île aux Parents 21
1.2.b. En attendant bébé … Histoires d'être parents 23
1.2.c. Projet 2018 : « Café Grenadine » 23
1.2.d. A pas de velours 25
1.2.e. Centre Périnatal de Proximité Aunay sur Odon 25
2. Addictologie 26
3. Maladies Chroniques 27
3.1. Diabète – Obésité 28
3.1.a. Animation de la filière 28
3.1.b. Activités des parcours de santé 29
b.1. Demande de prise en charge / Activité intra-hospitalière 29
b.2. Demande de prise en charge / Activité extra-hospitalière 30
3.2. Maladies Cardiovasculaires 36
3.2.a. Animation de la filière 36
3.2.b. Activité des parcours de santé 37
b.1. Demande de prise en charge / Activité intra-hospitalière 37
b.2. Demande de prise en charge / Activité extra-hospitalière 37
3.3. Focus sur les situations complexes 39
3.3.a. En lien avec l'expérimentation régionale 39
3.3.b. Repérage et orientation 40
3.3.c. Modalités d'appui de coordination 40
3.4. Perspectives 2017 42
3.5. Education thérapeutique du patient victime d'un AVC 44
4. Cancérologie 46
4.1. Animation de la filière 46
4.2. Activité du parcours de santé 47

4.2.a. Demande de prise en charge / Activité intra-hospitalière *47*
4.2.b. Prestations proposées *47*
4.2.c. Focus sur les situations complexes *47*
4.2.d. Impacts observés *48*
4.3. Perspectives 2017 ..... **48**
4.3.a. Objectifs *48*
4.3.b. Les impacts attendus *51*
5. Soins Palliatifs **52**
5.1. Animation de la filière **52**
5.2. Activité du parcours de santé **54**
5.2.a. Territoire du Bessin – en extra hospitalier *54*
a.1. Demande de prise en charge / aspects quantitatifs *54*
a.2. Prestations proposées *62*
5.2.b. Focus sur les situations complexes *68*
5.2.c. En intra hospitalier Bessin et Prébocage *69*
6. Gérontologie **78**
6.1. Animation de la filière **78**
6.2. Contexte national et régional **79**
6.2.a. Le contexte national *79*
6.2.b. Le contexte régional *79*
6.3. Contexte du territoire du Bessin-Prébocage **79**
6.3.a. Etat des lieux *79*
6.3.b. Evolution de l'offre de la filière gériatrique du Bessin-Prébocage *80*
6.3.c. Actualisation de l'offre de soins et prise en charge gérontologique en 2016 ..... *81*
6.4. Activité du parcours de santé **81**
6.4.a. Mise en place du dispositif MAIA *81*
6.4.b. Mise en place de la RCP gérontologique *82*
6.5. Réflexion autour de l'interface lieux de vie-Urgences **82**
6.6. Dispositif PAERPA **83**
6.7. Perspectives 2017 ..... **84**
7. Actions intégrées en support à tous les parcours de santé **86**
7.1. Prévention **86**
7.1.a. Animation territoriale *86*
7.1.b. Activités de prévention *86*
b.1. Prévention Bayeux *86*
b.2. Prévention à Isigny sur Mer *88*
b.3. Autres actions de prévention avec partenaires régionaux *91*
b.4. Permanence CAARUD *91*
b.5. Prévention en collaboration avec la PASS Bessin *91*
b.6. Prévention dépistage *93*
7.2. Précarité et Permanence d'accès aux soins de santé **94**
7.2.a. Animation territoriale *94*
7.2.b. Participation aux instances, dynamiques et projets du territoire *95*
7.2.c. Activité de la PASS dans le cadre des parcours de santé *98*
c.1. Demande de prise en charge *98*
c.2. Prestations proposées *102*
c.3. Prise en charge exceptionnelle personnes étrangères Calais-Cerisy La Forêt *106*
c.4. Focus sur les situations complexes *107*
c.5. Temps infirmier depuis 2017 ..... *108*
7.2.d. Ce que nous retenons et perspectives *109*
7.3. Situations complexes : assurer l'appui de coordination **110**
7.3.a. Animation territoriale *110*
7.3.b. Expérience du Réseau de Santé du Bessin, puis du GCS *111*
7.3.c. Depuis le 2e semestre 2015 ..... *114*
7.3.d. Bilan de l'expérimentation en 2016 ..... *115*
7.3.e. Analyse et éléments de compréhension *126*
7.3.f. Les acquis sur notre territoire *128*
7.3.g. Ce que nous retenons et perspectives 2017 ..... *130*

Les décisions prises en 2017 par nos institutions avec la suppression du référent territorial et des moyens pour l'ETP amènent à mesurer les dégâts pour l'instant non réversibles liés à la disparition depuis 2 ans de 5 parcours de santé organisés pour les maladies chroniques (Insuffisance cardiaque, maladies cardiovasculaires, diabète, diabète gestationnel, obésité) et pour l'animation de la filière Périnatalité et Parentalité, sans parler de la démotivation des professionnels impliqués.

Les enjeux retenus par les membres de l'équipe pilote de la CPTS autour de cet objectif sont donc :

- Conforter l'animation de filières et l'organisation de parcours existants : Gérontologie, Soins Palliatifs, Cancérologie-Soins de Support, Précarité
- Décliner et structurer les parcours Santé Mentale et Handicap
- Tenter de repositionner l'animation de la filière Périnatalité et Parentalité
- Tenter de remotiver les professionnels ayant été impliqués comme porteurs et/ou acteurs des parcours maladies chroniques (Diabète, Diabète gestationnel, Insuffisance cardiaque, Maladies Cardio-Vasculaires, Obésité)

Rappelons qu'une démarche qualité, portée par les Comités de Suivi et d'Amélioration Continue de la Qualité (CSACQ), pour chacune de ces actions, a permis de faire évoluer nos organisations et harmoniser nos représentations.

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action G.

- Graduer les niveaux et articuler les lieux de coordination

La mise en place de staffs ou RCP ville/hôpital pour chacune des thématiques depuis plusieurs années, l'expérimentation sur les situations complexes, l'activité et l'expertise de la PTA du territoire a permis la concertation sur les modalités de prise en charge des situations les plus difficiles et de définir une graduation commune :

- Niveau 1 : situation simple : inhérente à toute prise en charge ; autonomie de la personne, de son entourage et des équipes référentes, coordination périphérique par le médecin traitant et l'organisation de proximité
- Niveau 2 : situation compliquée : appel à l'interdisciplinarité, à l'éducation thérapeutique et à l'expertise d'une compétence supportive, pour aide à l'évaluation, conseil et orientation de façon ponctuelle ; coordination par le médecin traitant et l'organisation de proximité
- Niveau 3 : situation complexe : multiplicité des problèmes et des intervenants ; inadéquation entre la situation et les ressources de la personne, de son entourage et de l'équipe référente ; réévaluation rapprochée, mobilisation de l'éducation thérapeutique et de compétences supportives sur la durée ; nécessité d'appui à la coordination de proximité, en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle de 1er recours, pour la mise en œuvre et le suivi du PPS

- Niveau 4 : situation extrême : situation unique ; problématique au-delà des compétences et organisations locales ; aspects éthiques et législatifs en jeu ; concertation collégiale ; prise de décision, temps de concertation et appui de coordination de proximité, en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle de 1er recours

La qualité des liens et articulations entre les dispositifs de coordination existant dans différents lieux du parcours est indispensable.

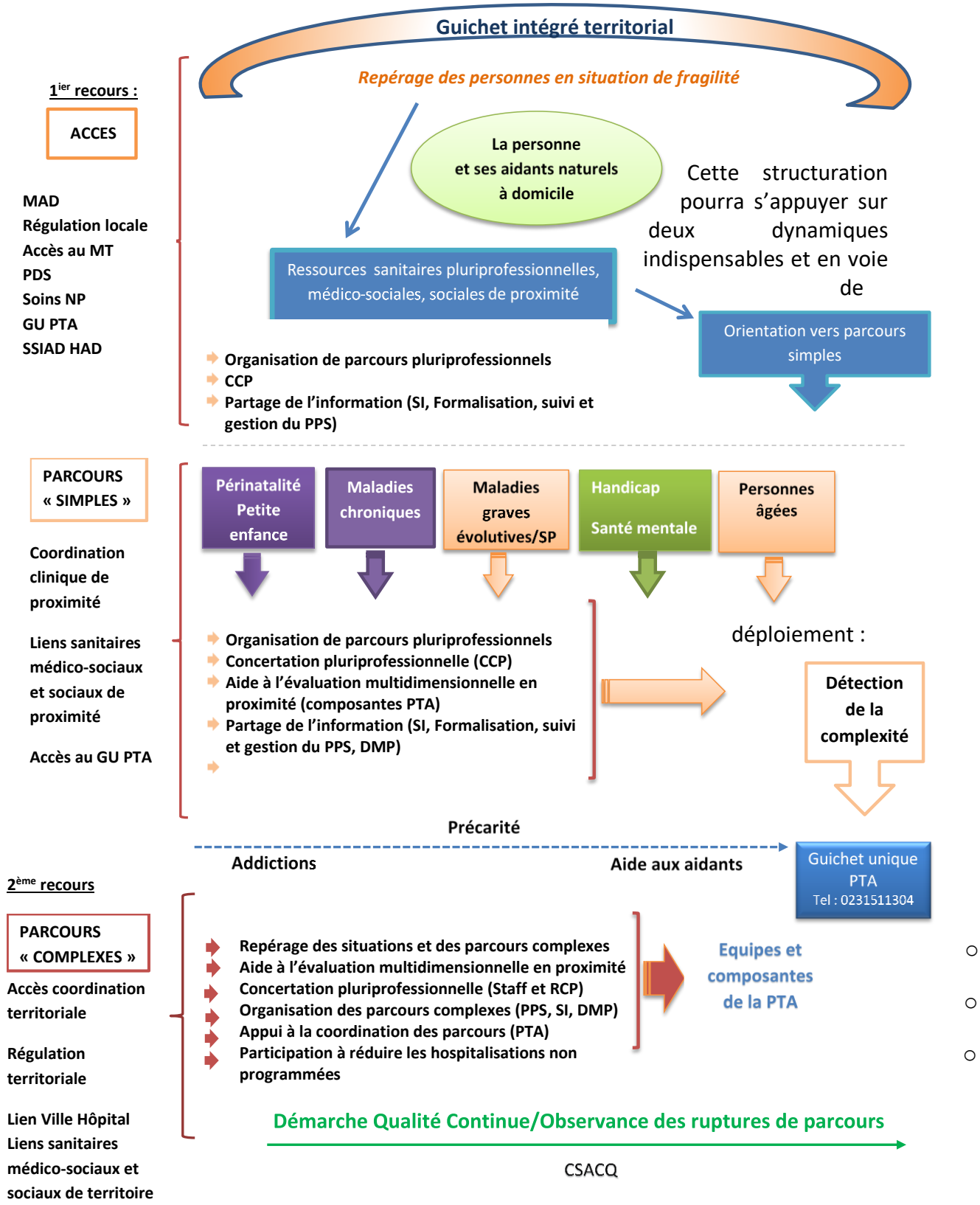
Exemple : Infirmière de coordination d'un pôle de santé / La PTA et les IDEC des différentes composantes / l'IDEC du parcours de cancérologie du CHAB / IDEC de gestion de lits du CHRU…

Les points prioritaires relevés par les membres de l'équipe pilote de la CPTS sont :

- Favoriser l'accès aux soins et aux parcours « simples » en proximité
- Proposer un appui de coordination des parcours de santé « complexes »
- Intégrer pour l'ensemble des parcours les spécificités en lien avec les addictions, la précarité, les soins palliatifs, l'épuisement des aidants, les problèmes sociaux et sociétaux, la santé mentale
- Simplifier l'accès au second recours
- Développer la communication ville-hôpital / hôpital-ville.

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action H.

- Tendre vers une structuration harmonisée sur le territoire



Cette structuration pourra s'appuyer sur deux dynamiques indispensables et en voie de déploiement.

- Les espaces de concertation :

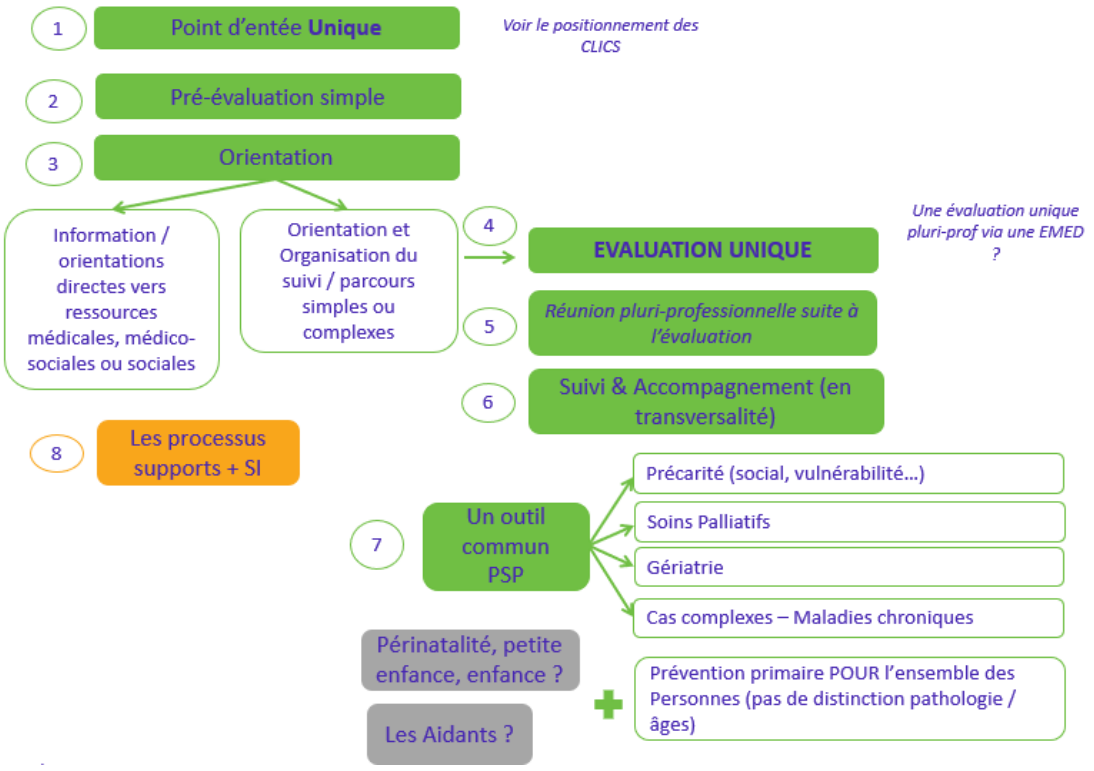
  - ✓ En proximité, il s'agit des CCP organisées par les professionnels du 1er recours auxquels peuvent se joindre des professionnels des secteurs médico-sociaux et sociaux ou des composantes de la PTA

  - ✓ Pour le territoire, des staffs hebdomadaires du GCS (Soins Palliatifs, PAERPA, PASS, PTA) et du CHAB (Soins de support)

  - ✓ Pour les situations les plus complexes deux RCP sont en place portés par le GCS, une RCP pour les situations complexes de personnes de moins de 60 ans et une RCP pour les situations complexes de personnes de plus de 60 ans. Ces RCP ont lieu sur un rythme mensuel

Même si la présence physique permet de se rencontrer, de mieux se connaître et de tisser des liens de qualité, la possibilité de participer de façon facilitée à ces temps de concertation en utilisant les nouvelles technologies type télé-staff en visio est désormais souhaitée.

- Le futur Dispositif d'Appui et de Coordination (DAC) du territoire dans une logique de structuration par étape parcours :



1. Accueil / Information
    - Maintien d'un point d'entrée unique avec pour mission une structuration et une coordination de l'information fournie aux personnes et/ou aux professionnels

2. Pré-Evaluation de la demande
    - Effectuée de façon simple (téléphone ou autre)
    - Avec une première orientation, d'où un souhait de formation commune à tous les acteurs

3. Orientation
    - Demande simple : Orientation / Information directe
    - Demande complexe : Orientation / Organisation de parcours

4. Evaluation
    - Souhait d'une évaluation unique & reconnue par tous avec une détection de la fragilité, de la complexité
    - Manque sur le territoire une Equipe Mobile d'Evaluation au Domicile (EMED)
    - La synthèse de l'évaluation fournie une orientation vers une des équipes de suivi
    - Les équipes de suivi travaillent en transversalité
    - La personne est suivie par une équipe désignée même si elle a plusieurs difficultés (la dominante prime)

5. Réunion pluriprofessionnelle suite à l'évaluation (instance de régulation)

6. Suivi & Accompagnement - équipe de suivi
    - Avec l'objectif de répondre *« à toute personne, de tous âges, de toutes pathologies »*
    - Suivi & Accompagnement - déclinaison en équipe
        - Précarité (social, vulnérabilité…)
        - Soins Palliatifs
        - Gériatrie
        - Situations complexes – Maladies chroniques
        - Prévention Primaire (ensemble des personnes) à développer car c'est actuellement une carence du territoire

9. Réévaluation & Sortie
    - Le groupe n'a pas travaillé sur cette thématique

10. Volet animation territoriale : positionnement pilote MAIA ?

- Accès direct des orthophonistes

Dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins, de repenser les pratiques et l'organisation des soins, de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, de faire face au défi de la démographie des professionnels de santé et développer la performance du système de santé, l'ouverture de l'accès direct aux orthophonistes est introduite dans le Code de la santé publique à l'article L.4131-1.

Les patients peuvent être directement pris en soins par un orthophoniste sans prescription médicale. Cela concerne l'ensemble de la population prise en soins sur le territoire de la CPTS, ainsi que l'ensemble des orthophonistes présents sur le territoire de la CPTS Axanté. L'accès direct est proposé pour les orthophonistes adhérentes à la CPTS mais n'est pas une obligation.

Les partenaires de la mise en application de l'accès direct aux orthophonistes sont les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé, la CPTS Axanté, l'agence régionale de santé, la caisse primaire de l'Assurance maladie, et l'URPS Orthophonistes.

Les orthophonistes veilleront à déposer le compte-rendu de bilan sur l'espace santé du patient sous réserve de l'accord de l'assuré.

L'accès direct aux orthophonistes est effectif dès la signature du projet de santé par le conseil d'administration de la CPTS.

Ce présent document reste modifiable en fonction des besoins du territoire et des évolutions réglementaires.

D. Accueillir et accompagner les professionnels actifs et en formation

Pour permettre aux professionnels d'inscrire leur pratique dans une dimension plus collective, il faut que la CPTS apporte des solutions aux problèmes de leur quotidien.

La qualité d'accueil et l'intégration de nouveaux professionnels s'installant sur le territoire ainsi que l'attention particulière aux stagiaires est définie comme un axe prioritaire par les membres de l'équipe pilote de la CPTS.

Dans ce sens ils ont retenu comme objectifs :

- Rendre le territoire attractif pour les professionnels
- Participer à l'émergence d'organisations pluriprofessionnelles de 1er recours

Il s'agit d'encourager et participer à l'accompagnement d'organisations pluriprofessionnelles type « Pôle de santé » avec des caractéristiques souhaitées :

  - Projet de santé du bassin de vie, en cohérence avec les Pôles de santé en proximité et avec celui de la CPTS
  - Activité de coordination de premier niveau formalisée (temps dédié, financements prévus…) pour les parcours simples
  - Dimension de formation dans ces structures

Dans ce but, la CPTS pourra proposer un support logistique pour l'émergence des pôles de santé : orientation vers les ressources existantes, mise à disposition de compétences ou d'aides (financière, juridique, comptable, organisationnelle, rédactionnelle...)

- Promouvoir des formations favorisant la pluriprofessionnalité

Identifier et faciliter l'accès à des formations sur le territoire, pluriprofessionnelles dans la continuité de celles proposées par le GCS en lien avec le projet de santé du territoire dans la perspective d'une délocalisation vers les pôles de santé.

- Favoriser l'accueil des étudiants

Collecter et mettre à disposition des structures des outils pédagogiques pour faciliter l'accueil d'étudiants et intégrer la pluriprofessionnalité dans la formation initiale.

Accueillir au sein de la CPTS des étudiants pour les métiers de coordination, les nouveaux métiers de la santé.

Organiser des actions en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage, promotion de travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire etc.).

- Prévenir, dépister et remédier à l'épuisement des professionnels de santé et l'usure professionnelle

Participer à limiter l'épuisement des professionnels de santé par des actions de prévention ou de prise en charge en complément du développement d'organisations professionnelles limitant ce risque.

Organiser des temps de rencontre et des échanges entre structures (équivalent de groupes d'échanges de pratiques mais orientés sur l'organisationnel).

Collecter et mettre à disposition les différentes actions menées dans les différentes structures au sein du territoire, afin de faciliter la diffusion de « retours d'expériences ».

Organiser des analyses via des échanges sur les pratiques et l'organisation de temps de concertations autour de personnes en situation de fragilité et de complexité (notamment cas complexes).

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action I.

E. Développer la qualité, la pertinence des soins et l'innovation

Nous sommes au cœur de l'esprit de la loi « ma santé 2022 », qui insiste sur un retour au juste soin et au développement des innovations pour faire face aux défis démographiques, épidémiologiques, économiques, écologiques et sociétaux déjà présents sur notre territoire.

Interpellés par ces constats lors des états généraux les membres de l'équipe pilote de la CPTS ont retenu comme objectifs :

1. Développer une culture qualité territoriale

a) Autour des parcours de santé

Rappelons que le GCS, via les Comités de Suivi et d'Amélioration Continue de la Qualité en place depuis plusieurs années autour des parcours de santé et de leurs dispositifs spécifiques, évalue les nouveaux besoins des usagers et des acteurs de santé, repère les ruptures de parcours récurrentes (par défaut de formation, d'offre de soins ou de moyens, par défaut de qualité de liens/informations entre acteurs), la pertinence de certaines organisations et outils. La CPTS s'inscrira dans cette politique d'évaluation continue autour des ruptures de parcours, de satisfaction des usagers et des professionnels.

- Analyser la pertinence du recours à l'offre de soins.

- Analyser et proposer des solutions pour améliorer les interfaces (ville-hôpital, premier-second recours, sanitaire-social…) : analyse de parcours patients, analyse d'évènements indésirables.

- Participer à la démarche qualité dans le cadre d'une veille sur les parcours en termes de besoins, d'offre, de rupture, et de particularité par bassin de vie.

b) Autour du fonctionnement des structures pluriprofessionnelles

- Proposer des « audits » d'organisations professionnelles.
- Organiser une veille documentaire sur le cadre/définitions des nouveaux métiers afin d'accompagner les professionnels souhaitant s'informer sur ces nouveaux métiers et être informé des expérimentations sur le territoire.
- Organiser des temps de rencontre et des échanges entre structures (équivalent de groupes d'échanges de pratiques mais orientés sur l'organisationnel).

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action K

2. Innover en santé

- Appuyer les innovations en santé, et notamment en termes d'organisations professionnelles et de qualité de vie au travail
- Participer à l'intégration de nouveaux métiers de la santé
- Accompagner le déploiement de l'innovation technique et technologique en particulier d'un système d'information partagé

Diffuser les innovations du territoire pour une acculturation croisée. Favoriser la diversité des expériences au bénéfice de tous.

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action J.

Actions proposées et leur suivi

VII. Actions proposées et leur suivi

Comme évoqué dans le chapitre précédent, les différents axes stratégiques et objectifs poursuivis sont déclinés pour leur mise en œuvre sous la forme de fiches actions qui suivent.

A. Favoriser l'engagement des professionnels au sein de la CPTS

La description de l'action	Communiquer sur la CPTS pour informer et/ou rassurer les professionnels de santé dans un but d'adhésion
Les objectifs	**Positionner la CPTS comme aide et plus-value à l'exercice professionnel** **Identifier les missions et interventions de la CPTS et les communiquer** **Mobiliser les professionnels au sein de la CPTS** **Favoriser la prise de responsabilité des professionnels** **Dynamiser le fonctionnement territorial** **Développer la transversalité**
Description des tâches à réaliser	**Constitution d'un groupe pilote pour définir une stratégie territoriale** **Démarches d'information des professionnels du territoire** **Rédaction et diffusion d'une charte d'engagement réciproque entre les professionnels et les personnes**
Leviers et freins	**Freins : Territoire vaste, fausses représentations par rapport aux CPTS, résistance au changement.** **Leviers : Culture du travail en réseau existante. Associations du territoire.**
Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner Ensemble** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin**

Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Dès signature de l'ACI**
Les critères d'évaluation	**Nombre de réunions et CR du groupe pilote** **Nombre de réunions d'information** **Nombre de chartes remises** **Supports de communication**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Support administratif** ✓ **Indemnisation des temps de travail au sein de la CPTS** ✓ **Temps pour l'appropriation de chacun**

B. Responsabiliser la personne au cœur du système de santé

La description de l'action	Responsabiliser la personne et ses aidants naturels dans son suivi médical, l'accès aux soins et le respect du parcours de soin
Les orientations du PRS	**Objectif spécifique SRS n°11 : rendre l'usager acteur de sa santé**
Les objectifs	**Favoriser la compréhension des niveaux de soin par la personne et ses aidants naturels** **Eduquer la personne et ses aidants naturels pour une juste utilisation des ressources en santé et au respect des organisations** **Contribuer au choix éclairé des personnes et de leur famille**
Description des tâches à réaliser	**Rédaction et diffusion d'une charte d'engagement réciproque entre les professionnels et les personnes** **Mise en place d'un groupe de travail sur l'information-éducation de la personne au cœur du système de santé** **Rédaction et diffusion de documents d'information sur les droits et devoirs des personnes** **Intégration de ces notions dans l'offre de formation du GCS aux professionnels** **Organisation de temps de sensibilisation grand public en s'appuyant sur les associations de personnes malades et le réseau des aidants naturels animé par le GCS**
Leviers et freins	**Freins : accès libre au 2nd et 3ème recours** **Leviers : GCS acteur de la dynamique territoriale « droit aux choix, droit aux risques ». Animation décloisonnée de l'aide aux aidants. Groupes de travail et documents du GCS « La personne acteur de sa santé et de ses droits »**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **RSVA** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soigner ensemble** - **PASS** - **Caisses d'assurance maladie** - **CLIC** - **Associations de personnes malades** - **Collectivités locales** - **CCAS**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard deux ans après la dite signature**
Les critères d'évaluation	**Nombre de réunions des groupes de travail** **Supports de communication, d'information et de formation** **Nombre de supports diffusés** **Offre de formation** **Participation aux temps grand public**
Les moyens nécessaires	✓ **Formalisation des partenariats** ✓ **Coordination du groupe de travail** ✓ **Support administratif**

C. Promouvoir la santé de la population

La description de l'action	Proposer une offre de prévention et de promotion de la santé sur le territoire, à la fois coordonnée et adaptée aux besoins de chaque bassin de vie.
Les orientations du PRS	**Objectif 1 du PRS : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le premier levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie**
Les objectifs	**Développer les actions propres aux priorités de chaque bassin de population et adaptées à tous les âges de la vie** **Déployer l'éducation à la santé, la prévention, l'éducation thérapeutique du patient et la vaccination au plus près du lieu de vie** **Prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée** **Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives** **Développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques et cancéreuses** **Prévenir le mal-être et le suicide** **Lutter contre la sédentarité** **Conforter les parents dans leur fonction parentale, les former aux premiers soins** **Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale**
Description des tâches à réaliser	**Etat des lieux des besoins en fonction des bassins de population** **Coordination des actions au plus près du lieu de vie** **Développement des liens avec les partenaires de la prévention** **Développement des interventions précoces vers les publics cibles** **Mise en place d'une coordination territoriale de prévention** **Déploiement d'un calendrier local de prévention coordonné entre les acteurs** **Création d'un livret répertoriant l'offre et les ressources du territoire**

Leviers et freins	**Freins : Absence d'homogénéité des besoins et de l'offre. Nécessité d'un temps d'appropriation de l'existant. Difficultés à mobiliser l'ensemble des acteurs et à atteindre l'ensemble de la population. Précarité des financements. Coup d'arrêt de plus de deux ans depuis la suppression du poste de référent territorial / Prévention et ETP** **Leviers : Existence d'initiatives locales et d'une volonté forte de certains acteurs. Expérience du GCS (référent territorial et PAERPA), des pôles de santé et de certains acteurs du territoire**
Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Planeth patients** - **Ecole des Parents et des Educateurs** - **Conseil départemental** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soigner ensemble** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **Associations des personnes malades** - **Population en mouvement** - **Caisses d'assurance maladie** - **PASS** - **CLIC** - **Pôle prévention de l'ADMR** - **Collectivités locales** - **CCAS**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard deux ans après la dite signature**
Les critères d'évaluation	**Nombre d'actions mises en œuvre** **Nombre de participants aux actions proposées** **Questionnaires de satisfactions des personnes et des professionnels**

Les moyens nécessaires	✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Système d'information efficace** ✓ **Indemnisation des professionnels investis dans la prévention** ✓ **Budget communication** ✓ **Support administratif**

D. Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de fragilité

La description de l'action	Analyser l'offre de soins du territoire pour proposer des solutions opérationnelles en tenant compte des particularités de chaque bassin de vie
Les orientations du PRS	**Objectif 2 du PRS : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités**
Les objectifs	**Analyser et prendre en compte la disparité des bassins de vie** **Analyser pour favoriser l'accès aux soins de la population fragile, précaire, personnes âgées et/ou handicapées et/ou en souffrance psychique** **Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous** **Responsabiliser les professionnels sur l'accès aux soins** **Anticiper l'évolution de l'offre de soins**
Description des tâches à réaliser	**Rédaction et diffusion d'un répertoire de l'offre de soin 1er et 2ème recours du territoire** **Définition d'une méthode d'analyse des problématiques d'accès aux soins** **Recensement des personnes en situation de fragilité en recherche d'un médecin traitant** **Organisation du repérage et de l'orientation, vers le soin et l'accompagnement, des personnes les plus vulnérables en favorisant la mise en œuvre d'organisation de proximité** **Facilitation de la prise en charge des situations urgentes et précaires**
Leviers et freins	**Freins : Disparité de l'offre de soins selon les bassins de population. Manque de fiabilité et d'actualisation des données statistiques.** **Leviers : Appui de la PASS et du guichet unique PTA. Répertoire des professionnels de santé Axanté. Pôles de santé existants et en émergence sur le territoire et le développement de leur coordination.**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **RSVA** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soigner ensemble** - **PASS** - **Caisses d'assurance maladie** - **Secteurs de psychiatrie** - **Collectivités locales** - **CCAS**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle.** **Déploiement au plus tard dix-huit mois après ladite signature.**
Les critères d'évaluation	**Constitution d'un groupe de travail** **Mise en œuvre de l'analyse des problématiques** **Structuration d'un modèle de « guichet intégré » favorisant une organisation graduée à partir de la proximité**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Système d'information efficace** ✓ **Indemnisation des professionnels investis dans la prise en charge de nouveaux patients en situation de fragilité** ✓ **Coordination des interventions** ✓ **Support administratif**

E. Initier une démarche territoriale « d'écologie en santé »

La description de l'action	Organiser une régulation en réponse aux attentes des personnes et de leurs aidants naturels
Les objectifs	**Eviter le recours inapproprié aux services d'urgences et aux soins non programmés** **Réassurer et éduquer les personnes et leurs aidants naturels pour un juste recours aux soins** **Favoriser la mise en œuvre par une réponse de proximité (1er recours)** **Expérimenter une réponse territoriale de 2ème recours**
Description des tâches à réaliser	**Constitution d'un groupe pilote** **Définition des valeurs, de la pédagogie éducative et de la stratégie territoriale** **Rédaction et diffusion d'une charte d'engagement réciproque entre les professionnels et les personnes** **Développement d'un argumentaire « d'écologie en santé » à diffuser à l'ensemble des acteurs du territoire**
Leviers et freins	**Freins : Disparité de l'offre de soins selon les bassins de population.** **Leviers : Appui de la PASS et du guichet unique de la PTA. Répertoire des professionnels de santé Axanté. Pôles de santé existants et en émergence sur le territoire et leur coordination.**
Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **RSVA** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soigner ensemble** - **PASS** - **Caisses d'assurance maladie** - **Association des personnes malades** - **Secteurs de psychiatrie** - **Collectivités locales** - **CCAS**

Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard deux ans après la dite signature**
Les critères d'évaluation	**Constitution d'un groupe pilote** **Mise en œuvre de l'analyse des problématiques** **Modélisation de l'écologie en santé territoriale** **Nombre de chartes d'engagement remises**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Système d'information efficace** ✓ **Coordination des interventions** ✓ **Support administratif**

F. Contribuer à améliorer l'accès aux soins non programmés

La description de l'action	Permettre l'émergence de solutions facilitant l'accès aux soins non programmés en tenant compte des particularités de chaque bassin de vie
Les orientations du PRS	**Objectif 5 du PRS : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins**
Les objectifs	**Conforter l'existant en offre de soins non programmés** **Etendre et harmoniser l'organisation de proximité pour l'accès aux soins non programmés** **Améliorer l'organisation des hospitalisations non programmées en diminuant le recours aux services d'urgence comme « porte d'entrée »**
Description des tâches à réaliser	**Inventaire et analyse de l'existant et des besoins avec une mise à jour annuelle** **Communication sur les consultations libres et organisations existantes selon les bassins de population** **Développement la régulation locale via les pharmacies dans une logique de régulation territoriale intégrée (IPA)** **Développement d'une inter-opérabilité entre les bassins de vie** **Développement du recours aux admissions hospitalières directes** **Développer l'accès aux examens non programmés (laboratoire et radiologie)**
Leviers et freins	**Freins : Disparité de l'organisation des soins non programmés sur un territoire vaste. Démographie médicale. Absence de définition précise des soins non programmés et urgents.** **Leviers : Existence de nombreuses modalités de soins non programmés. Dispositifs d'appui du territoire. Engagement du CHAB.**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner ensemble** - **PASS** - **Caisses d'assurance maladie** - **Dispositifs d'appui à la coordination** - **Equipes mobiles territoriales** - **URPS** - **ADOPS** - **Collectivités locales** - **Association Soins et maintien à domicile du Bessin**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard dix-huit mois après ladite signature**
Les critères d'évaluation	**Evolution de la couverture territoriale en soins non programmés** **Satisfaction des professionnels** **Satisfaction des personnes**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Système d'information efficace** ✓ **Indemnisation des médecins généralistes investis dans la prise en charge des soins non programmés** ✓ **Majoration des consultations et indemnisation des créneaux libérés non sollicités** ✓ **Régulation des interventions** ✓ **Temps IPA** ✓ **Support administratif**

G. Décliner et structurer des parcours de santé thématiques

La description de l'action	Décliner et structurer des parcours de santé thématiques à partir de l'existant et de l'expérience acquise par le GCS Axanté
Les orientations du PRS	**Les parcours de santé prioritaires du PRS**
Les objectifs	**Conforter l'animation de filières et l'organisation de parcours existants : Gérontologie, Soins Palliatifs, Cancérologie-Soins de Support, Précarité** **Décliner et structurer les parcours Santé Mentale et Handicap** **Tenter de repositionner l'animation de la filière Périnatalité et Parentalité** **Tenter de remotiver les professionnels ayant été impliqués comme porteurs et/ou acteurs des parcours maladies chroniques (Diabète, Diabète gestationnel, Insuffisance cardiaque, Maladies cardio-vasculaires, Obésité)**
Description des tâches à réaliser	**Actualisation de la composition des Copil et CSACQ existants** **Ajustement de la structuration des parcours existants au regard du PRS** **Mise en place des Copil pour les nouveaux parcours** **Proposition d'une instance « réa-parcours » pour les maladies chroniques** **Organisation de temps de concertation (Coordination Clinique de Proximité pour le 1er recours, Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle pour les situations complexes en 2ème recours)**
Leviers et freins	**Freins : Multiplicité des intervenants sur le territoire. Fragilité des financements. Disparition du parcours maladies chroniques sur le territoire en 2017. Coup d'arrêt depuis 2 ans sur 5 parcours de santé organisés pour les maladies chroniques (Insuffisance cardiaque, maladies cardiovasculaires, diabète, diabète gestationnel, obésité) et pour l'animation de la filière Périnatalité et Parentalité avec la suppression du référent territorial et des moyens pour l'ETP. Démotivation des professionnels impliqués. Absence de système d'information partagé.** **Leviers : Démarche qualité territoriale, avec une analyse des ruptures de parcours. Regroupement de nombreux acteurs au sein du GCS. Expertise sur de nombreuses spécialités (CHAB). Existence de temps de concertation. Expérience du PPS.**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner Ensemble** - **Conseil départemental** - **Dispositifs d'appui à la coordination** - **Equipes mobiles territoriales** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **Réseaux régionaux** - **SAAD**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard deux ans après la dite signature**
Les critères d'évaluation	**Nombre de parcours de santé formalisés au regard du PRS** **Nombre de Copil** **Nombre de CSACQ** **Nombre d'acteurs impliqués**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Systèmes numériques d'appui à la coordination** ✓ **Coordinateurs de parcours en proximité** ✓ **Guichet unique PTA** ✓ **Formations** ✓ **Dispositifs d'appui à la coordination** ✓ **Equipes mobiles territoriales** ✓ **Support administratif et ingénierie** ✓ **Valorisation de la participation aux temps de concertation (CCP, staff, RCP, CSACQ)**

H. Fluidifier les parcours de santé

La description de l'action	Assurer une meilleure coordination pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours du patient et favoriser son maintien à domicile
Les orientations du PRS	**Objectif 10 du PRS : Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide**
Les objectifs	**Favoriser le maintien à domicile** **Favoriser l'accès aux soins et aux parcours « simples » en proximité** **Proposer un appui de coordination des parcours de santé « complexes »** **Intégrer pour l'ensemble des parcours les spécificités en lien avec les addictions, la précarité, les soins palliatifs, l'épuisement des aidants, les problèmes sociaux et sociétaux, la santé mentale** **Simplifier l'accès au second recours** **Développer la communication ville-hôpital / hôpital-ville**
Description des tâches à réaliser	**Formation, accompagnement et soutien des intervenants du maintien à domicile avec une attention particulière aux aidants professionnels** **Déploiement d'un « Guichet intégré » pour le repérage des personnes en situation de fragilité** **Formation des primo-accueillants pour une orientation directe vers le premier recours lorsque celui-ci est organisé** **Diffusion des missions du guichet unique en appui au premier recours** **Communication sur les équipes mobiles territoriales et les dispositifs d'appui à la coordination** **Organisation de temps de concertation (Coordination Clinique de Proximité pour le 1er recours, Réunion de Concertation Pluriprofessionnelles pour les situations complexes en 2ème recours)**

Leviers et freins	**Freins : Multiplicité des intervenants sur le territoire. Fragilité des financements.** **Leviers : Démarche qualité territoriale, avec une analyse des ruptures de parcours. Regroupement de nombreux acteurs au sein du GCS. Expertise autour de la fragilité et de la complexité. Existence de temps de concertation. Expérience du PPS.**
Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner Ensemble** - **Conseil départemental** - **Dispositifs d'appui à la coordination** - **Equipes mobiles territoriales** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **Réseaux régionaux** - **SAAD** - **Collectivités locales** - **CCAS**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle** **Déploiement au plus tard deux ans après la dite signature**
Les critères d'évaluation	**Nombre de primo-accueillants formés** **Nombre de sollicitations du guichet unique** **Nombre de parcours de santé formalisés au regard du PRS** **Nombre de personnes accompagnées en coordination de proximité** **Nombre de personnes accompagnées en coordination de situations complexes** **Nombre de dispositifs d'appui à la coordination**

Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Systèmes numériques d'appui à la coordination** ✓ **Coordinateurs de parcours en proximité** ✓ **Guichet unique** ✓ **Formations** ✓ **Dispositifs d'appui à la coordination** ✓ **Equipes mobiles territoriales** ✓ **Support administratif et ingénierie** ✓ **Valorisation de la participation aux temps de concertation (CCP, staff, RCP, CSACQ)**

I. Accueillir et accompagner les professionnels

La description de l'action	Accompagner les professionnels actifs et en formation sur le territoire dans l'émergence de nouvelles organisations promouvant la pluridisciplinarité dans un but de qualité de vie au travail et d'attractivité du territoire.
Les orientations du PRS	**Objectif spécifique du SRS n°23 : Renforcer l'attention à la qualité de vie au travail des professionnels**
Les objectifs	**Rendre le territoire attractif pour les professionnels** **Participer à l'émergence d'organisations pluriprofessionnelles de 1er recours** **Promouvoir des formations favorisant la pluriprofessionnalité** **Favoriser l'accueil des stagiaires** **Prévenir, dépister et remédier à l'épuisement des professionnels de santé et l'usure professionnelle**
Description des tâches à réaliser	**Proposition de formations délocalisées sur les pôles de santé et établissement en favorisant la pluridisciplinarité** **Accompagnement des professionnels dans la structuration des organisations locales** **Organisation d'un parcours professionnel des stagiaires** **Veille sur la qualité de l'accueil et à l'intégration de nouveaux professionnels s'installant sur le territoire** **Organisation de temps de rencontres entre les professionnels en favorisant la convivialité** **Sensibilisation et information des professionnels de santé aux nouveaux métiers d'assistants médicaux** **Sensibilisation, information et formation aux risques liés à l'épuisement professionnel** **Elaboration d'une stratégie de dépistage et d'accompagnement de l'usure professionnelle**

Leviers et freins	**Freins : Diversité des attentes selon les organisations. Peur du changement.** **Leviers : Souhait de rompre l'isolement et dynamisme de nombreux professionnels du territoire. Organisme de formation du GCS et maitres de stage sur les pôles de santé. Expériences réussies sur le territoire**
Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner ensemble** - **Caisses d'assurance maladie** - **Dispositifs de coordination** - **Equipes mobiles territoriales** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **ARS** - **Organisme de formation du GCS Axanté** - **URML** - **Conseils de l'ordre** - **Université – PFRS** - **GCS NeS** - **Services de médecine du travail**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle**
Les critères d'évaluation	**Nombre de formations proposées** **Nombre, fonction et lieu d'exercice des personnes formées** **Nombre d'étudiants accueillis et projets de stages** **Nombre de sollicitations des professionnels de 1er recours pour un accompagnement méthodologique** **Elaboration d'un programme de recherche en QVT territoriale**

Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Système d'information efficace** ✓ **Organisme de formation et rémunération des intervenants** ✓ **Support administratif** ✓ **Budget missions – réceptions** ✓ **Equipe d'accueil des nouveaux professionnels**

J. Innover en santé

La description de l'action	Proposer et accompagner des démarches d'innovation en santé sur le territoire
Les orientations du PRS	**Objectif 8 du PRS : Mettre l'innovation au service du système de santé**
Les objectifs	**Appuyer les innovations en santé, et notamment en termes d'organisations professionnelles et de qualité de vie au travail** **Participer à l'intégration de nouveaux métiers de la santé** **Accompagner le déploiement de l'innovation technique et technologique**
Description des tâches à réaliser	**Participation à l'accompagnement des pôles de santé et des professionnels dans l'optimisation de leurs organisations** **Proposition d'une offre de formation innovante promouvant la qualité de vie au travail** **Lancement d'un programme de recherche en matière de stress au travail** **Elaboration de projets pédagogiques et accueil en formation de stagiaires IDE en pratiques avancées et assistants médicaux** **Expérimentation la pertinence du nouveau métier d'IPA pour la régulation territoriale intégrée** **Identification et mise en pratique les méthodes de gestion du stress** **Organisation d'une veille et analyse de l'offre des nouvelles technologies** **Participation à l'accompagnement des pôles de santé et des professionnels dans le déploiement technique et technologique** **Participation à l'appropriation et à la pertinence du recours à la télé-consultation, à la télé-expertise et aux télé-staffs**
Leviers et freins	**Freins : Absence de système d'information partagé. Absence d'évaluation sur les systèmes innovants. Réticence au recours aux assistants médicaux.** **Leviers : Expertise de certains pôles en organisation. Nombreuses structures inscrites dans des démarches d'innovation sur le territoire. Volonté institutionnelle à l'innovation sur le territoire.**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner ensemble** - **Caisses d'assurance maladie** - **Dispositifs d'appui de coordination** - **Equipes mobiles territoriales** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **ARS** - **GCS NeS** - **Partenaires experts dans la prévention de la souffrance au travail et la gestion du stress** - **Médecine du travail** - **Université – PFRS**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle**
Les critères d'évaluation	**Nombre de sessions de formation proposées** **Nombres de personnes formées** **Nombre de stagiaires accueillis** **Nombre de professionnels accompagnés** **Conclusions de la recherche**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Rémunération des intervenants** ✓ **Support administratif et logistique** ✓ **Financement de la recherche** ✓ **Matériel de vidéo-conférence** ✓ **Site de télé-consultation**

K. Développer une culture qualité territoriale

La description de l'action	Accompagner le développement de la qualité et faciliter le déploiement d'un système d'information partagé
Les orientations du PRS	**Objectif spécifique du SRS n°21 : assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé**
Les objectifs	**Participer à l'optimisation du fonctionnement des structures pluriprofessionnelles** **Contribuer à la rencontre et au partage entre tous les acteurs par l'intégration des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux** **Initier une culture qualité territoriale** **Analyser la pertinence du recours à l'offre de soins** **Analyser la qualité des processus structurant les parcours**
Description des tâches à réaliser	**Analyse et proposition de solutions pour améliorer les interfaces** **Diffusion des bonnes pratiques et innovations du territoire** **Inscription dans le choix d'un système d'information efficace** **Facilitation du déploiement d'un système d'information partagé** **Construction de tableaux de bord de suivi de la consommation de soins** **Actualisation et animation de Comités de Suivi et d'Amélioration Continue de la Qualité**
Leviers et freins	**Freins : Culture de la qualité cloisonnée. Territoire vaste qui freine les mobilisations. Absence d'outils de partage d'information.** **Leviers : Existence d'instances d'analyse des ruptures de parcours au sein du GCS.**

Les parties prenantes	- **Pôles de santé** - **Association Hospipharm** - **Centre Hospitalier Aunay Bayeux** - **Association Soigner ensemble** - **Dispositifs de coordination** - **Caisses d'assurance maladie** - **ORS** - **ARS** - **Association des EHPAD** - **Association du médico-social** - **Association Soins et Maintien à Domicile du Bessin** - **Qual'va**
Le référent de l'action	**GCS Axanté**
Le calendrier	**Démarrage au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle**
Les critères d'évaluation	**Protocoles de bonnes pratiques** **Nombre de comité de suivi de l'amélioration de la qualité** **Tableaux de bord de suivi**
Les moyens nécessaires	✓ **Conventionnement avec les différents partenaires et acteurs** ✓ **Temps d'un chargé de mission gestion de projet en santé publique** ✓ **Temps de médecin expert CPTS** ✓ **Support administratif** ✓ **Temps de qualiticien**

Organisation de la CPTS

VIII. Organisation de la CPTS

Afin de mener à bien le projet de santé de son territoire, le GCS dispose d'une gouvernance, d'une direction et d'équipes spécifiques, leur évolution facilitera l'organisation de la CPTS.

A. Gouvernance du GCS Axanté

Un des enjeux principaux pour la gouvernance d'une CPTS réside dans la capacité à la fonder et l'organiser en garantissant la représentation, l'engagement et mobilisation des acteurs, ainsi que la prise en compte des diverses formes de gouvernance existantes.

La CPTS Bessin – Caen ouest – Prébocage bénéficie de la gouvernance du GCS, qui répond par ses modes de représentations, ses instances, ses missions et son organisation à celle d'une CPTS.

La gouvernance du GCS participe ainsi d'une fonction d'observatoire de santé du territoire par la réflexion et formulation de propositions permettant d'améliorer l'articulation entre les acteurs de la coordination et décider d'actions correctives afin d'améliorer la prise en charge des personnes.

Rappel des objets portés par le GCS Axanté :

- Développer la coordination des parcours de santé
- Renforcer l'offre de santé
- Accompagner les membres du groupement dans les procédures de maintien et de mise en conformité face aux nouvelles obligations légales et règlementaires
- Permettre aux professionnels relevant du Groupement de maintenir et développer leur niveau de compétences

Dans le cadre de son CPOM, le GCS assume pleinement les fonctions de gouvernance suivantes :

- La stratégie du projet de santé de territoire : énoncer des priorités, des orientations stratégiques et des objectifs (en lien avec le PRS Normand)
- L'intelligence : colliger, analyser et utiliser les informations pour guider la prise de décision territoriale
- Les partenariats
- La régulation

Dans sa fonction d'instance chargée de formuler les propositions d'actions d'amélioration de la prise en charge de la santé des personnes, les instances du GCS travaillent sur :

- Le repérage des fragilités des organisations territoriales
- Le repérage des facteurs de fragilité ou de complexité de la prise en charge des personnes afin de favoriser la conception et le déploiement de mesures préventives
- Les questions éthiques remontées par les acteurs, en concertation avec les instances régionales ou nationales (exemple : la protection des données de santé, le choix de la personne à construire son parcours de santé)
- La formation : conception et déploiement de dispositifs de formation au service de la coordination
- Le déploiement de systèmes d'informations partagées et d'outils de télémédecine innovants au service des parcours de santé

Le modèle d'organisation proposé dans le cadre du GCS est un modèle collaboratif souple.

L'Assemblée Générale du GCS, regroupe les représentants de l'ensemble des acteurs de santé :

- Structurée en 4 collèges représentant respectivement les professionnels de premiers recours, les établissements de santé, le maintien à domicile et l'hébergement des personnes âgées, les structures médico-sociales handicap
- De l'URML, du conseil Départemental et des représentants des usagers comme invités permanents
- Elle se réunit 1 fois par an
- Cette assemblée donne mandat au Comité Restreint pour animer la mission d'élaboration, de suivi et d'évaluation du projet de santé de territoire

Le Comité Restreint est composé :

- De l'administrateur, membre de droit ;
- D'un représentant de chaque collège élu, à l'occasion de l'AG, qui élit l'administrateur, pour une durée de trois ans. Le collège, dont est issu l'administrateur, élit également son représentant.
- Du Directeur du GCS participe aux séances du Comité avec voix consultative. Peuvent également y participer sur invitation de l'administrateur, tout professionnel ou représentant d'une structure concernée par une thématique.

Ce comité exerce une fonction d'animation du projet en lien avec les autres instances : élaboration du projet de santé de territoire et du CPOM du GCS, suivi de leur mise en œuvre, évaluation. Le Comité Restreint se réunit a minima 6 fois par an ; il s'appuie sur les travaux des CSACQ. Il assurera donc le suivi de la CPTS.

Ce niveau territorial de gouvernance correspond précisément à la dynamique d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Il regroupe des représentants de tous les acteurs de santé du territoire du Bessin – Caen Ouest - Prébocage.

Un niveau stratégique concernant le déploiement et le suivi des CPTS en Normandie pourrait rassembler les gestionnaires (ARS), financeurs (Assurance Maladie), et acteurs principaux en santé (URML, GHT), usagers, au niveau du départemental ou régional.

Néanmoins, afin de répondre au mieux aux enjeux portés par la CPTS, il est nécessaire pour le GCS de faire évoluer sa convention constitutive. En effet, des travaux sont actuellement en cours, notamment dans le but d'ouvrir la gouvernance du GCS au secteur social et de faciliter le fonctionnement de la CPTS.

Lors de la réunion du 19 février 2020, organisée par l'ARS, et portant sur la gouvernance territoriale, les représentants du Conseil départemental, de l'ARS et du comité restreint du GCS, l'URML étant excusée, ont travaillé sur :

- **Une définition commune de la gouvernance** : Structuration garante du système sur le territoire dans un respect des compétences de chacun avec un décloisonnement dans un objectif de service rendu à la personne.

  Ceci implique :
  - Une notion de territoire défini
  - Une notion de service rendu à la personne mais également aux professionnels (missions de la gouvernance)
  - Il s'agit d'une gouvernance de dispositifs

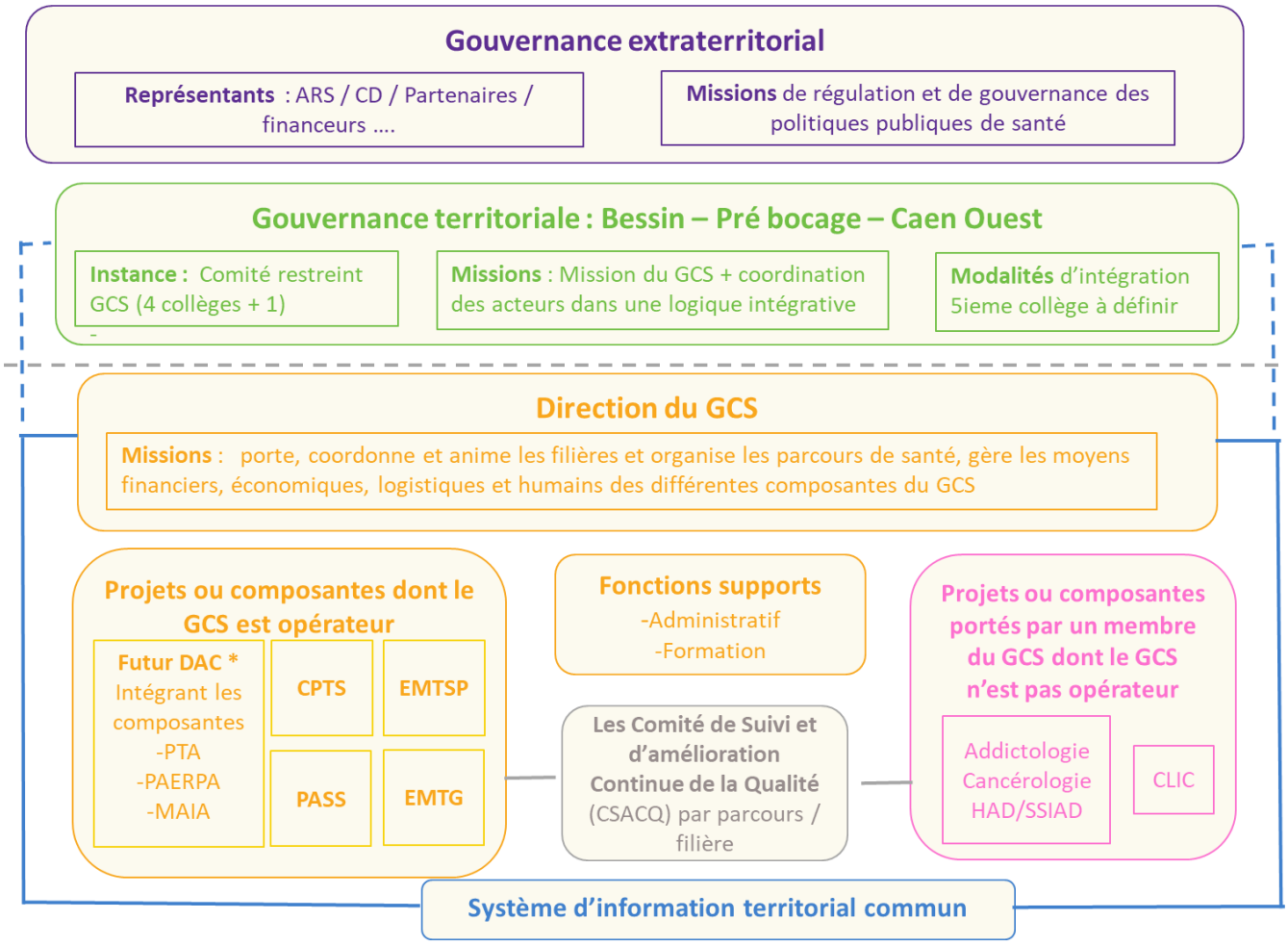
- **La notion de territoire**
  - Le territoire défini est : Bessin, Pré-bocage, Caen Ouest, conformément au territoire PTA, PAERPA et MAIA
  - Le territoire est ainsi défini afin de :
    - Assurer une cohérence territoriale
    - Apporter une réponse graduée de proximité
    - Permettre un alignement des dispositifs et de la coordination
    - Faciliter les articulations avec les partenaires dont le Conseil Départemental
  - Il est donc admis que pour ce territoire une CPTS égal un DAC

- **Les missions de la gouvernance**
  - La principale mission, définie par le groupe, est de mettre en cohérence l'articulation des acteurs sur un territoire déterminé, dans une dynamique intégrative
  - La gouvernance territoriale a, également, pour mission de mettre en œuvre les politiques de santé, sociales et médico-sociales du territoire

- **Un tronc commun de gouvernance**
  - Les acteurs souhaitent l'établissement d'un tronc commun de gouvernance pour l'ensemble des projets mis en œuvre ou à mettre en œuvre sur le territoire

- L'instance actuelle représentant le mieux ce tronc commun est le Comité Restreint du GCS auquel il conviendrait d'inclure un 5ième collège qui regrouperait l'ensemble des acteurs du social : Conseil départemental, SAAD, CCAS notamment

Les conclusions de ces travaux peuvent être résumés dans le schéma suivant :



B. Pilotage et organisation de la CPTS

1. Pilotage mutualisé

Pour mettre en œuvre les missions, une **équipe de direction** est en place. Elle est composée d'un directeur, un directeur médical et d'une assistante de direction.

Ce pôle de direction :

- Porte, coordonne et anime les différentes composantes du GCS
- Gère les moyens financiers, économiques, logistiques et humains nécessaires au bon fonctionnement des différentes équipes de coordination et actions du GCS

- Gère l'organisme de formation du GCS

L'équipe de direction s'appuie :

- Pour la conception de projets et l'expérimentation, sur des Comités de pilotage, constitués de professionnels des structures membres du GCS et concernés par la spécificité de ces projets

- Pour les filières en place et les parcours de santé organisés, sur les comités de suivi et d'amélioration continue de la qualité des actions (CSACQ), dans le cadre d'un management par la qualité pour l'évolution, l'adaptation, l'évaluation et la mise en place de plans d'actions correctives

Les différents parcours de santé du GCS sont sous la responsabilité du pôle de direction et en étroite collaboration avec la dynamique des CSACQ.

Le GCS porte différents dispositifs et compétences et encadre des équipes spécifiques, mobilisables au plus près et en appui des acteurs de santé, il coopère au quotidien en complémentarité avec d'autres dispositifs du territoire.

Ses différentes composantes sont regroupées géographiquement dans un même lieu, ce qui participe au décloisonnement, aux partages de compétences, à la pertinence des orientations et des coordinations, et facilite les temps de concertation.

La CPTS Bessin, Caen Ouest, Prébocage bénéficiera de cette direction du GCS en place.

2. Coordination et équipe spécifique

Comme les autres composantes du GCS, la CPTS disposera d'une coordination spécifique. Cette coordination sera assurée par un Chargé de mission gestion de projet en santé publique.

Pour accomplir les différentes missions, la CPS, dans la continuité de l'organisation en place sur le GCS, bénéficiera par ailleurs d'une équipe spécifique composée :

- D'un temps de médecin expert CPTS

- D'un poste d'assistant administratif

- De toute ressource nécessaire au fonctionnement de la CPTS

Les fiches de poste seront rédigées à la suite de la validation du présent projet de santé.

3. Equipes et compétences contributives

Elles correspondent en particulier :

- A la **mutualisation du temps d'assistant de coordiantion** de PTA pour les tâches d'accueil téléphonique
- **Aux compétences soignantes et sociales** des différentes composantes du GCS, coordonnées pour répondre de façon harmonisée à ses différentes missions. Elles sont mobilisables pour des évaluations multidimensionnelles en proximité
- **Aux possibilités de relais d'appui de coordination** via les autres dispositifs des composantes du GCS

C. Articulation avec les acteurs du territoire

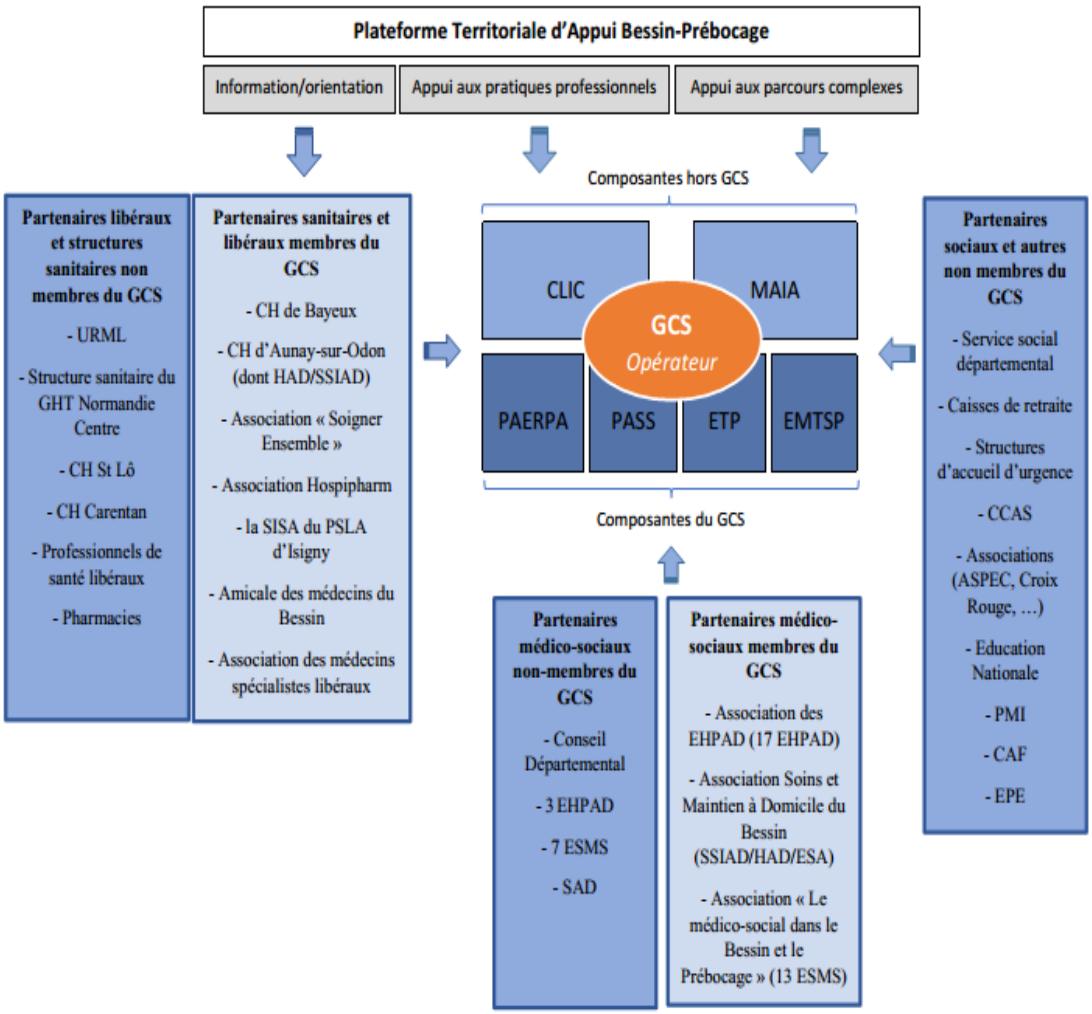
Un des enjeux de la CPTS sera l'engagement du plus grand nombre de professionnels en son sein. La réflexion menée par l'équipe pilote sur ce sujet a dégagé l'importance de communiquer sur la CPTS pour informer et rassurer les professionnels de santé dans un but d'adhésion. Des objectifs ont pu être précisés dans ce soucis :

- Positionner la CPTS comme aide et plus-value à l'exercice professionnel
- Identifier les missions et interventions de la CPTS et les communiquer
- Mobiliser les professionnels au sein de la CPTS
- Favoriser la prise de responsabilité des professionnels
- Dynamiser le fonctionnement territorial
- Développer la transversalité

Les modalités de mise en œuvre sont reprises dans la fiche action A.

L'intégration de nombreux partenaires dans la gouvernance du GCS est propice aux échanges entre les acteurs. Ce mode de fonctionnement, éprouvé depuis 2007, a permis de mettre en place un climat de confiance entre les différents intervenants. Les structures sont solidaires et se respectent, ce qui créé un climat favorable au travail au quotidien, mais aussi au développement de projet transversaux et innovants.

Le schéma utilisé pour présenter ce tissu dans le cadre du dossier promoteur de la PTA nous permet d'illustrer l'articulation de la CPTS avec les acteurs du territoire. Rappelons ici que l'ensemble de cette dynamique, dans l'esprit de la CPTS est en priorité en appui du premier recours, lui-même organisé pour les personnes, au plus près de leur lieu de vie.



Il est important de rappeler que le premier recours est dans tous les cas à favoriser, le GCS et la CPTS s'inscrivent dans une mission de soutien aux professionnels, dans un principe de **subsidiarité**.

D. Partage de l'information et communication

Afin de rendre visible la CPTS et ses actions, attirer des nouveaux partenaires, avoir une bonne cohésion entre les membres de la communauté territoriale et faire le lien avec la population, il est indispensable de :

- Communiquer entre les professionnels (question des logiciels métiers, du partage de l'information).
- Communiquer avec les élus, les institutions, les partenaires.
- Communiquer au grand public.

1. Site portail internet

Le site Internet du GCS fonctionne depuis avril 2009. Il est en cours de refonte pour répondre aux nouveaux enjeux portés. Une réflexion est en cours pour y intégrer l'esprit de la CPTS. Il sera structuré pour mettre en avant les éléments suivants :

- Le guichet unique et les actualités
- Le territoire d'intervention et les professionnels impliqués
- Les champs d'actions
- L'offre de formation

Le site Internet donne aussi bien des informations opérationnelles pour les usagers et les professionnels, que des informations plus générales sur les différents sujets d'intervention.

Soit un nombre moyen de visiteurs en 2017 de 970/mois et un nombre total de visiteurs de 11634.

2. Signalétique

La signalétique du GCS est effective depuis fin 2007. La direction a souhaité retravailler sur son identité courant 2018, ce qui a abouti en 2019 sur un changement de nom et de logo.

axanté
BESSIN • CAEN-OUEST • PRÉ-BOCAGE
La santé bien orientée

La charte graphique a été mise à jour est sera utilisée pour la CPTS.

Une plaquette d'information générale, à destination des professionnels, présente les actions d'Axanté. Elle sera complétée pour intégrer les nouvelles missions en lien avec la mise en place de la CPTS. Une déclinaison à destination des habitants du territoire est envisagée.

3. La messagerie sécurisée

Le GCS a été vecteur de facilitation pour le déploiement du partage d'informations informatisées entre tous les professionnels, grâce au premier maillon qu'est la messagerie sécurisée Apicrypt.

Dans le Bessin, 80 % des médecins généralistes sont équipés, la totalité des pharmaciens, les secrétariats médicaux du CHAB et quelques paramédicaux libéraux, les laboratoires et cabinets de radiologie.

Le déploiement de la MSS, non compatible avec Apicrypt, nous amènera certainement à revoir ce mode de communication dans le cadre de la transmission d'informations sécurisées. A ce jour, peu de professionnels en sont équipés.

4. Systèmes numériques d'appui à la coordination

La collaboration entre les acteurs dans le cadre de la CPTS dépendra fortement de la mise en place de systèmes d'information opérationnels permettant de faciliter le partage d'information entre les professionnels.

Le GCS NeS élabore et accompagne la mise en œuvre des systèmes d'information en Normandie. Le GCS Axanté fait partie des structures retenues pour sélectionner les futurs outils d'appui à la coordination. Cet outil devra répondre à la fois aux enjeux des CPTS et des DAC.

Conclusion

une vision intégrative pour servir un projet de santé gradué

IX. Une vision CPTS intégrative pour servir un projet de santé gradué

A ce stade d'écriture de notre projet le partage de notre vision à long terme est essentiel.

Les fondations du projet pour une vision globale partagée et sa mise en œuvre seront possibles grâce à la philosophie, aux valeurs socles et à une éthique « écologique » novatrice sur lesquelles pourront s'enraciner les axes stratégiques développés dans ce dossier et se déployer les missions socles et complémentaires de la CPTS.

Le sens du projet en termes de responsabilité populationnelle est centré sur deux populations du territoire en évolution quantitative et qualitative constante et en perpétuelles interactions :

- La population des personnes souffrantes et de leurs aidants naturels
- La population des personnes soignantes et accompagnantes professionnelles

L'éthique du projet s'enrichit pour chacune de ces populations - en termes de recherche d'autonomie, et de souci écologique des ressources en santé pour la première - en termes de responsabilité populationnelle et de souci de prévention d'épuisement des ressources humaines de la deuxième. Cette évolution réclamera un effort partagé de sensibilisation, information et éducation.

L'efficacité du projet repose sur la lisibilité d'organisations graduées au lieu de vie des personnes, avec l'offre de santé de 1er recours en déployant la pluriprofessionnalité et le décloisonnement, avec l'offre de santé de deuxième recours territorial (services, soins spécialisés, dispositifs d'appui de coordination), et les offres extraterritoriales organisées et proposées par les partenaires. La qualité des articulations sera sans cesse recherchée, elle suppose le partage des valeurs, le souci partagé de relier, le respect des zones d'autonomie, le choix concerté des espaces d'interdépendance.

L'efficience du projet nécessite une structuration la plus intégrative possible en permettant la synergie d'une organisation CPTS avec celle de la convergence des dispositifs d'appui de coordination (DAC) et faisant évoluer la gouvernance du GCS pour celle de la CPTS qui sera elle-même mutualisée avec celle du futur DAC territorial dans la continuité de la structuration de la PTA. Ce « défi intégratif » poursuit un objectif de simplification, respectueux d'un existant, dont l'expérience n'a été que facteur de réussite.

L'évaluation et l'évolution du projet seront au cœur de la concertation collective grâce à l'équilibre des représentations de la gouvernance, à la richesse des espaces de concertation en place, à de nouvelles compétences et outils de suivi en termes de qualité et de pertinence. Les compétences, l'expérience et l'intelligence collectives resteront les garantes des adaptations qui seront choisies.

Les personnes du territoire forment un tissu vivant. La santé de chacun concerne l'équilibre de l'ensemble de ce tissu.

La CPTS Bessin-Caen Ouest-Prébocage par sa gouvernance garantira la mise en œuvre du Projet de Santé et par son organisation participera activement à l'Ecosystème de Santé du territoire avec le souci permanent du maintien et du retour à la santé de chaque personne.

Annexes

Annexes

A. Annexe 1 : liste des communes couvertes par la CPTS

AGY	COURSEULLES-SUR-MER
AMAYE-SUR-ORNE	COURVAUDON
AMAYE-SUR-SEULLES	CREPON
ANISY	CRESSERONS
ARGANCHY	CREULLY SUR SEULLES
ARROMANCHES-LES-BAINS	CRICQUEVILLE-EN-BESSIN
ASNELLES	CRISTOT
ASNIERES-EN-BESSIN	CROUAY
AUDRIEU	CUSSY
AURE SUR MER	DEUX-JUMEAUX
AURSEULLES	DIALAN SUR CHAINE
AVENAY	DOUVRES-LA-DELIVRANDE
BALLEROY-SUR-DROME	DUCY-SAINTE-MARGUERITE
BANVILLE	ELLON
BARBEVILLE	ENGLESQUEVILLE-LA-PERCEE
BARON-SUR-ODON	EPINAY-SUR-ODON
BASLY	ESQUAY-NOTRE-DAME
BAYEUX	ESQUAY-SUR-SEULLES
BAZENVILLE	ETREHAM
BENY-SUR-MER	EVRECY
BERNESQ	FEUGUEROLLES-BULLY
BERNIERES-SUR-MER	FONTAINE-ETOUPEFOUR
BLAY	FONTAINE-HENRY

BONNEMAISON
BOUGY
BREMOY
BRICQUEVILLE
BUCEELS
CAHAGNES
CAHAGNOLLES
CAIRON
CAMBES-EN-PLAINE
CAMPIGNY
CANCHY
CARCAGNY
CARDONVILLE
CARTIGNY-L'EPINAY
CASTILLON
CAUMONT-SUR-AURE
CHOUAIN
COLLEVILLE-SUR-MER
COLOMBIERES
COLOMBIERS-SUR-SEULLES
COLOMBY-ANGUERNY
COMMES
CONDE-SUR-SEULLES
CORMOLAIN
COTTUN
FONTENAY-LE-PESNEL
FORMIGNY LA BATAILLE
FOULOGNES
GAVRUS
GEFOSSE-FONTENAY
GRAINVILLE-SUR-ODON
GRANDCAMP-MAISY
GRAYE-SUR-MER
GUERON
HERMANVILLE-SUR-MER
HOTTOT-LES-BAGUES
ISIGNY-SUR-MER
JUAYE-MONDAYE
JUVIGNY-SUR-SEULLES
LA BAZOQUE
LA CAINE
LA CAMBE
LA FOLIE
LANDES-SUR-AJON
LANGRUNE-SUR-MER
LE BREUIL-EN-BESSIN
LE FRESNE-CAMILLY
LE MANOIR
LE MESNIL-AU-GRAIN
LE MOLAY-LITTRY
LE TRONQUAY
SAINTE-CROIX-SUR-MER

LES LOGES
LES MONTS D'AUNAY
LINGEVRES
LION-SUR-MER
LISON
LITTEAU
LONGUES-SUR-MER
LONGUEVILLE
LONGVILLERS
LOUCELLES
LUC-SUR-MER
MAGNY-EN-BESSIN
MAISONCELLES-PELVEY
MAISONCELLES-SUR-AJON
MAISONS
MAIZET
MALHERBE-SUR-AJON
MALTOT
MANDEVILLE-EN-BESSIN
MANVIEUX
MATHIEU
MEUVAINES
MONCEAUX-EN-BESSIN
MONDRAINVILLE
MONFREVILLE
MONTFIQUET
SAINTE-HONORINE-DE-DUCY
SAINTE-HONORINE-DU-FAY
SAINTE-MARGUERITE-D'ELLE
SAINT-GERMAIN-DU-PERT
SAINT-LAURENT-SUR-MER
SAINT-LOUET-SUR-SEULLES
SAINT-LOUP-HORS
SAINT-MANVIEU-NORREY
SAINT-MARCOUF
SAINT-MARTIN-DE-BLAGNY
SAINT-MARTIN-DES-ENTREES
SAINT-PAUL-DU-VERNAY
SAINT-PIERRE-DU-FRESNE
SAINT-PIERRE-DU-MONT
SAINT-VAAST-SUR-SEULLES
SAINT-VIGOR-LE-GRAND
SALLEN
SAON
SAONNET
SEULLINE
SOMMERVIEU
SUBLES
SULLY
SURRAIN
TESSEL
THAON

MONTIGNY	THUE ET MUE
MONTILLIERES-SUR-ORNE	TILLY-SUR-SEULLES
MONTS-EN-BESSIN	TOUR-EN-BESSIN
MOSLES	TOURNIERES
MOUEN	TOURVILLE-SUR-ODON
MOULINS EN BESSIN	TRACY-BOCAGE
NONANT	TRACY-SUR-MER
NORON-LA-POTERIE	TREVIERES
OSMANVILLE	TRUNGY
OUFFIERES	VACOGNES-NEUILLY
PARFOURU-SUR-ODON	VAL D'ARRY
PLANQUERY	VAL DE DROME
PLUMETOT	VAUCELLES
PONTS SUR SEULLES	VAUX-SUR-AURE
PORT-EN-BESSIN-HUPPAIN	VAUX-SUR-SEULLES
PREAUX-BOCAGE	VENDES
RANCHY	VERSON
REVIERS	VER-SUR-MER
ROSEL	VIENNE-EN-BESSIN
ROTS	VIERVILLE-SUR-MER
RUBERCY	VIEUX
RYES	VILLERS-BOCAGE
SAINT-AUBIN-SUR-MER	VILLONS-LES-BUISSONS
SAINT-COME-DE-FRESNE	VILLY-BOCAGE

B. *Annexe 2 – membres de la CPTS*

Nom de la structure ou Professionnel et fonction	Secteur d'activité	Lieu d'exercice
SISA des professionnels de santé d'Isigny sur mer	Professionnels de santé libéraux	Isigny sur mer
Pôle de santé d'Evrecy	Professionnels de santé libéraux	Evrecy
Association Hospipharm – 34 pharmacies	Pharmaciens libéraux	Bessin – Caen Ouest – Prébocage
Centre Hospitalier Aunay Bayeux	Centre hospitalier public	Aunay – Bayeux
Association des EHPAD du Bessin – Prébocage – 17 structures	Médico-social public et privé	Bessin - Prébocage
Association du médico-social – 15 structures	Médico-social public et privé	Bessin - Prébocage
Association Soigner ensemble – 50 membres	Professionnels de santé libéraux	Bessin
Association soins et maintien à domicile du Bessin - HAD – SSIAD - ESA	Médico-social et sanitaire	Bessin
Mélanie Aimé Bonamy, Gérante Pôle Santé Argouges et orthoptiste	Professionnel de santé libéral	Pôle de santé d'Argouges - Bayeux
Michel Matelot – Médecin généraliste	Professionnel de santé libéral	Creully
Thierry Ozenne – médecin généraliste	Professionnel de santé libéral	Creully

Marie Brisset Potier – médecin généraliste	Professionnel de santé libéral	Bayeux

C. Annexe 3 – Participants aux réunions territoriales

Etats généraux de la santé – 21 novembre 2019 (11 h – 17 h)

NOMS	Prénom	Fonctions	Structure
ADAM	Séverine	Coordinatrice	CLIC du Bessin
ADAMI	Roxane	Animatrice territoriale	RSVA
AISSANI-DELAUNAY	Malika	Responsable département gestion du risque	CPAM
AUMONT	Françoise	Directrice déléguée Calvados	ARS
BALOCHE	Chantal	Coordinatrice administrative	Planeth Patient
BANSE	Monique	Cadre de santé	HAD du Bessin
BAZIN	Brigitte	Médecin	Port en Bessin
BEAUGONIN	Axel	Formateur – Consultant	
BERTRAND	Anaïs	IDEC	SSIAD Bessin
BOISSEL	Anne	Présidente	Isigny Omaha Intercom
BONNIEUX	Christine	Infirmière	URPS
BOUVET	Cécile	Chef de service	MAS EPMS
BOUYX	Bertrand	Député du Calvados	Assemblée Nationale
BREHIER	Armelle	Chargée de mission prévention	ARS
BRISSET POTIER	Marie	Médecin généraliste	Bayeux
BRUN	Baptiste	Direction de l'autonomie	ARS
CARNIOL	Meavenn		DRSM
CHAMPION	Sandrine	Assistante sociale	PTA Bessin Prébocage
CHAPLET	Eric	Médecin conseil	ELSM Caen
CORMERY	Sophie	Coordinatrice	Pôle de santé d'Evrecy
COSTE	Pierre	Médecin généraliste	Bayeux
COUET	Jean-Marc	Médecin généraliste	Cheux
DAVID	Sylvie	Secrétaire	Le Lien Bessin
DE BRIE	Claire	Médecin remplaçant	Bayeux
DE BRISSON	Valentine	Médecin	CHAB - GCS
DE LA PROVÔTE	Sonia	Sénatrice	Calvados
DEGROULT	Marie	Coordinatrice	PTA Bessin Prébocage
DEVOS	Antoine	Médecin	Pédopsychiatre CHAB
DIVAY	Françoise	Sage-femme coordinatrice	CHAB
DREUX	Pauline	Stagiaire assistante sociale	PTA Bessin Prébocage
DUGUEY	Emilie	Infirmière	MAS ELLON
DUJARDIN	Jean-Marc	Représentant des usagers	
DUPIN	Marie	APA Prébocage	CD14
DUPLEICHS	Agnès	Assistante Sociale	HAD du Bessin
EUDE	Stéphane	Président	Association des EHPAD
FAECHLIN	Anne-Sophie	Directrice	CCAS
FAGUAIS	Eliane	Cadre de santé	EPE

FERRENDIER	Olivier	Directeur	CHAB
FOSSEY	Suzanne	Conseillère départementale suppléante de Mme MARTINEZ	CD14
FOUQUES DUPARC	Vincent	Administrateur	GCS Axanté
FOUQUES DUPARC	Alexis	Ambassadeur	Normandy Welcome
FRANCOS	Alexandra	Chargée de mission	ARS
GANDON	Thierry	Directeur médical	GCS Axanté
GANDON	Thomas	Etudiant en sciences politiques	
GAUDEMER	Elisabeth	Assistante sociale	EMTSP Axanté
GAUGAIN	Camille	Médecin généraliste	Evrecy
GILLET SOUILLEAUX	Christèle	Cadre de santé	CHAB
GOUABAULT	Fabienne	URPS infirmier	
GOURVIL	Jean-Marie	Consultant en développement social local	
GUERIN	Laurent	Activités physiques et sportives	Colleville sur mer
GUILLOUARD	David	Directeur	LADAPT
HADOUN	Samia	Directrice	DAHAD ACSEA
HAUTEFORT	Sandrine	Infirmière	Bayeux
ISABELLE	Marion	IDEC	SSIAD Bessin
JAFFREDO	Pascale	Infirmière	GCS Axanté
JEANNE	Elise	Chargée de mission	URML
JOUVIN	Mélanie	Assistante de direction	GCS Axanté
KERDAFFRIC	Claire	Présidente	URPS Kiné
KOWALSKI	Vincent	Médecin généraliste	Pôle de santé d'Evrecy
LABIDI	Magali	Urgentiste	CHAB
LAMBIERGE	Anne	Assistante de direction	GCS Axanté
LE COSSEC	Sandrine	Coordinatrice régionale	SIEL BLEU
LE LIEVRE	Isabelle	Médecin coordonnateur	EHPAD d'Elon
LE SEVEN	Chantal	Directrice des soins	CHAB
LECAUDEY	Valérie	Chargée de mission auprès des professionnels de santé	CPAM
LECLERC	Véronique	Chef de service	MAS Ellon
LECOINTRE	Dominique	Médecin conseil, chef responsable de service	CPAM
LECOURT	Angélique	Coordinatrice	PSLA Isigny
LEFORESTIER	Laurence	Cadre sup de santé	CHAB
LEGAC	Michel	Médecin retraité	
LEMARCHAND	Matieu	Directeur	Résidence Harmonie
LENOURICHEL	Sylvie	Vice-présidente autonomie	CD14
LEPOULTIER	Mélanie	Vice-présidente	CD14
LEROSIER	Nadège	Coordinatrice	CHAB
LESUEUR	Sophie	Infirmière	
LETENNEUR	Laure	Directrice	GCS Axanté

LHEUREUX	Cécile	Déléguée territoriale	ARS
MALICE	Sébastien	Podologue	Bayeux
MARIE	Emmanuelle	Assistante Sociale	PASS Bessin Prébocage
MATELOT	Michel	Médecin généraliste	Creully
MAZEROLLE	Faustine	Pilote	MAIA Bessin Prébocage
MENUISIER	Monique	Responsable aumônerie	CHAB
MONTOCCHIO	Cathy	Coordinatrice	PAERPA Bessin Prébocage
MORICE	Maëlly	Pharmacien	Isigny
MORICE	Antoine	Vice-président	Hospipharm
MORIN	Astrid	Directrice	MSA
MORVILLEZ	Ludivine	Pharmacien	Hermanville sur mer
NATIVELLE	Anne-Laure	Coordinatrice	CLIC Caen Ouest
OBLIN	Jacqueline	Elue	Cotton
OLIVIER	Manon	Stagiaire assistante sociale	PASS Bessin Prébocage
PASQUET	Jean-Pierre	Représentant des usagers	
PERRIN	Emilie	Psychologue	Trévières
PEYTIER	Annie	Médecin cancérologue	CHAB
PHILIPPE	Arnaud	Médecin généraliste	Pôle de santé d'Evrecy et PTA Bessin Prébocage
PLUT	Edouard	Médecin généraliste	PSLA Isigny
PODEVIN	Sonia	Directrice adjointe	UNA du Calvados
POISSON	Cédric	Elu	Isigny Omaha Intercom
POTIER	Sylvain	Développement du territoire	Bayeux Intercom
RAULT	Céline	Directrice adjointe	CHAB
RIFFAULT	Isabelle	Cadre de chirurgie	CHAB
ROBINEAU	Joseph	Directeur	CPAM CAEN
ROUXELLIN	David	Adjoint de direction	MSA
ROVARC'H	Chantal	Maire adjoint	Bayeux
SACHET	Pascale	Assistante sociale	Addictologie - CHAB
SARTORIO	Marc	Pharmacien	Creully
SCHLAICH	Véronique	IDEL	Bayeux
SOHIER	Emmanuelle	Médecin généraliste	PSLA Isigny
SOULABAILLE	Sandrine	Assistante de service Social	SSR gériatrie
SOULIE	Benoît	Médecin généraliste et addictologie	Pôle de santé d'Evrecy et CHAB
TECHER	Audrey	Stagiaire assistante sociale	APA
THEUNIS	Emilie	Médecin généraliste	PSLA Isigny
TOURNADRE	Camille	Chargée des relations institutionnelles	
TRACOL	Raphaël	Conseiller municipal	Douvres
TRAN	Pricilia	Chargée de projets	CPAM
TRAVERS	Estelle	Chef de service prévention autonomie santé	ADMR
VANDOORNE	Laurence	Médecin coordinateur	MSA Côtes Normandes

VASSE	Christine	Coordinatrice	PASS Bessin Prébocage
VAUCLAIR	Christelle	Infirmière	LE LIEN Bayeux
VILLEDIEU	Pierre	Pharmacien	Bayeux
YBERT	Caroline	Médecin	CHAB

Présentation des axes du projet de santé – 16 janvier 2020 (19 h – 23 h)

Nom	Prénom	Fonction	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
AUMONT	**Françoise**	Directrice départementale ARS	CAEN	Salarié
BAZIN	**Brigitte**	Médecin généraliste	Port en Bessin	Libéral
BERTRAND	**Anaïs**	Infirmière Coordinatrice	SMDB SSIAD	Salarié
BESNARD	**Isabelle**	Pharmacien	Grand camp Maisy	Libéral
BIGOT	**Nelly**		Korian	Salarié
BOISMAIN	**Florian**			
BONNIEUX	**Christine**	Infirmière	Calvados	Libéral
BOONE	**Sophie**	IDEC	EMTSP Axanté	Salarié
BOUCLIER	**Vincent**	Médecin	Bayeux	Libéral
BOUVET	**Cécile**	Chef de service	MAS Aunay sur Odon	Salarié
BOUYX	**Bertrand**	Député	Calvados	élu
CARNIOL	**Meavenn**	Chargée de missions	DCGDR- Caen	Salarié
CHAMPION	**Sandrine**	Assistante sociale	AXANTE	Salarié
CORMERY	**Sophie**	Coordinatrice	Évrecy	Salarié
COTTENCEAU	**Damien**	Médecin généraliste	Val d'arry	Libéral
COUET	**Jean-Marc**	Médecine Générale	CHEUX	Libéral
DEGROULT	**Marie**	Cadre	GCS AXANTE	Salarié
DELAUNAY	**Malika**	Responsable de département	CPAM Calvados	Salarié
DELMEE	**Emeric**	Enseignant APA	le Calvados	Salarié
DELSESCHAUX	**Bernard**			
DERAME	**Véronique**		Ascea	Salarié
DÔ	**Sandrine**	Directrice secteur médico-social	Caen/ Bayeux	Salarié
DREUX	**Pauline**	Stagiaire assistante sociale	Axanté	Etudiant
DUNCOMBE	**Sophie**	Pharmacien	Bernière	Libéral
DUPLEICHS	**Agnès**	Assistante sociale	SMDB - HAD	Salarié
EUDE	**Stéphane**	Directeur EHPAD	Résidence Beau Soleil – Ellon	Salarié
FAELCHLIN	**Anne Sophie**	Directrice	CCAS Bayeux	Salarié
FAGUAIS	**Eliane**	Référente territoriale Bessin manche	EPE14	Salarié
FERRE	**Benjamin**	Biologiste	CH Aunay Bayeux	Salarié
FERRENDIER	**Olivier**	Directeur CHAB	Bayeux	Salarié
FERRUT DAREAU	**Véronique**	Cadre de santé	CH Aunay-Bayeux (réanimation)	Salarié
FOSSEY	**Mme**	Conseillère départementale suppléante	Caen Ouest	élue

FOUQUES DU PARC	**Vincent**	Administrateur AXANTE	Bayeux	élu
FRICHET	**Jacques**	Médecin généraliste	Neufchâtel en Bray	Libéral
FRIGOULT CUINET	**Christel**	IDE	Axanté	Salarié
GALA DIZAY	**Lenka**	Gynécologue-obstétricien	CHABayeux	Salarié
GANDON	**Thierry**	Médecin	GCS AXANTÉ	Salarié
GANDON	**Béatrice**	IDE	APF	Salarié
GAUDEMER	**Élisabeth**	Assistante sociale	GCS	Salarié
GAUGAIN	**Camille**	Médecin généraliste	Evrecy	Libéral
GAZENGEL	**Virginie**	Pharmacien	Courseulles sur mer	Libéral
GENDRY	**Pascal**	Médecin généraliste	Renazé (Mayenne)	Libéral
GENSER	**Anne**	Pharmacien	Biéville-Beuville	Libéral
GILLES	**Christophe**	Directeur Pôle Caennais EHPAD Korian	EVRECY	Salarié
GOUNOT	**Camille**			
GRENIER	**Marilyne**	Pharmacien	Langrune sur Mer	Libéral
GUERIN	**Laurent**	Président CPNOB (Forme et Santé)	Calvados	Salarié
GUIBET	**Amalric**	Pharmacien	Bayeux	Libéral
GUICHARD	**Meghann**			
GUILLOT	**Véronique**	Podologue	Hôpital Bayeux / GCS Axanté	Salarié
GUILLOUARD	**David**	Directeur pôle sanitaire et éducatif	LADAPT	Salarié
HADOUN	**Samia**	Directrice	Saint loup hors et Ellon	Salarié
HAMEL	**Jean-Charles**	Pharmacien	Route de vaux sur Aure Bayeux	Libéral
HIPPE BOUET	**Guillaume**	Directeur	Una Calvados	Salarié
HYERNARD	**Florence**	Infirmière	Bayeux	Libéral
IDRISSI MAHIEU	**Elise**	Coordinatrice PSLA	Tilly sur Seulles (projet 2021)	Salarié
ISABELLE	**Marion**	Infirmière coordinatrice	SMDB SSIAD	Salarié
JAFFREDO	**Pascale**	Infirmière	Axanté	Salarié
JEANNE	**Elise**	Chargée de missions	URML	Salarié
JOKIC	**Corinne**	Médecin de rééducation fonctionnelle	Bayeux	Salarié
JOUENNE	**Thomas**	Pharmacien	Luc sur mer	Libéral
JOUVIN	**Mélanie**	Assistante de direction	Bayeux	Salarié
KOWALSKI	**Vincent**	Médecin généraliste	Evrecy	Libéral
LABIDI	**Magali**	Urgentiste / PCME	CH Bayeux	Salarié
LAMBIERGE	**Anne**	Assistante de direction	Bayeux	Salarié
LAURENT	**Philippe**	Conseiller départemental	CD14	Elu
LE BELLEC	**Régis**	Directeur	Association Les Compagnons	Salarié
LE ROQUAIS	**Paul**	Radiologue	Remplaçant retraité	Libéral
LE SEVEN	**Chantal**	Directrice des soins	CHAB	Salarié
LECLERC	**Alexis**	Médecin	Remplaçant (Isigny/mer)	Libéral
LECLUZE	**Jérôme**	Infirmier	Bayeux	Libéral
LECOINTRE	**Dominique**	Médecin conseil chef	Service Médical	Salarié
LECOURT	**Angélique**	Idel / coordinatrice psla	Isigny sur mer	Libéral
LEDUNOIS	**Sébastien**	URPS pharmacien		Libéral
LENOURRICHEL	**Sylvie**	Conseillère départementale	Prébocage	Elue

LEPOULTIER	**Mélanie**	Elue	Bayeux Sommervieu	Élu
LESUEUR	**Sophie**	Idel	Courseulles sur mer	Libéral
LETENNEUR	**Laure**	Directrice	GCS Axanté	Salarié
LEVENEUR	**Antoine**	Président	URML	Libéral
LHEUREUX	**Cécile**	Déléguée territoriale	Département	Institution
LHONNEUR	**Annie**	Médecin généraliste	Isigny sur mer	Libéral
LOUETTE	**Gaëlle**	Pharmacien	THAON	Libéral
MACKAY	**Sebastien**	Kinésithérapeute	Bayeux	Libéral
MAGNAN	**Manuela**	Directrice de l'autonomie	CD14	Salarié
MALICE	**Sébastien**	Podologue	Bayeux	Libéral
MARETTE	**Gérard**	Élu MSA	Bayeux	Elu
MARGUERITE	**Didier**	Directeur du dispositif ITEP BESSIN	Bayeux et colombelles	Salarié
MARIE	**Emmanuelle**	Assistante sociale	GCS	Salarié
MARIS	**Caroline**	Pharmacien	Port en Bessin	Libéral
MARMONTEL	**Evelyne**	Pharmacien	Courseulles sur mer	Libéral
MATELOT	**Michel**	Médecin généraliste	Creully	Libéral
MEUNIER	**Laurence**	Pharmacien	Langrune sur Mer	Libéral
MONTOCCHIO	**Cathy**	Coordinatrice	Bayeux	Salarié
MORICE	**Maëlly**	Pharmacien	Isigny sur mer	Libéral
MORICE	**Antoine**	Pharmacien	Bayeux	Libéral
MORIN	**Mathieu**	Coordinateur	PTA Braye/Bresle	Salarié
MORIN	**Astrid**	Directrice adjointe	MSA côtes normandes	Salarié
MORVILLEZ	**Ludivine**	Pharmacien	Hermanville sur mer	Libéral
MOTTIN	**Hélène**	Médecin addictologue	CH Aunay-Bayeux	Salarié
NANDJI	**Laura**	Pharmacie	Bayeux	Libéral
NOUVELOT	**Cédric**	Conseiller départemental	Courseulles sur mer	Elu
OMNES	**Jocelyn**	Directeur	DME Pays de Bayeux AAJB Saint Vigor Le grand	Salarié
PAILLETTE	**Jean Pierre**	Médecin retraité - conseiller municipal	Douvres la Délivrande	Elu
PAIN	**Sandra**	Directeur délégué	Grainville sur Odon	Salarié
PAUL	**Chrystel**	Médecin	Axanté - PASS	Salarié
PAUMIER	**Pierre**			
PEYTIER	**Annie**	PH Gastro cancérologie	CH Bayeux	Salarié
PHILIPPE	**Arnaud**	Médecin	Evrecy	Mixte
POISSON	**Claire**	Sage-femme	Bayeux	Salarié
POULET	**Lydie**	Maire adjoint affaires sociales ville de Bayeux	Bayeux	Maire adjoint
PROUX	**Thomas**	Pharmacien	Val d'Arry - Noyers-Bocage	Libéral
RAULIN	**Florence**	Cadre de santé	CH Bayeux	Salarié
RENOU	**Thomas**	Directeur	EHPAD Les Deux Fontaines à Fontenay-le-Pesnel	Salarié
RESCH-DOMENECH	**Christine**	Directrice des territoires de l'action sociale	Caen	Salarié
Richard	**Claire**	Réflexologue	Bretteville l'orgueilleuse	Libéral
RIFFAULT	**Isabelle**	Cadre de santé	CH Aunay Bayeux	Salarié
RIVION	**Fabienne**	IDEL		Libéral
Robineau	**Jean-**	Directeur	CPAM Calvados	Salarié

	Joseph			
ROUXELIN	**David**	Attaché de direction	MSA côtes normandes	Salarié
SACHET	**Pascale**	Assistante sociale	Service addictologie Bayeux	Salarié
SALELLES	**Solène**	Généraliste	St Vigor le grand	Libéral
SARTORIO	**Marc**	Pharmacien	Creully	Libéral
SEREY	**Delphine**	Infirmière	Bayeux	Libéral
SERVANT	**Charlotte**	Médecin remplaçant	Evrecy	Libéral
TILLARD	**Stéphane**	Directeur adjoint de l'autonomie	Caen	Salarié
TOURNADRE	**Camille**	Responsable des Projets et des Relations Institutionnelles	Caen	Salarié
TRACOL	**Raphaël**	Conseiller municipal	Douvres la Délivrande	ELU
TRAN	**Pricilia**	Chargée de projets GDR	CPAM Calvados	Salarié
TREMEL	**Nathanaëlle**	Pédiatre	Hôpital et SSR pédiatrique	Salarié
TSOBANOPOULOS	**Jean Lucien**	Kinésithérapeute	URPS Kiné	Libéral
VALLEE	**Cécilia**	Pharmacien	St Aubin Sur Mer	Libéral
VAN VEEN	**Irène**	Cadre supérieur de santé	CHAB	Salarié
VANDOORNE	**Laurence**		MSA côtes normandes	Salarié
VILLEDIEU	**Pierre**	Pharmacien d'officine	Bayeux	Libéral
WARTIG	**Leila**	Pédicure Podologue	Souleuvre en bocage	Libéral
YBERT	**Caroline**	Médecin	Bayeux	Salarié

D. Références

1. Thèses réalisées sur le territoire

« La coordination des situations complexes : Définition, Difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Prébocage » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue Caroline Tanquerel en Juin 2015

« Maintien à domicile des personnes âgées : ressentis, besoins et attentes des médecins généralistes et des autres acteurs du maintien à domicile dans le Bessin Prébocage » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Aurore Marie et Thomas Closset en septembre 2016

« Soins oncologiques de support : besoins, attentes, et place du médecin généraliste » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Valentine de Brisson en septembre 2010

Eléments de référence : « Etat des lieux de l'offre et de l'accès aux soins de la personne en situation de handicap résidant dans les structures du territoire du Bessin et du Prébocage : Place du médecin généraliste. » Thèse d'Etat Doctorat en Médecine soutenue par Anne-Claire Brochoire en Mars 2015

2. Documents internes

Dossier promoteur du Réseau de Santé du Bessin – 2006

Dossier de renouvellement du Réseau de Santé du Bessin – 2011

CPOM du réseau de santé du Bessin - 2014

Dossier promoteur de la PTA Bessin – Prébocage – 2017

Rapports d'activités annuels 2006 à 2017

CPOM du GCS Axanté – 2019

Projets de santé des pôles de Creully, Evrecy et Isigny sur mer

3. Sources externes

Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie – ARS Normandie – 20/02/2017 + MAJ 02/2018

Diagnostic régional sur les besoins de santé – ARS Normandie – 23/01/2017

Projet Régional de Santé 2018-2023 – ARS Normandie

Schéma Régional de Santé 2018-2023 – ARS Normandie

Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2018-2023 – ARS Normandie

Schéma départemental de l'autonomie 2019-2023 – Conseil Départemental du Calvados