



HAL
open science

Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche

Robin Horcholle

► **To cite this version:**

Robin Horcholle. Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03123905

HAL Id: dumas-03123905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03123905>

Submitted on 28 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 2020

par

Mr HORCHOLLE Robin, né le 29 Juin 1994 à Caen (14)

TITRE DE LA THÈSE :

Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche.

Président : Monsieur le Professeur TOUZÉ Emmanuel

Membres : Monsieur le Professeur LE BAS François
Monsieur le Professeur TROUSSARD Xavier
Monsieur le Professeur VERDON Renaud
Monsieur le Docteur SABATHIER Philippe « Directeur de thèse »

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie

M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie – Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie – Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie

Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie



UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE
MEDECINE

Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

A Monsieur le Professeur TOUZÉ Emmanuel, doyen de la faculté de médecine de Caen, soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur SABATHIER Philippe, d'avoir accepté de diriger ce travail, pour sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de sa rédaction.

A Monsieur le Professeur LE BAS François, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être membre du jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Verson Renaud, vous me faites l'honneur de juger cette thèse, soyez assuré de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur TROUSSARD Xavier, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et en acceptant de participer à ce jury, trouvez ici l'assurance de ma profonde gratitude.

Aux membres de l'équipe opératrice de la CPTS du Sud-Manche, pour votre temps, votre disponibilité et votre aide dans la rédaction de ce travail.

Aux membres de l'ARS Normandie et de la CPAM de la Manche, pour vos informations précieuses.

Aux professionnels des PSLA de Villedieu-les-Poêles et de Granville, pour votre écoute et vos conseils précieux.

A l'ensemble de mes maîtres de stage rencontrés au cours de mon cursus de médecine générale, pour vos enseignements, votre patience.

A Marine, pour ton amour, ta compréhension et ton soutien quotidiens au cours de la réalisation de ce travail.

A mes parents, pour leur exemple et leur soutien inconditionnel tout au long de mon cursus.

A ma sœur, ainsi qu'à ma famille, pour leur soutien au cours de ces années d'étude.

A mes amis rencontrés au cours de mon cursus universitaire, pour toutes ces difficultés traversées ensemble, ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A mes amis d'enfance, pour votre amitié et votre soutien, indéfectibles malgré la distance et le temps, j'espère que cela durera ainsi.

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BNC : Bénéfices Non Commerciaux
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CA : Communauté d'agglomération
CAS : Contrat d'Accès aux Soins
CC : Communauté de Commune
CH : Centre Hospitalier
CHAG : Centre Hospitalier Avranches-Granville
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CMS : Centre Municipal de Santé
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COFIL : Comité de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DAM : Délégué de l'Assurance Maladie
DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DESS : Diplômes d'Etudes Supérieures Spécialisées
DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESP : Equipe de Soins Primaires
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GQBN : Groupe Qualité de Basse-Normandie
HAD : Hospitalisation A Domicile
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IPA : Infirmier de Pratique Avancée
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MRC : Maladie Rénale Chronique
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSPU : Maison de Santé Pluriprofessionnelle et Universitaire
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Projet Régional de Santé
PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire
PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile après hospitalisation
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil
SCM : Société Coopérative de Médecins
SCP : Société Civile Professionnelle
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNAC : Service Numérique d'Appui à la Coordination
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
TSN : Territoire de Soins Numériques
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professions de Santé
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Tableaux et figures

Figure 1 : Place du projet de CPTS dans le parcours de soins.....	4
Figure 2 : Carte des EPCI 2019 de la Manche.....	21
Figure 3 : Classement des communes déclarées ZZR dans le département de la Manche en 2018.....	23
Figure 4 : CC de Villedieu Intercom.....	37
Figure 5 : CC de Granville Terre et Mer.....	38
Figure 6 : Les territoires de démocratie sanitaire de Normandie.....	39
Tableau 1 : Montant des financements par l'ACI.....	19
Tableau 2 : Démographie du Sud-Manche en fonction de l'âge.....	24
Tableau 3 : Taux de couverture par les prestations sociales, pour 1000 habitants...25	
Tableau 4 : Les missions développées par l'équipe de la CPTS du Sud-Manche....	43
Tableau 5 : Taux de recours à l'hôpital dans le Sud-Manche en 2018.....	48

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Généralités concernant les CPTS	3
	A. Les objectifs de la CPTS.....	3
	B. Modalités de mise en place et fonctionnement de la CPTS.....	5
	1. Définition du territoire d'action.....	5
	2. Identification des besoins du territoire.....	6
	3. Mobilisation des acteurs de santé.....	7
	4. Définition du cadre législatif.....	8
	5. Constitution du projet de la CPTS.....	13
	6. Les systèmes d'information numériques.....	14
	7. Les financements.....	16
	C. Démographie du territoire du Sud-Manche.....	21
	1. Le territoire du Sud-Manche.....	21
	2. La démographie du territoire.....	22
	a. Niveau socio-économique.....	22
	b. Population âgée.....	24
	c. Couverture par les prestations de protection sociale.....	24
	3. L'offre de soins du territoire.....	25
	a. Médecins généralistes et PSLA.....	25
	b. Médecins spécialistes.....	26
	c. Autres professionnels de santé.....	27
	d. Etablissements de santé.....	28
	e. Structures sociales, médico-sociales et sanitaires.....	29
III.	Les problématiques de mise en place de la CPTS du Sud-Manche	33
	A. Matériel et méthodes.....	33
	B. La constitution du projet de CPTS.....	34
	1. Constitution de l'équipe pluridisciplinaire.....	34
	2. Choix du territoire d'action.....	36
	3. Articulation avec la dynamique territoriale.....	39
	a. La MAIA de la Manche.....	39
	b. La Plateforme Territoriale d'Appui du Sud-Manche.....	40
	4. Définition des missions de la CPTS.....	42
	5. Etablissement du budget prévisionnel.....	53
	6. Les outils.....	53
	7. Mobilisation des professionnels du territoire.....	54
	C. Discussion.....	57
	1. Forces de l'étude.....	57
	2. Limites de l'étude.....	58
	3. Résultats.....	58
	4. Perspectives de l'étude.....	60
IV.	Conclusion	61
V.	Bibliographie	62
VI.	Annexes	64

I. Introduction :

L'organisation du système de santé Français est en perpétuelle évolution afin de faire face aux nouveaux problèmes de santé publique. Les enjeux de santé publique tendent depuis 2010 à la modernisation du système de santé avec le passage d'un exercice cloisonné et solitaire à une pratique collective et coordonnée des soins ambulatoires.

Dans le système actuel, les soins du premier recours sont orientés autour du médecin traitant qui possède un rôle pivot dans l'organisation et le suivi du parcours de soins de son patient, en association avec les différents professionnels de santé des équipes de soins primaires. Il doit s'assurer de la bonne coordination des soins nécessaires à ses patients.

Une nouvelle impulsion à la réorganisation du système de soins ambulatoires a été donnée le 26 Janvier 2016 avec la création de la Loi de Modernisation du système de santé dans la perspective de lutter contre trois problématiques majeures actuelles :

- L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population, partiellement lié aux progrès médicaux et l'évolution des pratiques sanitaires, et à l'évolution récente des modes de vie, changent les besoins des patients, qui doivent être pris en charge plus longtemps, nécessitant régulièrement l'intervention de plusieurs professionnels de santé différents.
- L'extension des maladies chroniques et des polyopathologies est une composante de la transition épidémiologique que traverse la France depuis les années cinquante, avec notamment le passage de maladies aiguës et mortelles à brève échéance à la prédominance d'états chroniques plus ou moins handicapants. Conjuguée au vieillissement de la population, ceci entraîne pour conséquence un développement constant des pathologies chroniques. Selon l'Assurance Maladie, il est estimé que vingt millions de personnes en 2018 sont atteintes d'au moins une pathologie chronique. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les pathologies psychiatriques sont par ailleurs toujours en croissance importante, de 2 à 5% par an selon les pathologies.
- L'accroissement des inégalités territoriales d'accès à un diagnostic précoce, aux soins comme aux services d'accompagnement et d'insertion sociale, constitue un enjeu majeur. Ces inégalités sont à la fois d'ordre géographique, avec un déficit prédominant dans les régions rurales en périphérie des grands pôles de soins, social affectant principalement les personnes en situation de précarité, handicapées, souffrant de troubles de psychiques ou ne maîtrisant pas la langue française. Outre les difficultés d'accès aux soins, la prévention et la promotion de la santé, reposant sur les professionnels de santé libéraux, les services de PMI, de santé scolaire et de santé au travail, reste très peu développée en France.

Cette évolution rend donc indispensable la transformation de l'organisation du système de soins du premier recours, conçu actuellement pour répondre ponctuellement à la demande des patients souffrant de pathologies aiguës, vers un système plus proactif et continu, en capacité de s'assurer du suivi des plans de soins par les patients, de les accompagner par l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de leurs maladies. L'enjeu est donc le développement par les professionnels de santé de nouvelles fonctions au service de la population, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués en les adaptant à ses besoins, par le renforcement de la coordination des soins qui ne peut être effectuée seule par le médecin traitant.

En France, pour répondre à ces nouvelles problématiques, le gouvernement a adopté le 26 Janvier 2016 la Loi de Modernisation du système de santé, qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé. Cette loi fixe comme l'un de ces principaux objectifs la restructuration du système de santé autour des soins de proximité et initie le « virage ambulatoire ». Ce virage ambulatoire implique l'intervention de multiples acteurs au sein de lieux distincts, et impose donc des efforts de coordination plus importants avec des moyens adaptés. C'est pour soutenir les professionnels de santé libéraux dans leurs projets, et favoriser les initiatives, qu'ont été introduites les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

La réalisation de ce travail s'intègre dans un contexte où le soutien national à l'émergence des CPTS demeure très modeste, à l'opposé du suivi mis en place pour d'autres actions, comme le déploiement des MSP dans le cadre de la première phase du Pacte Territoires Santé ou encore la constitution des GHT ou même la mise en place des PTA introduites dans le même temps avec la Loi Santé 2016.

Ce travail a pour objet de suivre la création et de présenter la mise en place de la CPTS sur le territoire du Sud-Manche. Le principal objectif de ce travail est de faire le bilan des problématiques rencontrées par les praticiens porteurs du projet sur le territoire du Sud-Manche et de mettre en avant les solutions proposées pour améliorer la coordination des soins sur le territoire.

II. Généralités concernant les CPTS :

A. Les objectifs de la CPTS :

La mission première de la CPTS est spécifiée au travers de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et de l'INSTRUCTION N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et aux CPTS, se définissant de la façon suivante :

« Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile. »

La création des CPTS vise ainsi à soutenir la médecine de proximité sur l'ensemble du territoire grâce principalement aux équipes de soins primaires, afin de lutter contre les déserts médicaux, et de répondre aux nouveaux défis de santé publique auxquels est confronté le système de santé. En pratique, le projet de CPTS a été pensé dans le but de se coordonner autour d'un projet de santé dans un territoire donné pour améliorer le parcours de santé des usagers.

Les organisations doivent être potentialisées afin de délivrer un service de qualité pour l'ensemble de la population. Ainsi les CPTS ont vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire pour mieux relever les défis de l'organisation des parcours, afin d'améliorer et de mettre en cohérence les interfaces entre les interventions à l'échelle locale. Il s'agit d'une réponse aux attentes exprimées par les professionnels de santé d'un territoire qui souhaitent promouvoir les prises en charges ambulatoires dont notamment les soins primaires et améliorer la structuration des parcours.

La CPTS doit permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de ville ainsi qu'avec leurs partenaires. Pour se faire, cela implique une approche nouvelle de la prise en charge des parcours de soins des patients, basée sur les éléments suivants :

- L'adoption d'une approche populationnelle : les acteurs de la CPTS s'organisent pour mieux répondre aux besoins de santé d'un territoire entier. Le champ d'action concerne transversalement la prévention, le soin, l'accompagnement et le soutien.
- La coordination des prises en charge en santé : la CPTS structure les liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, au plus près du lieu de vie des populations. En effet, seule une plus grande coordination de ces acteurs est à même de garantir la pertinence et la qualité d'une prise en charge, garantes de la bonne utilisation des ressources collectives.

La finalité du projet de CPTS est d'offrir un appui à l'organisation de l'offre de soins ambulatoire préexistante sur l'ensemble du territoire Français en apportant des avantages :

- Pour les professionnels de santé : par la disposition d'une coordination interprofessionnelle organisée, avec une visibilité des compétences de chacun, valorisant le service rendu aux patients.
- Pour les bénéficiaires : permettant à chacun d'être acteur de son parcours de soins, clarifiant les parcours pour mieux comprendre et s'orienter au sein du système de santé.
- Pour les institutions : grâce à une plus grande flexibilité du système, facilitant l'adaptation et l'accompagnement des mutations du système de santé et réduisant les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Depuis le lancement du projet au niveau national en 2016, on dénombre, par les données recensées par l'ensemble des ARS de France, y compris les DOM, un peu plus de 400 projets de CPTS sur le territoire en Septembre 2019. Parmi ces projets, seulement une vingtaine est définitivement validée par l'ARS à la date du 30 Juin 2018. Ces données encourageantes doivent toutefois être considérées avec une certaine réserve, car sont inclus par l'ARS les 64 PSLA existants en Normandie. Si ces pôles s'inscrivent dans une logique de soins coordonnés concordants avec la dynamique des CPTS, les critères établis de taille et de proximité, selon les critères des « 3x15 » (cible de 15 professionnels de santé, sur un territoire de 15 000 habitants, accessible à moins de 15 minutes pour les habitants), en font principalement des communautés intermédiaires entre ESP et CPTS.

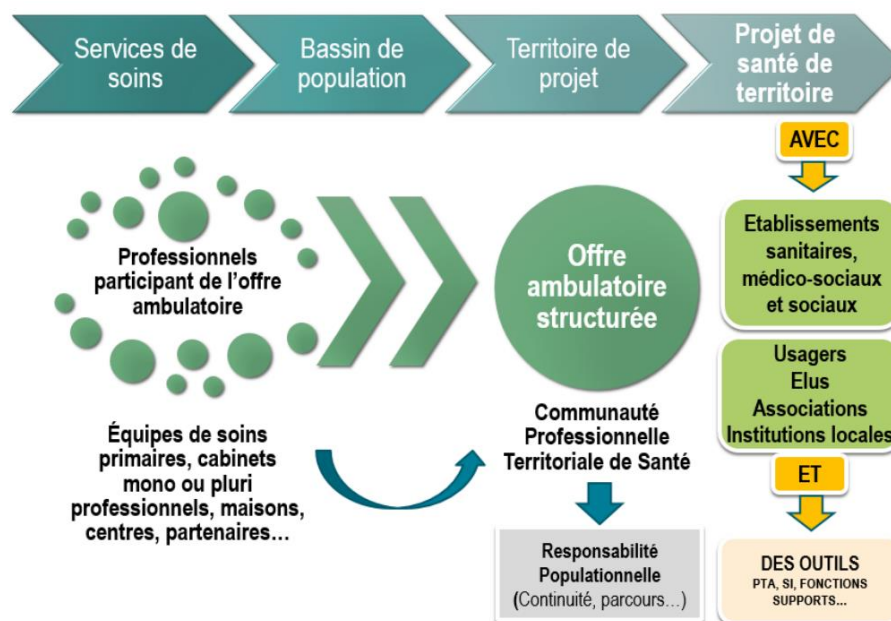


Figure 1 : Place du projet de CPTS dans le parcours de soins

B. Modalités de mise en place et fonctionnement de la CPTS :

1. Définition du territoire d'intervention :

Le cadre réglementaire et législatif n'impose pas de restriction territoriale aux CPTS. Toutefois, les CPTS témoignant d'une approche populationnelle, leur périmètre d'action sera nécessairement plus large que celui d'une équipe de soins primaires.

L'organisation populationnelle requiert une approche différente de celle utilisée pour la constitution de groupements de soins primaires. Elle consiste ainsi à définir le périmètre géographique d'action en fonction des organisations des parcours de soins des patients. Cela repose en pratique sur l'expérience des professionnels, et doit prendre en compte les lieux de consultation, de soins et d'hospitalisation des patients afin de définir un territoire pertinent. L'ARS peut également aider les acteurs dans cette démarche par l'apport des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ainsi que des cartographies de l'ATIH (Agence Technique de l'Information et de l'Hospitalisation).

Le territoire couvert par la CPTS n'est pas figé, il se détermine au regard d'une volonté d'animation d'un projet de santé autour d'un bassin de vie d'une population, et ne se résume donc pas à une simple délimitation géographique. Le territoire concerné peut ainsi à tout moment s'étendre, se développer avec des partenaires différents, selon le projet de santé. Il sera ainsi variable selon les professionnels mobilisés, les spécificités du territoire, les projets engagés, et pourra être affiné à tout moment avec l'évolution des projets et la participation de nouveaux professionnels de santé. Ce territoire doit néanmoins comprendre deux éléments essentiels :

- Un projet partagé avec les acteurs de la CPTS et sa population
- Des équipes de professionnels ayant l'habitude de travailler ensemble et/ou travaillant avec les mêmes établissements de recours

De plus, il existe d'autres éléments qui ne doivent pas être négligés car ils seront déterminants dans le choix du territoire d'action :

- Le profil de la population visée par les missions.
- L'environnement territorial (urbain, semi-rural, rural, industriel, insulaire) et la répartition géographique des différents acteurs.
- L'état de développement des outils numériques : DMP (Dossier Médical Partagé), MSS (Messagerie Sécurisée de Santé).
- Le nombre et la localisation des différents professionnels du territoire potentiellement impliqués par les missions de la communauté.

Sur le long terme, le maillage du territoire se fera 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.

2. Identification des besoins du territoire :

Il s'agit d'une étape primordiale, afin d'établir le projet de soins et identifier les professionnels et les moyens potentiellement concernés.

Les besoins sont généralement connus des acteurs du territoire de façon globale, mais leur définition plus précise permet d'apporter des réponses plus adaptées aux réalités en termes de coordination. En plus d'identifier les différents besoins auprès des professionnels du territoire, cette phase permet également leur faire découvrir le fonctionnement et d'affiner les missions de la CPTS, offrant la possibilité d'y intégrer un grand nombre d'acteurs.

Pour identifier les besoins précis du territoire il convient d'effectuer un diagnostic territorial, étape essentielle pour le succès ainsi que la pérennité des projets qui seront déployés par la communauté, puisqu'il permet de cibler les objectifs à priori. Pour réaliser ce diagnostic, les promoteurs peuvent s'appuyer sur les travaux déjà établis : le PRS (Projet Régional de Santé) est une source d'information indispensable pour tout projet de CPTS concernant les besoins du territoire. A ces données viennent s'ajouter d'éventuels travaux « locaux » pouvant appuyer le diagnostic territorial, tels que des états des lieux de santé (dans le cadre de CLS (Contrats Locaux de Santé), d'ateliers santé-ville, de projets thématiques comme le PAERPA (Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie), de recherches en santé mentale...), ou des travaux préalables à des projets de maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé ou pôles de santé...

L'analyse des diagnostics préétablis n'a pas pour objectif d'être exhaustive mais doit apporter aux acteurs une connaissance fine en termes de priorités d'action à mener sur le territoire, en se focalisant sur les états suivants :

- L'état sanitaire de la population et notamment les indicateurs en termes de mortalité et de morbidité.
- Les besoins de santé et attentes de la population en termes de prévention et de soins.
- L'état des lieux et l'évolution prévisionnelle de l'offre de soins.

Afin de mener à bien cette démarche, le délégué territorial de l'ARS constitue un appui majeur aux promoteurs, de par son rôle d'articulation des actions de santé locales, il est l'interlocuteur de proximité privilégié capable de fournir des données quantitatives essentielles obtenues grâce aux travaux diagnostics menés avec l'aide de l'ARS.

Enfin, il convient également lors de l'étape diagnostic d'établir un répertoire des acteurs de santé du territoire, si cela n'est pas déjà mis en œuvre sur le territoire.

3. Mobilisation des acteurs de santé :

La conception d'une CPTS se fait sur la base du volontariat, et est ainsi laissée à l'initiative des acteurs de santé volontaires, la priorité de l'initiative revenant aux professionnels de santé de ville. Il revient donc à la responsabilité des initiateurs de mobiliser le maximum des acteurs potentiellement concernés du territoire.

Il n'est pas attendu une participation exhaustive de l'ensemble des acteurs du territoire, néanmoins, elle ne peut associer uniquement les acteurs d'un même champ : ambulatoire, hospitalier, médico-social. La mobilisation effective des différents professionnels de santé pour la mise en œuvre de projets sur leur territoire, se met en place de façon progressive, et évolutive avec l'émergence et la diversification des projets.

Pour initier la démarche de mobilisation de manière efficace, il convient de respecter certaines étapes clés :

- Dès que le projet de CPTS est initié : informer de la démarche et recueillir les besoins des professionnels du territoire.
- Une fois la mission de la CPTS définie : communiquer une vision claire, simple et adaptée du projet de santé et mobiliser et interagir avec les acteurs intéressés pour y participer.
- Au cours de la vie de la CPTS : continuer à communiquer de façon régulière avec les différents acteurs, (parler de projets nouveaux), réaliser un partage des actions organisées et valoriser les objectifs déjà atteints.

Les différents professionnels suivants peuvent ainsi faire partie, s'ils le souhaitent, d'un projet de CPTS :

- Les professionnels médicaux : médecins généralistes ou de spécialité, du 1^{er} ou du 2nd recours, qu'ils exercent de façon libérale ou salariée, les sages-femmes et les odontologistes.
- Les professions d'auxiliaires médicaux : (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens lunetiers prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.
- Les pharmaciens d'officine, préparateurs en pharmacie et pharmaciens hospitaliers.
- Les professionnels des établissements de santé.
- Les professionnels des structures médico-sociales.
- Les professionnels des structures sociales.

4. Définition du cadre législatif :

Les CPTS, outils de coordination du territoire, exigent un support juridique. Aujourd'hui, il n'existe pas de structure imposée ni prévue par la législation, les acteurs bénéficient donc d'une totale liberté dans la décision d'encadrement juridique. Les CPTS requièrent toutefois plusieurs exigences dans le choix du support afin de permettre un encadrement efficace.

Il est ainsi nécessaire de pouvoir bénéficier de moyens matériels et humains, qu'ils soient sous statut privé ou public, et de réussir à regrouper l'ensemble des acteurs tout en conservant une part prépondérante aux soins du premier recours. L'ensemble de ses membres doit pouvoir être rémunéré pour les actions menées au sein de la CPTS. Compte tenu de l'engagement et de l'implication nécessaire, et des investissements importants des différents acteurs, il faut que la responsabilité des membres soit définie, encadrée et limitée. La gouvernance juridique doit être en capacité d'associer l'ensemble des catégories de professionnels du territoire concerné. Le projet de santé doit être structuré et cohérent pour que la CPTS puisse bénéficier de financement de la part de l'assurance maladie et de l'ARS.

Il existe différentes formes d'encadrements juridiques disponibles au choix des praticiens pour favoriser la pratique de l'exercice coordonné. De nouvelles exigences apparaissent avec la création des CPTS, élargissant le champ d'action et le nombre d'intervenants sur le territoire. Les nombreuses spécificités de ce nouveau cadre d'action imposent donc aux acteurs volontaires de réévaluer les structures juridiques existantes, afin de déterminer l'encadrement juridique adapté aux missions et activités de la CPTS.

- **La Société Interprofessionnelle de Soin Ambulatoire :**

La SISA est une structure créée avec la loi du 10 Août 2011 pour permettre le regroupement des professionnels de santé libéraux relevant de professions différentes. Elle a été spécifiquement conçue pour rendre possible le partage de la rémunération que les professionnels perçoivent pour la pratique de l'exercice commun dans l'objectif d'inciter la création de maisons, pôles et centres de santé. Afin d'être constituée, celle-ci doit obligatoirement comporter au minimum deux médecins ainsi qu'un auxiliaire médical.

Il s'agit à ce jour du support juridique le plus fréquemment retrouvé dans l'encadrement des MSP. En effet, celle-ci apporte trois grands bénéfices à l'exercice commun :

- Elle a pour mission la mise en commun de moyens et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.
- Seule cette forme juridique permet aux professionnels exerçant de façon coordonnée de percevoir et de partager les nouveaux modes de rémunération ainsi que les dotations accordées par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.
- Depuis le 1er Janvier 2017, les professionnels de santé peuvent décider du régime fiscal qui leur sera appliqué, entre l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés.

Cependant, malgré l'apport majeur de la SISA dans la structuration de l'exercice groupé, grâce à l'accessibilité aux nouveaux modes de rémunération, elle ne fait pas l'unanimité auprès des professionnels. Différents inconvénients sont identifiés justifiant ces réticences :

- L'adhésion est obligatoirement individuelle en statut de travailleur indépendant. Cette contrainte rentre en contradiction avec la réalité des modalités d'exercice actuelles. De plus en plus de praticiens libéraux constituent leur exercice en société d'exercice libéral, en société civile professionnelle ou encore en société civile de moyens, ne leur permettant pas d'intégrer une SISA.
- Il s'agit d'une structure de société civile, intégrée de façon individuelle par chacun de ses membres dont la responsabilité propre n'est pas définie au sein de l'organisation. Ainsi, en cas de conflit financier incombant à la charge d'une SISA, comme par exemple un endettement, la responsabilité de chacun des professionnels sera estimée de façon proportionnelle au nombre de parts détenues au sein de la société.
- Sa composition doit obligatoirement intégrer au moins deux médecins et se limite aux professionnels médicaux, aux auxiliaires médicaux ainsi qu'aux pharmaciens. Se retrouvent donc exclues les professions réglementées tels que les ostéopathes, les chiropracteurs ou encore les psychologues. Ce cadre restreint limite ainsi les champs d'action potentiels dans la mise en place d'une CPTS.

- Il existe également un inconvénient d'ordre fiscal. Au-delà du bénéfice perçu par l'exonération des prestations facturées à l'assurance maladie, les prestations fournies par la SISA concernant la mise en commun des moyens pour ses membres ne peuvent bénéficier d'une exonération de la TVA uniquement s'il n'y a pas d'associés qui y sont eux-mêmes soumis qui représenteraient plus de 20% des recettes. En pratique, ce défaut d'exonération compromet la participation des pharmaciens dans la dynamique de mutualisation des moyens.

La SISA ne paraît donc actuellement pas être une structure viable pour encadrer une CPTS. En effet, au-delà du bénéfice majeur apporté pour l'exercice groupé par le partage d'honoraires, le cadre actuel paraît trop réducteur pour encadrer une CPTS.

- **La structure associative selon la Loi 1901 :**

Le statut associatif offre une capacité d'adaptation aux divers projets et missions de la CPTS, en apportant un cadre organisationnel très souple. Une association peut être constituée par deux personnes, physiques ou morales, et apporte plusieurs bénéfices dans la coordination de l'exercice sur le territoire :

- Ce support permet ainsi de moduler la gouvernance de la CPTS selon les besoins des acteurs, leur permettant de mettre en place une pondération des voix de chacun des acteurs qui peut être portée lors d'assemblées générales et d'adapter les droits de chacun en fonction de leur implication propre dans les projets, ce qui conditionne également la responsabilité des différents acteurs au sein de la structure.
- Le modèle associatif permet également de s'affranchir de nombreuses modalités administratives incontournables au sein des autres structures, avec des statuts définis par ses propres membres ce qui offre une liberté d'organisation assurant une facilité d'adhésion et de sortie des participants selon l'évolution des missions.
- L'association ne présente aucune limite quant à la qualité des membres qui participeront au projet de CPTS, le cadre étant défini selon les besoins et les projets entrepris. Ce modèle peut notamment inclure les structures d'exercice, les structures de moyens, les structures associatives préexistantes et les structures de droit public ou privé, comme les centres hospitaliers.

Le principal frein à l'organisation selon le modèle associatif est d'ordre financier :

- L'association est par définition un organisme à but non lucratif. Les acteurs ainsi volontaires pour la mise en place d'une CPTS selon le cadre associatif ne pourront pas percevoir de rémunération pour leur travail réalisé au sein de celle-ci. Le travail des membres est ainsi effectué de façon bénévole, ce qui risque de limiter l'implication de différents participants et donc de freiner l'avancée des projets.
- Le statut associatif paraît donc à ce jour être une structure adaptée à l'élaboration d'une CPTS, de par sa grande souplesse et sa facilité de gouvernance. Toutefois, celle-ci demande une implication bénévole des différents acteurs pouvant engendrer des réticences à la participation et à la réalisation des projets entrepris.

La grande majorité des projets de CPTS existants à ce jour se sont constitués sous forme associative. Ce cadre est actuellement privilégié du fait de sa simplicité. La structure associative offre la possibilité d'associer un grand nombre d'acteurs, tout en conservant une gouvernance très souple.

- **Le Groupement d'intérêt Economique :**

Le GIE consiste en la création d'une entité juridique à part entière tout en conservant l'individualité et l'autonomie complète de chacun de ses membres.

Cette structure peut être constituée par deux personnes, physiques ou morales, et a pour objet de faciliter l'activité économique de ses membres, en partageant la visibilité et par la mise en commun des moyens, tout en leur permettant de conserver leur activité propre. Cela ne permet en revanche pas la mise à disposition de personnel sous statut public, compromettant la participation du milieu hospitalier. Se pose de plus la problématique de la responsabilité de ses membres qui n'est pas définie, illimitée et solidaire.

- **Le Groupement de Coopération Sanitaire :**

Créés depuis le 24 Avril 1996 à destination des établissements de santé, les GCS se sont ouverts aux médecins libéraux suite à la loi de financement de sécurité sociale de 2004. Il s'agit du support privilégié dans le cadre de la coopération entre le secteur public et privé, mais aussi entre la ville et l'hôpital.

Celui-ci permet d'associer des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, des centres de santé, des maisons de santé, des professionnels médicaux libéraux mais aussi des acteurs du secteur médico-social. Au sein de ce cadre, la responsabilité de chacun de ses membres est limitée à proportion de leurs propres droits sociaux.

Sa composition nécessite cependant la participation d'au moins un établissement de santé, ce qui n'est pas systématiquement réalisable selon le secteur géographique ou encore selon les missions de la CPTS.

- **La Société Coopérative de Médecins :**

La société coopérative de médecins fut créée en 1965 et modifiée par un décret du 29 Juillet 2004, elle a pour objet de faciliter l'exercice de ses membres en permettant la mise en commun de moyens. Elle est basée sur un système de redevance versée par chacun de ses participants pour couvrir sa part de frais respectives, et est administrée par un gérant chargé de sa coordination. Au sein de cette structure, chaque médecin conserve une indépendance totale dans son exercice.

Elle constitue l'avantage d'être un support souple, qui offre à ses membres l'opportunité de disposer de moyens plus importants par le biais d'un financement commun, de mener des actions communes, sans pour autant restreindre leur champ d'exercice. Elle se démarque également de par sa simplicité de gestion.

Cette structure n'est toutefois dans sa forme actuelle pas applicable pour encadrer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, son accès étant limité aux groupements de médecins généralistes ou spécialistes.

- **La Société Civile Professionnelle :**

La SCP est destinée aux professionnels libéraux dont l'objet est l'exercice en commun. Cet exercice peut s'entendre stricto sensu où dans notre cas être dédié à un exercice de coordination sur un territoire donné.

Les professionnels doivent exercer ensemble, tous être diplômés et ne pas être associés à une autre société de ce type. Les associés au nombre de deux minimums sont obligatoirement des personnes physiques : ils doivent être libéraux.

La création d'une société civile professionnelle doit être validée par le conseil de l'ordre. Les associés répondent indéfiniment et solidairement des dettes sociales de l'entreprise. Les statuts peuvent définir la direction et la gestion. Chaque associé dispose d'une voix pour la prise de décision.

Fiscalement, il existe l'option d'être imposé sur les sociétés ou par défaut relevé du régime des sociétés de personnes, les associés sont alors imposés au titre de leur BNC à titre personnel et selon une répartition qui pourra être définie contractuellement.

5. Constitution du projet de la CPTS :

Le projet de la CPTS, porté par les acteurs des secteurs médical, médico-social et sanitaire, doit être porté auprès de l'ARS référente par l'opérateur du projet. Les promoteurs doivent constituer un dossier au fil de la réalisation des différentes étapes destiné à la présentation du projet à l'ARS rattachée au territoire d'action. Ce dossier est indispensable pour accompagner la validation de la mission, et constitue un rapport détaillé de la CPTS.

Le dossier finalisé doit répertorier au minimum l'ensemble des informations suivantes :

- La liste des personnes, services et/ou établissements impliqués dans la constitution du projet et la participation aux missions.
- Les problématiques d'accès aux soins et/ou de continuité des parcours de santé identifiées par ces acteurs sur leur territoire (indicateurs d'état des lieux de l'existant quantitatifs et qualitatifs, descriptif de la prise en charge et/ou du type de parcours patients posant problème).
- Le bilan des modalités de travail et des niveaux de coordination déjà existants entre les acteurs impliqués (systèmes d'information communs, messagerie sécurisée, réunions communes, protocoles de prise en charge communs...).
- Les moyens d'actions envisagés par les acteurs impliqués pour répondre aux problématiques identifiées.
- Les objectifs visés par le projet de CPTS (indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'amélioration de la situation initiale) à la fois pour les patients concernés et pour les acteurs impliqués.
- L'envergure du bassin de population potentiellement concerné par le projet proposé.
- La description du territoire d'action du projet.
- La chronologie de réalisation des projets envisagés par les acteurs (phase de construction, dépôt du projet de santé, début de mise en œuvre).
- Le bilan de la dynamique territoriale ainsi que des projets déjà existants, et l'articulation prévue entre la CPTS et les autres dynamiques.

Les acteurs du projet peuvent prendre contact auprès de l'ARS référente afin de pouvoir affiner, grâce aux données de diagnostic territorial disponibles par les travaux menés, ainsi que la connaissance des ressources potentiellement mobilisables, les missions à mener par la CPTS.

6. Les systèmes d'information numériques :

La mise en place d'une CPTS doit impérativement s'appuyer sur le déploiement d'un système d'information unique et partagé par le biais d'outils et de services numériques. Ce système doit permettre de favoriser la communication, l'échange et le partage d'informations, et favoriser la coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il doit également offrir un accès à l'information partagée et aux services à partir de l'outil du professionnel, ou encore d'un portail web ou d'outils numériques mobiles tout en conservant son contexte sécurisé et incluant des modules spécifiques adaptés à l'usage de l'ensemble des partenaires.

Ce système d'information doit être partagé et rendu accessible à l'ensemble des professionnels participants au projet. Fondamentalement, cela repose sur l'utilisation de deux outils « basiques » correspondant à deux exigences indispensables :

- Un outil permettant de consulter et d'actualiser en permanence et de n'importe quel lieu le dossier du patient, et d'en échanger les contenus selon des protocoles cohérents avec les responsabilités des différentes professions de santé : c'est le DMP.
- Un outil d'échange d'informations sécurisé et validé entre professionnels de santé, y compris en interprofessionnel, ainsi qu'entre la ville et l'hôpital : c'est la MSS.

• Le Dossier Médical Personnel :

Le DMP est un dossier médical dématérialisé, informatisé et sécurisé, proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Cet outil est utilisé par les professionnels de santé, après consentement du patient.

Le déploiement du DMP a été accéléré en 2016, notamment grâce à la mise en place d'une gouvernance dédiée et coordonnée, sous l'égide de la CNAM, au travers d'une première étape de déploiement dans 9 départements pilotes initiée en Janvier 2017, afin d'identifier les bonnes pratiques nécessaires à la préparation et au succès d'un déploiement national. La stratégie vise dans un premier temps la création en masse des DMP et l'équipement des professionnels libéraux et hospitaliers en logiciels DMP-compatibles.

En Mai 2018, grâce à cette stratégie, 1.2 millions de DMP avaient été ouverts, dont plus de 500 000 dossiers en un an dans les sites pilotes, ce qui représente deux fois plus de dossiers que l'année précédente. Cette stratégie a été intensifiée avec l'entrée en Octobre 2018 en phase de généralisation nationale d'ouverture des dossiers, qui se base sur les apprentissages de la phase pilote afin de faciliter et d'accélérer la création en masse de DMP.

Cette mission a été motivée suite au constat que le taux de DMP en France demeure encore très faible en 2016 soit 12 ans après sa création en 2004, avec seulement 584 229 dossiers. Un état des lieux effectué en 2016 montre que seuls 20 % des établissements hospitaliers chargent le compte-rendu d'hospitalisation sur le DMP. L'étape de présérie du DMP a permis de montrer que la majorité des professionnels de santé libéraux n'ont pas un usage quotidien du DMP, même si cet usage est en nette progression (en 2017, 45 000 DMP ont été alimentés, soit une hausse de 30 % sur un an). Afin de favoriser l'usage du DMP, la stratégie s'appuie sur l'alimentation par la CNAM des deux dernières années de consommation de soins, sur l'élaboration d'un plan d'actions en direction des établissements (hôpitaux et EHPAD) et sur l'accompagnement des professionnels de santé libéraux par l'Assurance maladie (conseillers informatique et services – CIS – et délégués d'Assurance maladie - DAM).

Depuis le lancement national du déploiement, 6 millions d'ouvertures de dossier ont été atteintes en Juin 2019, et l'Assurance Maladie vise franchir la barre des 10 millions de dossiers d'ici à début 2020.

- **La MSSanté :**

La transmission de messages cryptés est à ce jour le moyen de communication médicale électronique le plus utilisé par les praticiens. Cet outil est accessible par chaque médecin bénéficiant de matériel informatique et est conforme aux consignes juridiques de sécurité et de confidentialité spécifiées par l'article L. 1110-4 du Code de Santé Publique.

Le système MSS désigne un espace de confiance déployé par la CNAM pour les acteurs de ville et par l'ASIP Santé pour les établissements de soins, en concertation avec les Ordres professionnels de santé et des industriels, regroupant un ensemble de messageries développées par différents opérateurs. Toute messagerie professionnelle sécurisée de santé est potentiellement compatible avec le système, ce qui permet d'offrir une facilité de communication constituant un levier important dans l'amélioration de la coordination des soins entre les différents professionnels de santé.

Les messageries intégrées à l'espace MSS s'appuient sur un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé qui permet à tout utilisateur de retrouver facilement un correspondant.

Depuis sa création en Juin 2013 La MSS connaît enfin depuis 2017 une réelle accélération au niveau national de son déploiement, avec un taux de professionnels libéraux équipés de 42,3% en Février 2018, ce qui représente 48 494 médecins libéraux. Par ailleurs, 1 974 établissements de santé sont inscrits dans une démarche d'accompagnement pour intégrer cet espace de confiance, avec notamment une majorité des grands hôpitaux publics et des principaux groupements privés.

Il faut également y ajouter l'apport important constitué par l'intégration des 80 000 utilisateurs actifs, dont 46 000 professionnels libéraux, du logiciel APICRYPT qui a rejoint l'espace de confiance de la MSS le 28 Juin 2018.

Dans le cadre du programme Territoire Santé Numérique (TSN), développé en France depuis 2014, le programme national nommé e-parcours a été développé en Mars 2017 dans le but d'accompagner la mise en œuvre de Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs) destinés au service des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées au travers de dispositifs d'aide à la coordination.

Ce programme a été initialement conçu pour intervenir dans le cadre de la mise en place des PTA, dans une logique très spécifique avec des critères restreints, excluant ainsi l'applicabilité à l'outillage des CPTS. A l'heure actuelle, une nouvelle instruction de la DGOS est en cours d'étude pour réorienter le programme afin de le rendre accessible aux exigences des CPTS. Une première liste des services socles qui seraient inclus dans cette instruction a déjà été établie :

- Des fonctions permettant la sécurité et la cohérence : fonctions d'authentification, de gestion des habilitations et de sécurité, annuaires des professionnels et des structures, tels que les Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR), identification des patients au moyen du numéro d'inscription au répertoire de la sécurité sociale.
- Des services nationaux de partage et d'échange : DMP et messageries sécurisées type MSS.
- Des documents de nature médicale ou médico-sociale de liaison, à savoir les lettres de liaison et les comptes rendus hospitaliers et des urgences, des synthèses médicales, les comptes rendus d'examens et des carnets de vaccination en ligne.
- Des fonctions d'infrastructure.

7. Les financements :

Actuellement, les budgets des projets de CPTS sont compris en moyenne entre 20 000 et 150 000€, en fonction du territoire et du nombre de missions du projet de santé. Ces budgets recouvrent des frais de nature diverse :

- Le défraiement des professionnels de santé qui se mobilisent pour élaborer le projet de santé, puis pour mettre en œuvre ses actions
- Le recours à des prestataires externes pour l'appui méthodologique et juridique à la conception des CPTS.
- Les salaires des coordonnateurs des CPTS.
- La prise en charge des enjeux de coordination et des actions de communication.

- Des frais divers matériels (communication, location de salles, frais de bouche pour les réunions, etc.).
- Des frais de nature immobilière ou des demandes d'investissement informatique.
- L'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination.
- La prise en charge des frais de formation des professionnels de santé.

- **L'Accord Conventionnel Interprofessionnel :**

L'ACI est un accord allouant aux professionnels de santé qui en font partie, au sein d'une structure poly catégorielle (MSP mono-site ou multi-sites, centre de santé, PSLA), constituée en regroupement dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'AM au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, le droit de pouvoir bénéficier d'une rémunération commune spécifique.

La contractualisation à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), permet de bénéficier d'une rémunération spécifique complémentaire, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs orientés autour de trois axes :

- Un renforcement de l'accès aux soins
- Le développement du travail en équipe
- L'utilisation d'un système d'information partagé

Ces indicateurs sont répartis selon trois modèles, afin de permettre aux professionnels d'augmenter progressivement les objectifs visés par la structure.

Se placent en premier lieu les indicateurs « prérequis socles », dont l'atteinte est obligatoire pour pouvoir percevoir une rémunération de la part de l'AM :

- Amplitude d'horaire d'ouverture (avec au moins un professionnel de santé présent) de 8h à 20 du lundi au vendredi et de 8h à 12 h le samedi.
- Pas de fermeture pendant les congés scolaires.
- Plages de soins non programmés tous les jours.
- Présence d'un coordinateur, soit au sein de l'équipe de soins, soit un membre du personnel recruté spécifiquement pour cette fonction.
- Système d'information (c'est-à-dire logiciel de gestion des dossiers médicaux) labellisé par l'ASIP, commun à tous les professionnels de la structure et permettant le partage de l'information.

Il existe également des indicateurs « socles », qui ne sont toutefois pas indispensables pour obtenir une rémunération, qui apportent une rémunération variable en fonction des réalisations :

- Elaboration de protocoles pluriprofessionnels.
- Concertation pluri-professionnelle : réalisation d'au moins 6 réunions par an entre les professionnels de la structure.

Aux indicateurs précédemment situés s'ajoutent des indicateurs « optionnels », dont l'atteinte est facultative et permet d'accroître le taux de rémunération perçu :

- Diversité des professions médicales ou paramédicales représentées (avec 2 niveaux).
- Organisation de consultations de second recours (avec aussi 2 niveaux).
- Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM.
- Missions de santé publique.
- Mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients.
- Formation des jeunes professionnels.
- Coordination externe.
- Système d'information niveau avancé.

Si les missions requises pour percevoir la rémunération sont identiques pour les CPTS, le mode de financement a été réévalué à plusieurs reprises par la CNAM et finalement adopté le 25 Août 2019 afin de s'adapter aux spécificités de la structure. La CNAM propose ainsi de moduler le financement des CPTS en fonction de la taille du bassin de population couvert par le projet, la répartition étant arbitrairement définie selon quatre tailles de population.

De plus, la CNAM prévoit deux temps dans la perception de la rémunération par les CPTS : une aide financière à l'amorçage de la CPTS ainsi qu'une aide allouée selon les missions réalisées par la CPTS.

L'aide au fonctionnement, versée intégralement dès la signature du contrat, est basée sur un montant forfaitaire, elle doit permettre de rémunérer un coordonnateur, le temps de concertation et l'acquisition des outils numériques partagés. Le montant alloué à ce titre est de 50 000 euros pour les CPTS de moins de 40 000 habitants, de 60 000 euros pour les structures entre 40 000 et 80 000 habitants, de 75 000 euros pour les CPTS de 80 000 à 175 000 habitants et de 90 000 euros au-delà de 175 000 habitants.

L'aide financière allouée aux missions, versée pour chaque nouvelle mission entreprise par la CPTS, doit pouvoir couvrir l'ensemble des dépenses requises à l'exercice de la mission : charges de personnel, indemnisation du temps passé, outils de coordination ou communication... Elle comprend à la fois une part fixe et forfaitaire, variable selon la taille de la CPTS, ainsi qu'une part supplémentaire d'un montant équivalent à la part fixe. Cette part complémentaire n'est pas prédéfinie et doit se décider localement selon chaque contrat, en fonction des conditions de mise en œuvre de la mission et l'atteinte des objectifs attendus.

Selon ces bases de financement, pour une structure de moins de 40 000 habitants, le montant annuel cumulant forfait structure et financement des missions peut atteindre 220 000 euros, tandis qu'une communauté de plus de 175 000 habitants peut percevoir jusqu'à 450 000 euros par an.

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Population couverte		<40 000 habitants	Entre 40 et 80 000 habitants	Entre 80 et 175 000 habitants	>175 000 habitants
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés (enveloppe fléchée)</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total	75 000 €	92 000 €	120 000 €	150 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixe et variable	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

Tableau 1 : Montants des financements par l'ACI

- **Le Fonds d'Intervention Régional :**

Le FIR a pour but de financer des actions et des expérimentations validées par les ARS en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. Mais il s'agit de financement d'amorçage et la pérennité du financement de la CPTS n'est actuellement pas organisée au-delà de la signature de la convention avec l'ARS, hormis le cas échéant pour des actions spécifiques, par exemple de santé publique pour lesquelles les crédits sont identifiés au sein du FIR.

L'aide financière totale consacrée pour l'année 2018 aux projets de CPTS demeure très modeste, elle est évaluée entre 1 et 1,5 millions d'euros. Selon les régions, l'aide à l'élaboration du projet de CPTS est comprise entre 7 000 et 50 000€, et seules quelques ARS ont défini et publié un protocole d'accompagnement financier des CPTS. Pour exemple, sur le territoire Grand Est, il est proposé un financement d'amorçage d'un montant maximal de 100 000€ reversés sur 3 ans, avec un complément de 60 000€ spécifique à l'organisation des soins non programmés. Ceci représente une part minime des fonds annuels alloués aux réseaux de santé puisqu'en comparaison, les financements octroyés par les ARS pour l'ensemble des réseaux en 2017 s'élevaient à 144 millions d'euros, dont 11 Millions pour le financement des 54 PTA mises en place sur le territoire français.

- **L'incitation financière de l'Assurance Maladie :**

Les conventions médicales signées depuis 2016 entre les professionnels de santé libéraux et l'UNCAM prévoient une incitation financière à la participation à une forme d'exercice coordonné, quelle qu'elle soit. Ainsi, les médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes peuvent toucher un forfait annuel d'un montant de 100€ jusqu'à 400€ au titre de la participation à une équipe de soins primaires, une CPTS ou une MSP. Ceci représente, en 2017, une indemnisation totale de 950 000€ pour les médecins participant à une forme d'exercice coordonné.

Cette contribution reste modeste, elle se révèle surtout utile pour contribuer à faire connaître les différents modes d'exercice coordonné aux professionnels de santé.

De plus, des financements supplémentaires peuvent également être perçus de la part de partenaires selon les dispositifs locaux de collectivités territoriales en place.

C. La démographie du Sud-Manche :

1. Le territoire du Sud-Manche :

Le territoire est composé de 3 communautés de commune ou d'agglomération. Ces 3 territoires comprennent :

- La CC (Communauté de Commune) de Villedieu Intercom.
- La CC de Granville Terre et Mer.
- La CA (Communauté d'Agglomération) du Mont-Saint-Michel Normandie. Celle-ci comprend un vaste territoire comprenant les CC de Avranches/Mont-Saint-Michel, Saint-James, Mortanais, Saint-Hilaire-Du-Harcouët, Val de Sée.

Ce territoire s'étend sur un total de 156 communes pour une superficie totale de 2131 km², dont 1500 km² pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie. Il est constitué de 2 grandes zones urbaines, Avranches et Granville, et apparaît plus rural sur le reste du territoire. Sur la majeure partie du territoire, le développement des réseaux de transports intercommunaux est insuffisant.



Figure 2 : Carte des EPCI 2019 de la Manche

2. La démographie de la population :

L'ensemble de ces données démographiques proviennent des statistiques issues du recensement de l'INSEE de 2016.

Le territoire du Sud-Manche comprend 148 184 habitants, (44 464 pour la CC de Granville Terre et Mer, 87 984 pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, 15 736 pour la CC de Villedieu Intercom) Variation de population + 0,4 en France.

La densité de population est de 89,2 habitants / km² (157,2 habitants / km² pour la CC de Granville Terre et Mer, 57 habitants / km² pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, 53,5 habitants / km² pour la CC de Villedieu Intercom). La moyenne nationale s'élève à 104,9 habitants / km².

Le taux de natalité est de 9,6 pour 1000 habitants (8,1 pour 1000 habitants pour la CC de Granville Terre et Mer, 9,5 pour 1000 habitants pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, 11,1 pour 1000 habitants pour la CC de Villedieu Intercom). Ce taux est à 12,4 pour 1000 habitants en France.

Le taux de mortalité est de 12 pour 1000 habitants (12,6 pour 1000 habitants pour la CC de Granville Terre et Mer, 11,4 pour 1000 habitants pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, 12,1 pour 1000 habitants pour la CC de Villedieu Intercom), pour une moyenne nationale de 8,6 pour 1000 habitants. Les causes de décès prépondérantes sur le territoire, en comparaison avec la population générale Française sont le suicide, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies liées à l'intoxication par le tabac ou l'alcool.

a. Niveau socio-économique :

Un bilan par catégorie socio-professionnelle montre que dans le département de la Manche, il existe une part plus importante agriculteurs exploitants, avec 4,6% de la population, contre 1,4% en France ainsi que d'ouvriers, avec 26,5% contre 20% de la population française. Le nombre de personnes retraitées est également plus important, avec 10,1% de la population du territoire, contre 6,9% en France. A contrario, la proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures est moindre, avec 10% dans la Manche contre 17,8% en France, et le taux de chômage, à hauteur de 11,2% est plus faible, que dans le reste de la population française ou il s'élève à 14,1%.

Il en résulte une disparité du niveau de vie de la population, sur le territoire du Sud-Manche, en comparaison du niveau de vie national moyen. Selon les données recensées par l'INSEE en 2015, la médiane s'élève à 19 758€ dans le département de la Manche, pour une médiane nationale de 20 565€. Il faut également noter qu'il existe des disparités au sein même du territoire, avec une médiane plus importante au pourtour des zones urbaines, s'élevant à 20 538€ pour la CC de Granville Terre et Mer, contrastant avec les zones plus rurales du territoire, comme la CC de Villedieu

Intercom avec une médiane de 18 674€. Malgré ces disparités, le taux de pauvreté global du département de la Manche est de 12,8%, soit inférieur au taux en France qui est de 14,9%.

Ces éléments expliquent que la CC de Villedieu Intercom ainsi que la CA du Mont-Saint-Michel Normandie sont des zones géographiques classées ZRR (Zone de Revitalisation Rurale). La notion de ZRR regroupe des ensembles de communes définies comme fragiles, dans le but d'y proposer des mesures fiscales et sociales afin de favoriser l'implantation d'entreprises et relancer ainsi la dynamique économique du territoire concerné. Pour être reconnue en tant que ZRR, la zone concernée doit avoir une densité de population inférieure ou égale à la médiane des densités par inter-communauté ainsi qu'un revenu fiscal médian inférieur à la médiane nationale.

1 Classement des communes en zone de revitalisation rurale - ZRR, 2018

Source : CGET, arrêtés établis entre 1995 et 2018



Figure 3 : Classement des communes déclarées ZRR dans le département de la Manche en 2018

b. Population âgée :

La proportion des gens âgés de moins de 30 ans sur le territoire du Sud-Manche représente 29,8% de la population, alors qu'elle est en moyenne de 36% en France. A l'inverse, la proportion des gens âgés de 60-74 ans est de 19,8%, contre 15,9% à l'échelle nationale, et les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 14,5% de la population locale, alors qu'ils représentent 9,3% de la population française.

Cette répartition démographique rend compte, sur la mesure de l'indice de vieillissement, basé sur le rapport du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, d'un vieillissement sur le territoire significativement supérieur à la moyenne nationale avec un taux de 127, contre 78 en France.

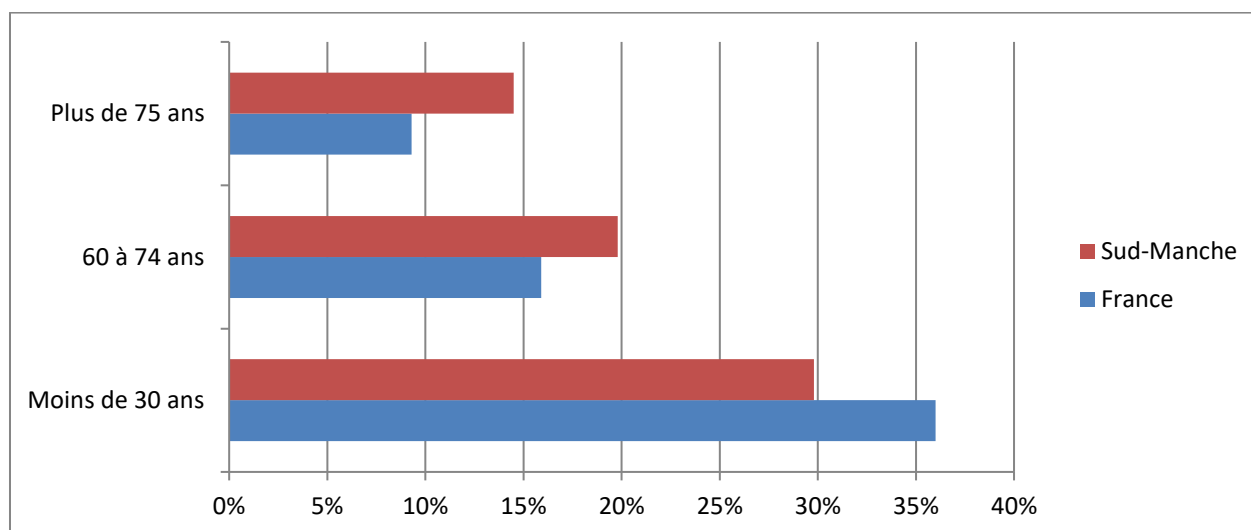


Tableau 2 : Démographie du Sud-Manche en fonction de l'âge

c. Couverture par les prestations de protection sociale :

La part des bénéficiaires de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés), âgés de 20 à 65 ans, est de 27,6 pour 1000 habitants (38 pour 1 000 habitants pour la CC de Granville Terre et Mer, 27 pour 1 000 habitants pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie et 18 pour 1000 habitants pour la CC de Villedieu Intercom), pour une moyenne nationale de 25 pour 1000 habitants bénéficiaires.

Concernant l'APA, on dénombre un taux de 73 pour 1 000 habitants bénéficiaires parmi les personnes âgées de 60 et plus dans le département de la Manche, contre 78 pour 1 000 habitants en France.

Dans la Manche, 11 579 personnes, soit 23 pour 1 000 habitants, bénéficient du RSA (Revenu de Solidarité Active), alors que 36,2 pour 1 000 habitants en bénéficient dans le reste de la France.

La part de la population couverte par la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) est de 4,4% dans le département de la Manche, ce qui est inférieur à la moyenne nationale qui est de 6,8%.

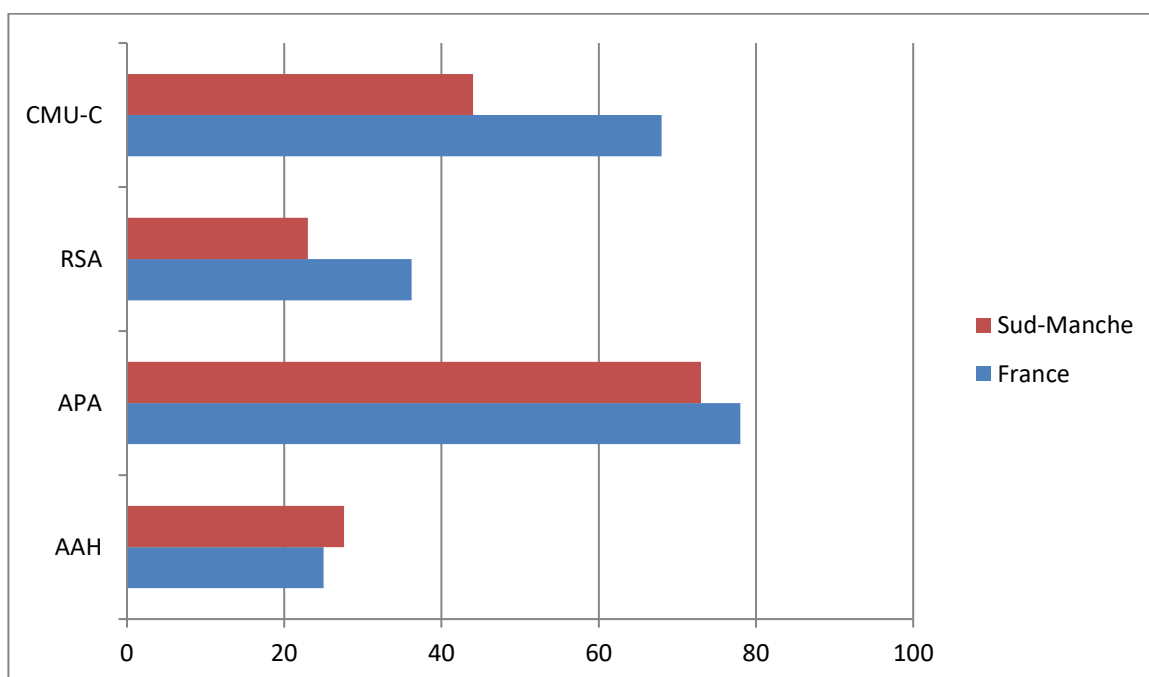


Tableau 3 : Taux de couverture par les prestations sociales, pour 1000 habitants

Malgré un indice de vieillissement plus élevé ainsi qu'un niveau socio-économique global plus faible, le territoire bénéficie d'une couverture sociale moins importante, en comparaison au plan national.

3. L'offre de soins du territoire : **a. Médecins généralistes et PSLA :**

Le territoire du Sud-Manche comprend, au 1^{er} Janvier 2018, 122 médecins généralistes, ce qui correspond à une hausse de 9% depuis 2014 où le territoire en comptait 112. En termes de densité territoriale, cela correspond à 83 médecins généralistes pour 100 000 habitants (79 sur l'ensemble du département de la Manche). Ce taux est inférieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Les effectifs de médecins généralistes détaillés pour chaque CC et chaque CA du territoire sont les suivants :

- CC de Granville Terre et Mer : 45 médecins généralistes pour une densité de 101 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 50 ans.
- CC de Villedieu Intercom : 12 médecins généralistes pour une densité de 76 pour 100 000, et une moyenne d'âge de 46 ans.

- CA du Mont-Saint-Michel Normandie : 65 médecins généralistes pour une densité de 74 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de
- CC de Avranches / Mont-Saint-Michel : 29 médecins généralistes pour une densité de 81 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 50 ans.
- CC du Mortanais : 14 médecins généralistes pour une densité de 95 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 59 ans.
- CC de Saint-Hilaire-du-Harcouët : 13 médecins généralistes pour une densité de 66 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 54 ans.
- CC du Val de Sée : 9 médecins généralistes pour une densité de 52 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 47 ans.

La proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans est similaire dans le territoire du Sud-Manche, avec un taux de 29,6%, dont 40.6% pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, en comparaison à la moyenne nationale qui est de 30.3%. Il est important de noter qu'en 2017, ce taux était largement supérieur, aux alentours de 45%. Cette brutale diminution de la moyenne d'âge sur le territoire est principalement expliquée par le départ à la retraite simultané de 3 médecins généralistes de la CC de Villedieu Intercom.

Parmi ces médecins généralistes, certains ont choisi ou ont pour projet de se regrouper au sein de PSLA ou de MSP, dans le but de favoriser l'exercice coordonné. Sur le territoire, on dénombre actuellement :

- 7 structures en activité : PSLA de Villedieu-Les-Poêles, 2 PSLA à Granville (du Port et de l'Octroi), PSLA de Saint-James, PSLA de Avranches / Sartilly-Bocage, PSLA de Le Teilleuil / La Sélune, PSLA de Bréhal, MSP de Saint-Pair-sur-Mer.
- 1 structure en construction : PSLA de Mortain / Sourdeval.
- 1 structures en projet : PSLA d'Hambye.

Ces PSLA fonctionnent sous la forme juridique d'une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), leur permettant de pratiquer un exercice pluri-professionnel et coordonné.

b. Médecins spécialistes :

Selon les données du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2019, on dénombre 197 médecins toutes spécialités et modes d'exercice confondus sur le territoire du Sud-Manche. Les médecins de spécialité médicale sont au nombre de 147, ce qui correspond avec une densité moyenne sur le département de la Manche de 79.5 pour 100 000 habitants. Ce taux est nettement inférieur à la moyenne nationale qui est de Les médecins de spécialité chirurgicale 50 densité de 24.1 pour 100 000 habitants

Parmi ces médecins, une grande majorité a un exercice hospitalier seul, principalement au sein des hôpitaux du CHAG ainsi que dans la clinique privée d'Avranches.

Concernant les médecins spécialistes exerçant une activité libérale ou mixte, ils sont majoritairement répartis sur les deux grands pôles urbains que sont Avranches et Granville. Une petite part d'entre eux effectue des consultations externes au sein des autres hôpitaux locaux ou encore au sein des PSLA du territoire, malgré cela, la disparité dans l'accès aux soins spécialisés demeure très forte sur le territoire.

Le déficit en médecins de spécialités est particulièrement marqué dans les spécialités suivantes : cardiologie, endocrinologie, gynécologie-obstétrique, gériatrie, rhumatologie, neurologie, urgences, psychiatrie, anesthésie, radiologie et oncologie. Pour avoir recours à ces spécialités, il est fréquent que les patients aient recours à des professionnels hors du territoire.

c. Autres professionnels de santé :

Selon les chiffres du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, au 31 Décembre 2018, on dénombre sur le territoire du Sud-Manche un total de 63 chirurgiens-dentistes installés. Cela représente une densité de 4 pour 10 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale de 5,3 pour 10 000 habitants.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, on en dénombre 108 sur le territoire, en augmentation dans la région comme dans le reste de la France. Leur densité de 7,7 pour 10 000 habitants reste toutefois inférieure à la moyenne nationale qui est de 10,4 pour 10 000 habitants.

Pour ce qui est des IDE libéraux, leur nombre est également en augmentation sur le territoire, comme en France, avec un total de 206 infirmiers libéraux exerçant dans le Sud-Manche. En termes de densité, cela correspond à un taux de 13,8 pour 10 000 habitants, ce qui reste toutefois inférieur à la moyenne nationale de 14,4 pour 10 000 habitants.

En ce qui concerne les sages-femmes, il y en a 9 en activité libérale sur le territoire du Sud-Manche. Cela correspond à une densité de 0.9 pour 10 000 habitants, ce qui est également inférieur à la moyenne nationale qui est de 1,8 pour 10 000 habitants. Leur nombre est cependant en croissante augmentation sur le territoire depuis plusieurs années. Il est intéressant de noter qu'à ce jour la CC de Villedieu-les-Poêles ne comporte aucune sage-femme libérale sur son territoire.

Enfin, concernant les pharmacies, le nombre d'officines présentes dans le Sud-Manche est de 46, en diminution depuis 2014 comme dans le reste de l'hexagone. Leur densité dans le département de la Manche reste aussi inférieure à la moyenne nationale avec un taux de 41,9 pour 100 000 habitants, contre 46,2 en France.

d. Etablissements de santé :

Le GHT Mont-Saint-Michel constitue un regroupement de 7 hôpitaux publics, répartis sur l'ensemble du territoire du Sud-Manche. Il comprend le CH Avranches-Granville, qui représente 2 structures hospitalières réparties sur les deux grands pôles urbains du Sud-Manche, ainsi que 5 autres hôpitaux de taille moins importante : le CH de l'Estran-Pontorson, le CH de Saint-Hilaire-du-Harcouët, le CH de Mortain, le CH de Villedieu-les-Poêles et le CH de Saint-James. Le GHT inclus également le CAS (Centre d'Accueil et de Soins), qui est un établissement médico-social public présentant une direction partagée avec le CH de Saint-James.

Il a été officiellement créé le 8 Août 2012 par un arrêté de l'ARS Basse-Normandie. Ces établissements se sont rassemblés au sein d'un GCS, dans le but de s'engager dans des démarches de partenariats et de mutualisation de leurs moyens et de leurs compétences, pour assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Leur convention a été réévaluée en 2016, date depuis laquelle ils adoptent un service de direction commun.

Le GHT est en relation étroite avec le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Caen avec notamment la formation d'étudiants (internes et externes) sur le CH Avranches-Granville et sur le CH de Villedieu-Les-Poêles, l'emploi de la télémédecine. Il recherche également à renforcer le lien entre les hôpitaux et les praticiens de ville grâce à l'utilisation du DMP depuis 2016, au développement des MSS, et à l'association aux services PRADO (Programme d'accompagnement au Retour A Domicile après hospitalisation) : maternité, insuffisance cardiaque, BPCO, chirurgie, personnes âgées.

Sa taille est comparable à la moyenne nationale et régionale (7,3 établissements en moyenne), pour un bassin de population bien inférieur (565 000 habitants en moyenne). Il comptabilise un total de 566 lits de MCO (dont 24 lits d'obstétrique), 402 lits de psychiatrie et 134 places en SSR. Ce GHT comprend :

- 3 services d'urgences répartis sur les sites d'Avranches, Granville et Saint-Hilaire-du-Harcouët.
- Un hôpital spécialisé dans la Santé Mentale, avec de nombreuses consultations externes, une EMPPA (Equipe Mobile Psychiatrique Personnes Agées) et une EMPE (Equipe Mobile Précarité Exclusion).
- Un centre d'insuffisants rénaux chroniques.
- Un service d'HAD qui prend en charge principalement la partie Ouest du territoire du Sud-Manche, le reste du territoire étant couvert par le service d'HAD dépendant du CH de Vire.
- Une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).
- 12 lits de soins palliatifs (5 sur le CH de Saint-James, 3 sur le CH de Mortain, 4 sur le CH de Villedieu-les-Poêles).

Le territoire du Sud-Manche dispose également d'une clinique privée, la Polyclinique de la Baie, située au niveau du pôle urbain d'Avranches. Celle-ci comprend 117 lits de MCO et 45 places de SSR. Elle possède également une importante activité de consultations externes, et emploie 69 médecins. On y retrouve également : un service d'urgences sur la journée, un centre de cancérologie, avec un service comprenant 7 lits de soins palliatifs, un centre de chirurgie épaule-main, un centre d'ophtalmologie ainsi qu'un centre d'éducation thérapeutique pour la nutrition et la prise en charge de l'obésité.

Enfin le dernier établissement de santé présent sur ce territoire du Sud-Manche est un EMPR (Etablissement privé de Médecine Physique, Rééducation et Réadaptation en milieu marin), le Normandy, situé au niveau du pôle urbain de Granville. Celui-ci est réparti sur 2 sites, et emploie plus de 500 professionnels dont 17 médecins. Il a une capacité de 280 lits d'hospitalisation à temps complet et 91 places d'hospitalisation de jour.

L'ensemble de ces établissements de santé offrent au territoire du Sud-Manche une capacité d'accueil de 1 083 lits d'hospitalisations ainsi que de 550 places de prise en charge en SSR. L'offre de soins en SSR est supérieure à l'offre moyenne du territoire français et peut s'expliquer par la présence de l'EMPR et des besoins de la population présentant un indice de vieillissement plus important que la moyenne nationale.

e. Structures sociales, médico-sociales et sanitaires :

Le territoire du Sud-Manche est composé de 2 services d'HAD qui se répartissent le territoire en deux zones. Le service du CH Avranches-Granville couvre le territoire de la CC de Granville Terre et Mer ainsi que la partie Ouest de la CA du Mont-Saint-Michel Normandie. La seconde zone, comprenant la CC de Villedieu Intercom ainsi que la partie Est de la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, est couverte par le service d'HAD du CH de Vire.

A eux deux, ces services disposent d'environ 60 places pour la prise en charge des patients. Les capacités de prise en charge sont variées, et comprennent notamment les soins et gestes suivants : les soins de pansements, l'administration de traitements intraveineux, la prise en charge de la douleur, la gestion d'une nutrition entérale et parentérale, les soins palliatifs, l'éducation thérapeutique dans le cadre de maladies chroniques...

Il existe également 12 SSIAD répartis sur l'ensemble du territoire (3 à Granville, 2 à Avranches, 1 à Saint-James, 1 à Saint-Hilaire, 2 à Mortain, 1 au Val de Sée, 1 à Villedieu-les-Poêles et 1 à Percy) avec une capacité totale de 460 places. La demande demeure malgré tout nettement supérieure, et les listes d'attente peuvent atteindre jusqu'à 30 patients par SSIAD.

L'équipe MAIA du Sud-Manche dispose d'une expertise dans la gestion de cas complexes chez la personne âgée. L'objectif de cette équipe étant d'améliorer la qualité de vie au domicile, de repérer et d'éviter les ruptures de parcours de soins, de coordonner les aides et les services. Cette expertise est très utile dans le cadre du développement de la PTA afin d'apporter toute l'expérience, la connaissance fine du territoire en matière médico-sociale et sociale, mais aussi la méthodologie et une base d'outils (grilles de repérage, formulaire d'évaluation, guichet intégré, système d'information, ...) utiles à la gestion de cas complexes.

Les EHPADs sont au nombre de 27 dans le territoire du Sud-Manche pour un total de 2 246 places (données CPAM de 2017), répartis de manière homogène sur le territoire. Certains de ces établissements proposent des places d'accueil de jour (57 places réparties dans 8 EHPADs), des places d'accueil de nuit (21 places réparties dans 2 EHPADs), des places en hébergement temporaire (61 places réparties dans 5 EHPADs), des unités Alzheimer ou encore un service d'accueil de jour itinérant de 12 places géré par le GHT Mont-Saint-Michel.

Une grande partie de ces EHPADs, au nombre de 17, appartiennent au GCSMS (Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale) inter-établissement du Sud-Manche. Ce groupement vise l'amélioration du parcours de soins ville-hôpital, la mutualisation des compétences pour l'intervention des professionnels dans les EHPADs, l'amélioration de la qualité des prestations offertes ou encore la promotion des établissements sur le territoire du Sud-Manche.

Il est intéressant de noter que le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans est de 117,8 pour 1 000 habitants dans le département de la Manche, contre 121,7 pour 1 000 habitants au niveau national.

Les autres structures sociales et médico-sociales disponibles sur le territoire du Sud-Manche pour les adultes ou les personnes âgées sont :

- Les CMP (Centre Médico-Psychologique) situés sur Saint-Hilaire-du-Harcouët, Avranches, Granville et Pontorson.
- Une PASS située au CH Avranches-Granville afin de permettre l'accès aux soins pour les personnes sans couverture sociale, ou partielle.
- Les services PRADO pour le retour à domicile (maternité, insuffisance cardiaque, BPCO, chirurgie, personnes âgées).
- Les services d'éducation thérapeutique situés au CH Avranches-Granville et à la polyclinique de la Baie d'Avranches.
- Les CCAS (Centre Communautaire d'Action Sociale), au nombre de 8 sur le territoire.
- Les CMS (Centre Médico-Social), au nombre de 4 sur le territoire.
- Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) situé à Avranches.
- Le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) situé à Avranches.

- L'EMPE située au CH de l'Estran-Pontorson.
- Les MSAP (Maison de Services Au Public) qui accompagnent les citoyens des zones rurales et péri-urbaines aux démarches de la vie quotidienne.
- Les USLD (Unité de Soins de Longue Durée) qui accueillent des personnes âgées non autonomes avec des problématiques de santé nécessitant un suivi médical, sont présentes au sein du CHAG pour une capacité de 120 places.
- Les CLIC, au nombre de deux sur le territoire, ont pour missions de recueillir les besoins de la population, agir pour la prévention de la perte d'autonomie, organiser des actions d'informations auprès des personnes dépendantes et de leurs aidants, coordonner et animer les secteurs d'action gériatrique.
- Une équipe mobile et de consultations douleurs, située au niveau du CHAG.
- L'UMOEG (Unité Mobile d'Orientation et d'Evaluation Gériatrique) qui permet d'effectuer des expertises gériatriques hospitalières au sein du CHAG.
- Les ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer), au nombre de 3 sur le territoire (La Haye-Pesnel, Saint-James et Vire).
- L'EMPPA située au CH de l'Estran-Pontorson.
- Les foyers logements et les résidences autonomie permettant aux personnes âgées autonomes de bénéficier de services collectifs (restauration, blanchisserie, animation, ...), au nombre de 9 sur le territoire pour environ 400 places.
- Les résidences de services pour les personnes de plus de 60 ans, autonomes et indépendantes.
- L'accueil familial pour les personnes âgées ou handicapées, avec un total de 152 familles pour 231 places disponibles.
- Les services d'aide à la personne : ADMR, portage des repas, ...

Pour la prise en charge des personnes handicapées, il existe sur le territoire des structures sociales et médico-sociales spécifiques telles que :

- Le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), situé à Saint-James, qui accompagne les adultes déficients intellectuels vivants seul à domicile ou en hébergement.
- Les GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), situés à Granville et Avranches, pour les personnes handicapées psychiques.
- Les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), situés à Granville et Avranches, accueillent des adultes polyhandicapés qui nécessitent une aide pour les actes de la vie quotidienne, des soins et un suivi médical journaliers.
- Les MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), situées à Granville, Pontorson, Saint-James et Saint-Hilaire-du-Harcouët, accueillent des adultes qui nécessitent une aide pour les actes de la vie quotidienne, des soins réguliers et une surveillance médicale.
- Les foyers de vie et les foyers occupationnels, au nombre de 5 sur le territoire, sont des foyers d'hébergement pour les travailleurs handicapés à la journée ou à temps complet.

- Les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), au nombre de 4 sur le territoire, sont des structures de travail adaptées permettant une activité professionnelle dans des conditions aménagées, ainsi qu'un soutien social et éducatif.
- Le CRP (Centre de Rééducation Professionnelle), bien que situé à Caen, propose également des formations aux personnes handicapées du territoire du Sud-Manche.

Enfin, concernant les structures sociales et médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des enfants, on retrouve :

- Le CAMPS (Centre d'Action Médico-Social Précoce), situé à Avranches, qui dépiste et prend en charge les enfants handicapés de moins de 6 ans.
- Le CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique), situé à Avranches, s'occupe lui des problèmes neuropsychologiques et des troubles du comportement.
- Les SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile), situés à Avranches, Granville et Mortain, gèrent les enfants et adolescents avec un handicap intellectuel, physique ou des troubles du comportement.
- Les SSAD (Service de Soins et d'Aide à Domicile) pour les enfants polyhandicapés.
- Les structures de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et d'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), au nombre de 4 sur le territoire du Sud-Manche.
- Les IME (Institut Médico-Educatif), situés à Avranches, Granville et Mortain, accueillent des enfants et des adolescents déficients intellectuels, quel que soit leur niveau de handicap.
- Les ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), situés à Granville et Mortain, accueillent des enfants et des adolescents ayant des troubles du comportement sans déficience intellectuelle.
- Les IEM (Institut d'Education Motrice) accueillent des enfants et des adolescents présentant un handicap physique.
- Le REPPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), situé à Granville.
- Les centres d'accueil familiaux spécialisés ou encore l'établissement d'éducation spécialisé.

III. Les problématiques de mise en place de la CPTS du Sud-Manche :

A. Matériel et méthode :

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les difficultés rencontrées par l'équipe promotrice du projet de CPTS sur le territoire du Sud-Manche, de la constitution du projet jusqu'à sa contractualisation.

Cette étude a été initiée par mon directeur de thèse, le Dr SABATHIER, qui est l'un des médecins promoteurs du projet, lors de mon stage ambulatoire au sein du PSLA de Villedieu-Les-Poêles, dans le cadre du premier cycle de mon internat de médecine générale.

Ce travail a pour objet de retracer l'expérience des professionnels de ville du territoire du Sud-Manche dans l'élaboration de ce projet. Il est motivé par l'inconnu existant autour des CPTS et de leur stratégie de déploiement, qui demeure encore à ce jour, depuis le lancement du projet le Janvier 2016, globalement désorganisée. Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Effectuer une analyse démographique de la population et de l'offre de soins du territoire.
- Identifier les problématiques et les besoins prioritaires en matière de santé sur le territoire.
- Comprendre de quelle façon la mise en place d'une CPTS peut répondre à ces besoins.
- Exposer les projets mis en œuvre par les professionnels de santé.

Le choix pour la réalisation de ce travail s'est donc naturellement porté sur une méthode de recherche qualitative, épidémiologique, observationnelle. La méthode du recueil de données a été effectuée par entretiens individuels et en groupe avec les professionnels promoteurs du projet, ainsi que des échanges avec plusieurs professionnels de santé impliqués sur le territoire. La participation à certaines réunions pour la mise en place du dispositif a également permis d'apporter des données pour cette étude. Le recueil de ces données a été réalisé de Février 2019 à Décembre 2019, période au cours de laquelle l'équipe a construit le projet de la CPTS.

La population étudiée regroupe ainsi des professionnels de santé du territoire de la CC de Villedieu Intercom et de la CC de Granville Terre et Mer, des intervenants de l'ARS Normandie, de la CPAM de la Manche, des professionnels de l'URML et des autres URPS du territoire ainsi que les représentants politiques des deux communautés de communes.

Par ailleurs, concernant le déploiement des CPTS, l'animation sur le plan national reste limitée, avec une intervention minimale en ne précisant ni les positionnements, ni les valeurs ajoutées respectives des différents niveaux de coordination que sont les ESP, les CPTS et les PTA, ni les leviers possibles de facilitation du déploiement. A contrario des autres mesures instaurées, du fait du cadre particulier volontairement libre des CPTS, l'Etat a entièrement laissé à la charge des professionnels l'organisation du cadre stratégique, des objectifs et du déploiement du projet avec une assistance relativement maigre, par proposition d'aides financières et stratégiques au déploiement par le biais des CPAM et ARS locales.

La mise en œuvre et le suivi des projets de CPTS au niveau régional est effectué par les ARS, avec la rédaction de guides, la création de cahiers des charges et d'autres documents de cadrage afin d'aider les professionnels de santé dans leurs démarches. Il existe toutefois une importante inégalité concernant la communication autour de ces documents, avec un accompagnement hétérogène selon les régions. Pour de nombreuses ARS, ces documents ont été très peu transmis auprès des professionnels. Dans les régions les plus engagées dans le développement des CPTS, la dynamique est assurée par un partenariat étroit entre l'ARS et l'URPS médecins, en associant les autres URPS dans une logique interprofessionnelle, ainsi que les fédérations régionales de MSP.

B. La constitution du projet de CPTS :

1. Constitution de l'équipe pluridisciplinaire :

Deux médecins généralistes exerçant au sein des PSLA de Villedieu-les-Poêles et de Granville ont décidé de s'unir dans le but de répondre à l'appel à projet de CPTS en Octobre 2018, portés par la volonté d'organiser les parcours de santé sur le territoire du Sud-Manche.

L'équipe de la CPTS doit être en mesure de faire face aux nouveaux enjeux de santé publique, en termes de coordination et de gestion des prises en charge en premier recours. Pour se faire, l'équipe d'intervention doit donc être pluridisciplinaire et intégrer des acteurs des différents champs médical, médicosocial et social, afin de mener à bien ses missions. Ils font ainsi le choix pour la constitution de l'équipe d'organiser une gouvernance partagée au travers de plusieurs instances :

- Un coordonnateur médical du projet : le Dr SABATHIER Philippe, Médecin Généraliste au sein du PSLA de Villedieu-les-Poêles, également coordonnateur de la PTA du Sud-Manche.
- Un COPIL regroupant les professionnels suivants :
 - Un coordonnateur médical localisé sur la MSPU de Villedieu-les-Poêles : le Dr SABATHIER.

- Un coordonnateur médical localisé sur la CC de Granville : le Pr LE BAS François, médecin généraliste au sein de la MSPU de Granville, également Directeur du Département de Médecine Générale au niveau de l'UFR de médecine de Caen.
 - Le Dr TRENIER Thomas, médecin généraliste à la MSPU de Villedieu-les-Poêles.
 - Le Dr BOYER Nicolas, médecin généraliste à la MSPU de Villedieu-les-Poêles.
 - Le Dr HOFFERER Agnès, MCU et collaborateur à la MSPU de Granville.
 - Mme RICHARD Anne-Laure, pharmacien hospitalier travaillant sur le CHAG et le CH de Villedieu-les-Poêles et référent qualité pour le projet de CPTS.
- Une cellule de coordination

L'équipe négocie la structuration du projet de CPTS sous un statut juridique mixte associant d'une part un groupement sanitaire et d'autre part un modèle associatif type 1901. Elle justifie ce choix au travers de l'inconnu qui existe autour des missions et de leur évolution au fil du temps, car l'association offre une plus grande capacité d'adaptation aux divers projets, ainsi qu'une souplesse dans la gestion et l'organisation, ce qui permet de moduler la gouvernance selon les besoins des professionnels qui se dessinent au cours des missions.

Cette instance juridique reflète également l'importance que les acteurs accordent à la CPTS dans la gestion et la coordination, et la création de liens avec les structures et instances existantes, car ce modèle n'impose pas de restriction sur la qualité ou la quantité des membres qui participeront au projet.

De plus, ce choix apporte une simplicité organisationnelle, permettant de s'affranchir de nombreuses modalités administratives en cas d'intégration ou d'arrêt de collaboration avec certains professionnels, selon l'évolution des missions portées par la CPTS.

En revanche, le choix d'un modèle associatif ne permet pas la rémunération des acteurs par le biais de ce dispositif, c'est pourquoi l'équipe propose également la mise en place d'un groupement sanitaire. Ce modèle partagé permettrait ainsi aux groupes de travail répartis au sein du modèle associatif et de la souplesse qu'il offre de pouvoir bénéficier des fonds alloués dans le cadre de la CPTS pour leurs projets répartis par le biais du GCS. Cela nécessite toutefois la participation d'un établissement de santé pour la gestion des fonds. L'ambition de l'équipe est de construire un modèle similaire à celui réalisé pour la gouvernance de la PTA du Sud-Manche, avec un GCS géré par le GCSMS. Ce procédé permet ainsi de garantir la transparence des finances du dispositif.

2. Le choix du territoire d'action :

L'intention première de l'équipe était de construire le projet de CPTS sur le territoire du Sud-Manche, correspondant aux CC de Villedieu-Les-Poêles, Granville et la CA du Mont-Saint-Michel Normandie. Ce choix se justifiait par l'important maillage médical et médico-social préexistant, la bonne connaissance des professionnels, principalement médicaux, entre eux, et la dynamique présente et la structuration des équipes, notamment au travers de l'activité des trois MSPU de Villedieu-Les-Poêles, Granville et Saint-James, qui sont à l'origine de la création de la PTA du Sud-Manche et sa réussite actuelle.

Toutefois, ce choix comportait une certaine disparité territoriale concernant la démographie médicale. La partie Est du territoire, constituée par les bassins de vie de Mortain, Saint-Hilaire-Du-Harcouët et Brécey est vaste géographiquement (la CA Mont-Saint-Michel Normandie s'étend sur 1 500 km²), et la densité des structures médicales, médico-sociales et sanitaires y est plus faible. Par ailleurs, l'équipe possède une moindre connaissance des professionnels sur cette partie du territoire, et ceux-ci travaillent régulièrement avec d'autres intervenants du second recours.

Cette disparité constituait ainsi un frein à la mise en place de la CPTS, la distance géographique et le manque d'intervenants compromettant la mise en place effective et pérenne de ressources pour la population concernée. Cela aurait en outre requis un investissement humain et matériel au-delà des moyens des professionnels du territoire.

C'est pourquoi le territoire d'action de la CPTS a été volontairement redéfini par les opérateurs sur la zone regroupant les territoires couverts par le GHT Mont-Saint-Michel et les 2 PSLA environnants : Villedieu-Les-Poêles et Granville. La délimitation du territoire d'action de la CPTS s'est basée sur la répartition géographique des différents opérateurs. L'équipe a volontairement conservé la dénomination de CPTS Sud-Manche car elle projette à terme d'étendre le territoire d'action de celle-ci.

La CC de Villedieu Intercom est composée de 27 communes et la CC de Granville regroupe 33 communes. Le territoire ainsi défini s'étend donc sur un total de 60 communes pour une superficie totale de 631 km², et représente un bassin de population de 60 200 habitants. Les 2 PSLA couvrent de façon harmonieuse l'ensemble du territoire, l'Ouest étant couvert par le pôle de Granville et la partie Est du territoire par le PSLA de Villedieu-les-Poêles. Bien que proches sur le plan géographique, ces deux CC possèdent des caractéristiques socio-économiques qui leurs sont propres et offrent une diversité et une complémentarité dans les secteurs d'intérêt du territoire.

L'Ouest de la zone bénéficie de l'influence du pôle urbain de Granville. Celui-ci confère localement une attractivité sur les plans économique, balnéaire, touristique et résidentielle aux communes environnantes à l'aire urbaine. La partie Est du territoire est constituée d'une population plus rurale, et la densité de population y est plus faible. Cette zone présente une localisation géographique stratégique avec notamment la proximité immédiate d'un gros axe routier, l'A84. Celle-ci permet de relier le territoire à deux CHU situés à Caen et Rennes, qui se trouvent tous deux à une heure de Villedieu-les-Poêles par le biais de cet axe.

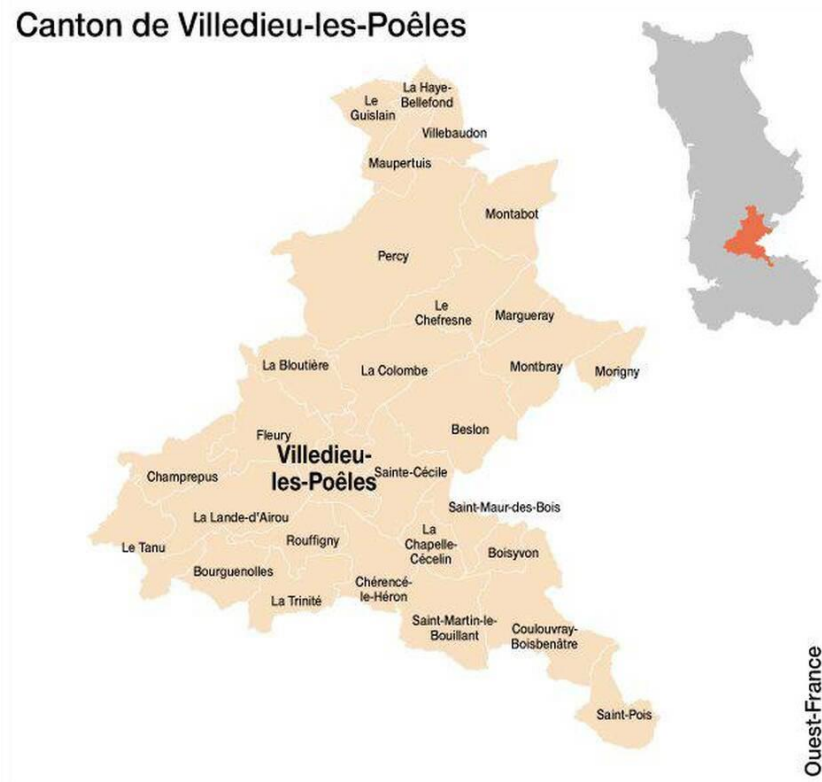


Figure 4 : CC de Villedieu Intercom

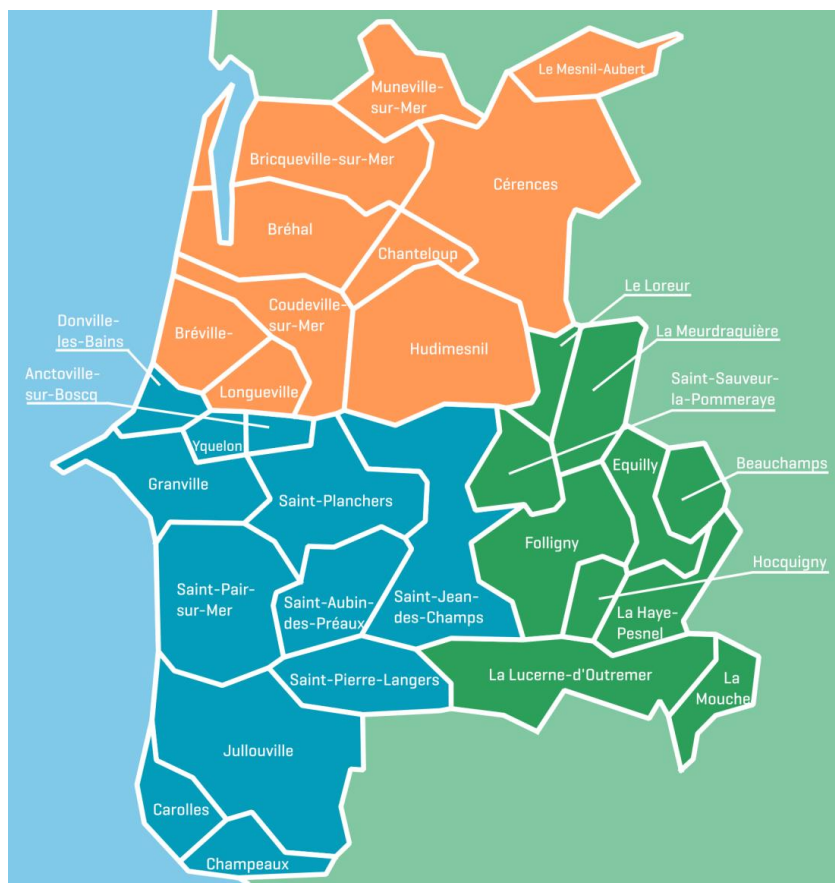


Figure 5 : CC de Granville Terre et Mer

Il existe sur ce territoire un investissement en faveur du système de santé préalable à la mise en place de la CPTS, reconnu pour la structuration des équipes de soins de premier recours ainsi que par les actions des différents MSPU et leurs implications respectives dans les projets de santé préexistants, la formation, la recherche et l'innovation.

Les différents professionnels de santé du territoire impliqués se connaissent et possèdent une expérience dans le travail en collaboration ainsi que la coordination des soins, qui s'est par ailleurs renforcée avec la mise en place depuis le 15 Décembre 2017 de la PTA du Sud-Manche. Les praticiens travaillent avec des outils partagés entre eux, et également en collaboration avec des structures transversales, notamment la MAIA, ce qui permet de limiter le nombre d'intervenants et ainsi faciliter la communication sur le territoire.

Par ailleurs, ce choix respecte la délimitation des territoires de démocratie sanitaire définie par l'ARS de Normandie le 27 Octobre 2017, qui découpe la région en 7 zones. Le projet de CPTS est ainsi inclus dans le territoire de démocratie sanitaire de la Manche.

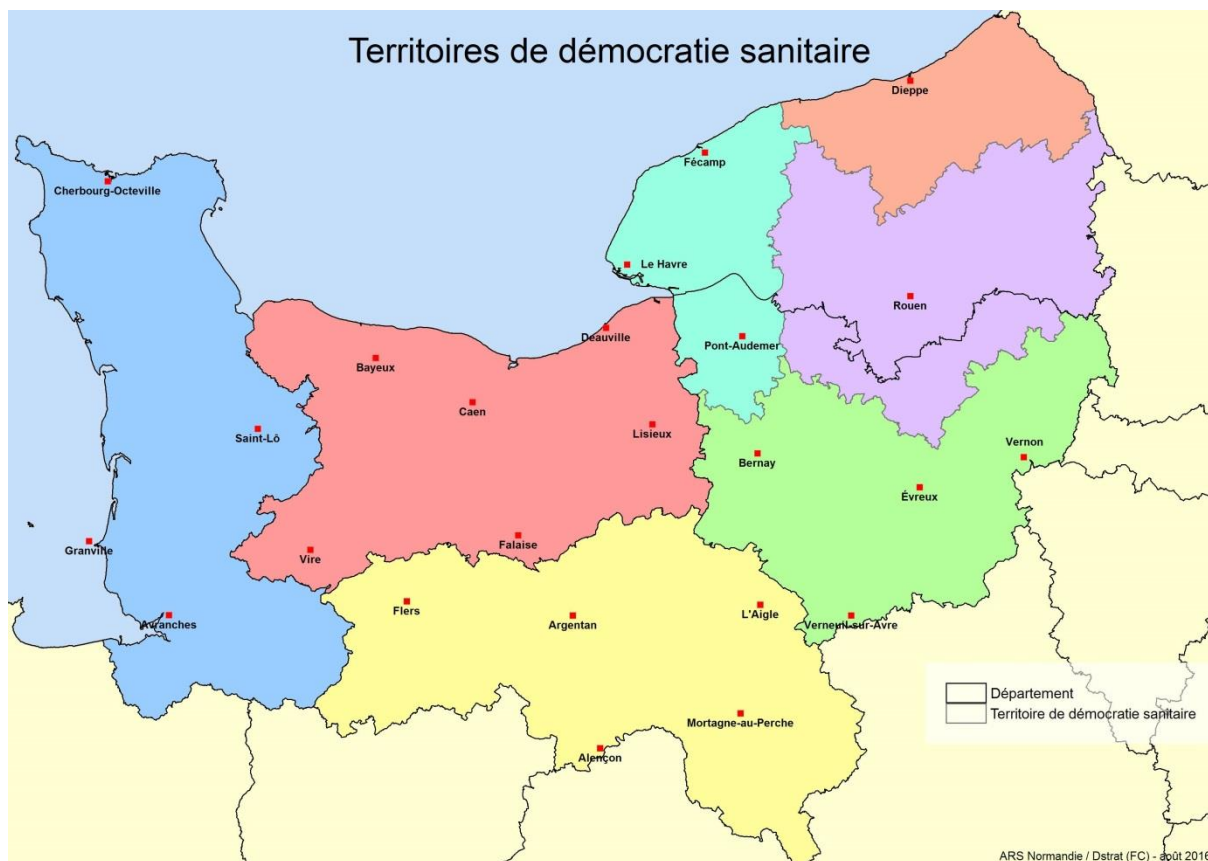


Figure 6 : Les territoires de démocratie sanitaire de Normandie

3. Articulation au sein de la dynamique territoriale :

Le territoire du Sud-Manche est un territoire riche en innovations et projets. Il existe localement une dynamique importante concernant l'amélioration des parcours de santé

a. La MAIA de la Manche :

Les MAIA (Méthodes d'Action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie) sont des structures créées depuis 2008, et couvrant à ce jour 98% du territoire Français. Il s'agit d'un dispositif créé dans le but d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus présentant une perte d'autonomie ainsi que leurs aidants, grâce à l'intervention d'acteurs engagés dans les services de soins et d'aide à la personne. Ce dispositif permet par l'intégration d'un acteur spécialisé d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne en perte d'autonomie et de son entourage. Sur le territoire du Sud-Manche, la MAIA est en activité depuis 2014 et a su se développer au fil des années, il s'agit à ce jour d'un dispositif profondément ancré sur le territoire. Elle bénéficie également d'une collaboration

efficace avec la PTA, qui a su respecter cette organisation lors de son déploiement en intégrant les outils déjà en place.

L'équipe de la CPTS a pu bénéficier de l'expérience de la MAIA pour identifier les besoins du territoire, et disposer du diagnostic territorial effectué par celle-ci afin de repérer les axes d'intervention prioritaires. La présence de la MAIA du Sud-Manche a constitué une aide précieuse pour l'équipe, notamment pour identifier les points de rupture et les besoins de la population, dans l'objectif d'optimiser les parcours de soins et de coordonner la prise en charge des personnes âgées, poly-pathologiques et fragiles, du repérage de la personne jusqu'à sa prise en charge dans sa globalité.

b. La Plateforme Territoriale d'Appui du Sud-Manche :

Le territoire du Sud-Manche a vu l'émergence le 15 Décembre 2017 de la PTA. Cette instance a pour vocation d'apporter des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes.

L'objectif principal de ce dispositif est de contribuer à prévenir les hospitalisations évitables et les ruptures dans les parcours de soins, et constitue ainsi une ressource supplémentaire dans la coordination des parcours de santé. La PTA apporte un soutien, notamment auprès des équipes de soins primaires, dans la gestion et la coordination des parcours de soins complexes, au travers de 3 missions principales :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources médico-sociales, sociales et sanitaires du territoire.
- Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Au niveau national, CPTS et PTA sont deux instances introduites par la Loi du 26 Janvier 2016, en faveur de la réforme du système de santé. Si ces deux entités possèdent des fonctions bien distinctes, l'articulation entre les deux est très peu détaillée par la loi et reste mal comprise par les professionnels.

Localement, l'équipe, bénéficiant déjà en partie d'une expérience à la coordination au sein de la PTA, a su mettre à profit les ressources préexistantes et exploiter les données du diagnostic territorial afin de pouvoir enrichir et affiner le projet de CPTS.

En effet, la création de la PTA a vu l'émergence de nombreux outils, en concertation et partagés avec la MAIA qui constituent des leviers à la mise en place de la CPTS :

- Développement des outils de communication sécurisés communs pour les échanges entre les professionnels concernant les cas complexes (DMP et MSS).
- Etablissement d'un ROR regroupant les coordonnées des professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux du territoire.
- Utilisation commune du logiciel INTRAQUAL pour assurer la traçabilité de la qualité et la pertinence des soins et permettre un retour des évènements indésirables.

Par ailleurs, une association de la PTA avec le GSC Télésanté Basse-Normandie, en faveur de la mise en œuvre des projets et des services de télésanté, permet le développement de plateformes numériques sur le territoire :

- L'outil THERAP-E pour la mise en place de la télémédecine.
- L'outil PILOT-E pour le stockage, l'analyse et la distribution de données de santé.
- L'outil SUIV-E pour le partage de données et la coordination pluriprofessionnelle autour du parcours du patient. Cette plateforme est en interopérabilité avec le DMP, la MSS, Via Trajectoire ou encore l'outil COORD-E. Ce dernier est un outil de partage et de communication pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé de tous les secteurs.

Le projet de CPTS intègre déjà depuis sa conception l'évolution de ces deux instances vers l'émergence d'un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Les outils déjà existants sont optimisés en ce sens et un travail visant à rapprocher et favoriser la coordination de la gouvernance est déjà entrepris par le biais du GCSMS. Ceci vient appuyer l'ambition de l'équipe dans le choix de la gouvernance mixte pour la CPTS.

4. Les missions mises en avant par la CPTS du Sud-Manche :

Les objectifs de santé initiaux du projet ont été déterminés par l'équipe suite à la réalisation du diagnostic territorial, dans le but de répondre aux principales problématiques de santé du territoire. Ces objectifs s'orientent autour de plusieurs axes, inspirés des recommandations de l'IGAS concernant le déploiement des CPTS. Chacun de ses axes d'action comporte une ou plusieurs missions, ils possèdent pour finalité commune de répondre aux besoins des acteurs de santé ainsi que de la population en visant la création d'un parcours de soins ambulatoire organisé. L'équipe a ainsi ciblé six objectifs d'organisation prioritaires à développer sur le territoire :

- Développement de la relation ville-hôpital
- Amélioration du parcours de soins de 1^{er} recours
- Réévaluation de la pertinence des soins
- Renforcement de la communication interprofessionnelle
- Encadrement et formation des professionnels et des étudiants en santé
- Intégration et évaluation des outils qualité

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, la définition des missions a été le fruit d'un diagnostic territorial précis et complet mené par l'équipe, ainsi que d'une connaissance parfaite des ressources disponibles sur le territoire. Les objectifs de la CPTS ont été regroupés au sein de 5 principaux axes d'action, composés à la fois par des missions dites « socles », indispensables au fonctionnement de la CPTS, et également de missions complémentaires dites « optionnelles », non indispensables pour la création d'une CPTS, mais qui présentent tout de même un intérêt non négligeable dans la mise en place d'un parcours de soins organisé.

Ces différentes missions sont ainsi réparties au travers de trois axes socles qui sont l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation du parcours de santé pluriprofessionnels autour du patient et le développement des actions territoriales de prévention et de deux axes complémentaires qui comprennent le développement de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Thématiques retenues par l'équipe au sein des missions socles et facultatives

Les missions socles	Amélioration de l'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès à un médecin traitant • L'organisation des soins non programmés en ville • Développement de la télésanté
	Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier le parcours des prises en charge complexes • Le parcours du patient insuffisant rénal • Le parcours du patient BPCO • L'organisation des entrées/sorties en établissement de santé
	Développement des actions territoriales de prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du dépistage des cancers et de la prévention des risques environnementaux • Promotion de la couverture vaccinale
Les missions complémentaires	Développement de la qualité et de la pertinence des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Actions sur la pertinence des prescriptions et prévention de la iatrogénie médicamenteuse • Evaluation du parcours ville/hôpital/ville du patient
	Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du DMP, développement des outils numériques et du partage d'informations • Développement de la maîtrise de stage et des lieux de stage

Tableau 4 : Les missions développées par l'équipe de la CPTS du Sud-Manche

- **L'amélioration de l'accès aux soins :**

Il s'agit du premier axe mis en avant par l'équipe, ainsi que l'un des enjeux majeurs de santé publique décrit par la Loi de promotion du système de santé de 2016. Face à l'évolution de la démographie actuelle, les promoteurs du projet ont pour ambition de mettre en place une nouvelle organisation des équipes de soins sur le territoire du Sud-Manche.

Sur le territoire, concernant l'accès aux soins, le diagnostic territorial met en avant deux principaux problèmes que sont l'insuffisance du nombre de médecins généralistes sur le territoire, ainsi que des difficultés d'accès aux médecins traitants pour des soins non programmés. Ces disparités dans l'offre de soins sont par ailleurs susceptibles de s'accroître au cours de ces prochaines années du fait de la moyenne d'âge élevée des médecins généralistes de la région.

Il en résulte une insuffisance dans le suivi des personnes dites fragiles, expliquée en partie par les difficultés d'accès à un médecin traitant, ainsi que d'un défaut de repérage de ces personnes. Il s'agit d'une population particulièrement à risque, nécessitant une prise en charge généralement complexe avec intervention de plusieurs professionnels de santé, au sein de laquelle le médecin traitant possède un rôle central de coordination au cœur du parcours de soins, et pour qui l'absence de médecin déclaré constitue un facteur de difficulté majeure en termes de suivi médical.

- **Faciliter l'accès à un médecin traitant :**

L'ambition de l'équipe au travers de cette mission est de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, dans le but de pouvoir proposer à tout patient du territoire une offre en matière de santé adaptée à ses besoins.

Pour pallier le déficit de médecins généralistes grandissant et alarmant sur le territoire, l'équipe propose une stratégie reposant sur deux objectifs que sont l'augmentation de la part de patientèle avec un médecin traitant déclaré de 10% par an ainsi que l'accès à un médecin traitant pour l'ensemble des patients définis comme étant fragiles, c'est-à-dire en ALD, bénéficiaires de la CMU-C et/ou âgés de plus de 70 ans dans les 2 ans suivant la mise en œuvre de la CPTS. Afin de concrétiser ces objectifs, les promoteurs proposent l'instauration d'une collaboration étroite avec la CPAM et la MSA.

Pour apporter une solution à ces problèmes, l'équipe propose la mise en place des moyens suivants :

- Procédure de recensement des patients âgés ou en ALD qui n'auraient pas de médecin traitant déclaré sur le territoire d'action de la CPTS, avec une analyse d'un niveau de « priorité » en fonction de leur état de santé.

- Faciliter la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.
- La mise en place d'un outil commun sur le territoire pour faciliter l'identification des personnes fragiles. L'équipe souhaite valoriser le développement de la télémédecine afin de l'intégrer comme outil de repérage.
- Organiser l'envoi d'un courrier auprès des médecins pour les patients ayant consulté au moins trois fois le même médecin dans les 12 derniers mois.
- Coordination avec la PTA, par le biais de concertations biannuelles, pour permettre le suivi des personnes prioritaires n'ayant pas de médecin traitant, la prise en charge des patients en rupture de soins constituant également un objectif de la PTA.

➤ L'organisation des soins non programmés en ville :

L'ambition des médecins porteurs du projet est de réussir à proposer une organisation entre les différents professionnels de santé, incluant notamment les médecins de spécialité ainsi que les professionnels du 2nd recours, afin de permettre le traitement et l'orientation de la demande d'un patient du territoire au plus tard dans les 48 heures en cas de situation d'urgence non vitale.

Cette mission constitue un lourd travail de coordination à l'échelle du territoire, expliqué par l'inadéquation entre l'offre et la demande médicale, pour lequel l'équipe met en avant plusieurs solutions conjuguant des actions en faveur du développement d'une réponse aux besoins de soins non programmés et des actions pour l'organisation des médecins :

- Proposer une plage d'accès aux soins non programmés sous la forme d'une garde de médecine générale couverte par les médecins généralistes volontaires, avec une permanence réservée aux soins non programmés du Lundi au Vendredi de 8 heures à 20 heures et le Samedi de 8 heures à 14 heures, répartis entre les médecins par des créneaux partagés. La permanence des soins serait assurée directement au cabinet du médecin assigné à la période de consultation.
- Garantir une bonne coordination et une cohérence dans la prise en charge de ces soins non programmés par convention avec la plateforme de régulation type 116 117, et valoriser ce dispositif sur le territoire.
- Le recrutement d'un assistant médical. Le métier d'assistant médical a été introduit par un arrêté du 20 Juin 2019, s'intégrant dans le cadre du projet de réforme de la Loi Ma Santé 2022. Ce nouveau professionnel de santé permet aux praticiens de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre une patientèle plus importante, d'améliorer les parcours de prise en charge ainsi que la coordination des soins et de s'engager plus fortement dans les démarches de prévention.

L'assistant médical peut se voir confier différents types de missions, telles que des tâches administratives, la préparation et une aide au déroulement des consultations ou encore un rôle dans l'organisation et la coordination des parcours de soins.

- Le développement du partenariat avec le dispositif Asalée. Créé en 2004, il s'agit d'un protocole dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par le biais d'une coopération entre les médecins généralistes et des infirmières ayant bénéficié d'une formation à l'éducation thérapeutique. Un médecin généraliste prenant part au dispositif est ainsi en mesure de déléguer des actes pour partager le suivi des patients dans les domaines suivants : le dépistage et la prise en charge du diabète, le suivi des patients à risque cardiovasculaire, le dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le dépistage des troubles cognitifs.
- La mise en application d'un travail sous forme de binôme avec les internes en formation, dans le cadre du 3^{ème} cycle des études de médecine générale, de façon encadrée, et pour les patients qui le souhaitent. En effet, le temps de consultation supervisée effectué par les internes en stage ambulatoire chez les praticiens des PSLA du Sud-Manche (situés à Granville, Saint-James et Villedieu-les-Poêles) peuvent permettre aux praticiens de libérer des créneaux de consultation et d'assurer la permanence des soins non programmés.
- Le développement de partenariat futur avec les IPA. Deux conventions de stage sont actuellement en cours sur Villedieu-les-Poêles afin d'accueillir des deux IDE en formation de pratique avancée, pour ensuite intégrer leur pratique au sein du pôle à la fin de leur formation et libérer du temps médical aux médecins généralistes.

➤ Développement de la télésanté :

Le développement de la télémédecine est une mission centrale pour les porteurs du projet de la CPTS. Leur ambition est d'intégrer cet outil activement au sein du parcours de soins dont les applications seront transversales et applicables pour de nombreuses missions du projet. Le développement de la télésanté est actuellement en cours pour répondre aux problématiques démographiques et géographiques à l'accès aux soins de la population du territoire.

L'équipe a pour ambition d'intégrer cet outil au cœur de la CPTS, afin de lutter contre les ruptures de parcours et de prise en charge, et a répondu à plusieurs appels à projet de télésanté sur le territoire :

- Téléconsultation et télé-expertise néphrologiques au service du parcours de soins de la maladie rénale chronique, en partenariat avec le CHU de Caen.
- Téléconsultation et télé-expertise psychiatriques dans les services d'urgences du groupe hospitalier Mont Saint-Michel.
- Télémédecine et évaluation palliative dans le service d'HAD du CHAG.

- Déploiement des usages de télémédecine au CH de l'Estran.
- Développement des activités de télémédecine en EHPAD de Normandie.
- Télémédecine et détection de la fragilité.

- **L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient :**

- Fluidifier le parcours des prises en charge complexes en relation avec la PTA :

Outre l'intérêt dans le cadre du suivi des patients n'ayant pas de médecin traitant, l'équipe a pour ambition de développer les liens avec la PTA existante sur le territoire. Comme détaillé précédemment, la PTA du Sud-Manche, malgré son déploiement récent, a développé un réseau de professionnels conséquent et constitue à ce jour un dispositif majeur concernant la coordination des parcours de soins. Les promoteurs estiment que l'articulation de la CPTS avec ce dispositif prend tout son sens, grâce aux connaissances acquises par celui-ci, pour apporter du soutien aussi bien aux acteurs de santé qu'à la population dans les prises en charge complexes.

Comme il n'existe pas de prérogative nationale sur la façon dont ces instances doivent s'articuler, l'équipe s'est basée sur les retours d'expérience des professionnels membres de la PTA afin de renforcer le travail de coordination et d'appui territorial grâce aux ressources supplémentaires qui peuvent être apportées par le biais d'une CPTS. Les promoteurs ont pour ambition de continuer le développement de la PTA et ainsi améliorer les parcours de prises en charge complexes, de favoriser la communication entre les différents professionnels par le biais du recours à la PTA et de prendre appui sur les outils de la PTA afin d'identifier les points de rupture dans la continuité des soins, quel que soit le parcours de santé du patient.

Pour mener à bien ces objectifs, l'équipe propose de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Formalisation des supports de communication interprofessionnels déjà entamés par la PTA, en lien avec le réseau MAIA de la Manche, avec confluence de ces dispositifs vers le DAC.
- Communiquer à l'ensemble des acteurs de santé du territoire sur les rôles de la PTA et les modalités de prise en charge des patients par ce dispositif.
- Constitution d'un annuaire à usage professionnel des professionnels de santé du territoire avec mise à disposition des adresses sécurisées.
- Etablissement d'une conduite-à-tenir pour l'équipe de la PTA en cas de déclaration d'un événement indésirable ou d'un point de rupture dans le parcours de soins.

- Poursuivre le développement des outils numériques en lien avec le GCS Télésanté Basse-Normandie.

➤ Améliorer le parcours du patient insuffisant rénal chronique :

La maladie rénale chronique est une pathologie grave et fréquente, présentant une mortalité élevée avec un taux de décès de 9,6%. Le taux d'intervention en urgence pour épuration extra-rénale est supérieur à 30% chez la population souffrant de cette pathologie.

La démographie et les moyens actuellement en place sur le territoire ne permettent pas un repérage ni un parcours de soins adaptés pour ces patients nécessitant des soins en urgences. L'équipe a pour ambition de développer ce réseau en partenariat avec le CHU de Caen afin de mettre en place les actions suivantes :

- Renforcer le dépistage de la maladie rénale chronique.
- Améliorer le parcours de soins des patients atteints d'IRC pour en limiter l'évolution, par la formation et la communication auprès des professionnels de santé du premier recours sur le parcours de soins de la maladie rénale.
- Renforcement de la relation entre professionnels de santé et ville/hôpital en favorisant le recours au néphrologue, sur des critères biologiques identifiés et précis, avec développement de la téléconsultation et de la télé-expertise en lien avec le déploiement de la télémédecine.
- Amélioration de la communication avec mise en place de staff réunissant néphrologues et médecins généralistes et ouverture des RCP de néphrologie aux professionnels de santé de la CPTS.
- Développer localement les interventions de sensibilisation de la population avec l'aide des associations de patients.

➤ Améliorer le parcours des patients atteints de BPCO :

L'équipe identifie sur le territoire une insuffisance de dépistage et de diagnostic précoce responsables d'une insuffisance dans la prise en charge et le suivi des patients souffrant de BPCO. Pour améliorer le parcours de soins de ces patients, l'équipe souhaite mettre en place des mesures disponibles en ville afin d'améliorer la performance diagnostique pour cette pathologie et permettre une orientation plus précoce dans le parcours de soins adapté des patients :

- Amélioration du dépistage de la BPCO par la réalisation d'EFR de dépistage chez les patients identifiés à risque aux cabinets des médecins généralistes.

- Formation des professionnels et communication sur les modalités de prise en charge et de suivi du patient atteint de BPCO.
- Développer la relation ville/hôpital et le parcours de soins ambulatoire grâce au parcours identifié du patient BPCO existant au sein du GHT Mont-Saint-Michel.
- Limitation des hospitalisations évitables grâce à une amélioration des pratiques des professionnels de santé ambulatoires.

➤ Améliorer l'organisation des entrées et sorties en établissements de santé :

Les promoteurs souhaitent par le biais de la CPTS développer non seulement les liens entre les professionnels de santé ambulatoires, mais également les relations avec les établissements de santé et les professionnels du second recours. La faible densité des médecins spécialistes exerçant en ville rend cette communication indispensable pour mettre en place un parcours de soins adapté pour la population du territoire. L'équipe propose de développer ces relations par les moyens suivants :

- La constitution et la diffusion auprès des professionnels de la CPTS d'un annuaire des services et des acteurs des établissements de santé.
- Le développement et la généralisation de l'emploi adapté des outils de communication entre professionnels de santé que sont la messagerie numérique sécurisée, le DMP et la lettre de liaison remise à la sortie d'hospitalisation.
- Favoriser la réalisation de consultations avancées par les médecins spécialistes et les hospitalisations programmées pour permettre un diagnostic plus précoce des pathologies et des complications et éviter des recours évitables aux services d'urgence.
- Le développement et le déploiement de la conciliation médicamenteuse en ville.

- **Le développement des actions territoriales de prévention :**

L'équipe identifie sur le territoire, de façon générale, une insuffisance dans les dispositifs de prévention primaire et de communication et d'information auprès de la population. Les promoteurs souhaitent développer ces actions en priorisant les actions sur deux sujets majeurs de santé publique :

- La promotion du dépistage des pathologies cancéreuses et de la prévention des risques environnementaux :

Il existe sur le territoire une population vieillissante présentant une prévalence plus importante des pathologies cancéreuses et peu sensibilisée aux facteurs de risque environnementaux et leurs conséquences sur la santé. De plus, les difficultés d'accès à un médecin traitant sont en partie responsables d'une insuffisance de dépistage de ces pathologies par les médecins généralistes. L'équipe propose la mise en place des mesures suivantes :

- Promouvoir la prévention aux facteurs de risque environnementaux par développement d'outils de communication et de promotion de la prévention.
- Réaliser un dépistage et un diagnostic plus précoces des pathologies cancéreuses dans la population, par la mise en place d'un questionnaire simple concernant les facteurs de risque à remplir pour les patients, disposé dans les salles d'attente des cabinets.
- Développement et formation des professionnels au dépistage de la BPCO et du SAS ainsi qu'à la réalisation de prélèvements virologiques de dépistage.
- Proposer aux sujets à risque un parcours de soins adapté, en lien avec les professionnels du second recours, pour ralentir l'évolution des pathologies et limiter les complications et le handicap.

- La promotion de la couverture vaccinale :

La proportion de la population ciblée par la vaccination antigrippale est plus importante sur le territoire. L'équipe souhaite améliorer la couverture vaccinale antigrippale de la population du Sud-Manche par les moyens suivants :

- Développement d'une campagne locale de promotion de la vaccination antigrippale et d'information sur la grippe et sa transmission.
- Responsabiliser les citoyens sur leurs responsabilités concernant la vaccination, par le biais de campagnes d'information sur les recommandations sanitaires, les mesures barrières et les gestes à adopter pour limiter la contamination.
- Développement d'outils numériques de communication à visée de la population pour effacer les idées reçues sur la vaccination et ses dangers.
- Organiser la traçabilité obligatoire de la vaccination dans le DMP.

- Mise en place de permanences de vaccinations par les internes en médecine présents sur les lieux de stage.

- **Le développement de la qualité et de la pertinence des soins :**

- Développement des actions sur la pertinence des prescriptions et surveillance de la iatrogénie médicamenteuse :

L'objectif de l'équipe est de proposer des solutions pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse qui constitue un problème majeur de santé publique, étant deux fois plus fréquente chez le sujet âgé de plus de 65 ans et responsable de 10% des hospitalisations parmi cette population. De plus, il existe dans le Sud-Manche une consommation de neuroleptiques et d'hypnotiques, traitements fréquemment pourvoyeurs d'erreurs médicamenteuses, plus importante que sur le reste du territoire. L'équipe propose de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, améliorer la pertinence et l'efficacité de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques.
- Renforcer la coordination entre les professionnels de santé autour de la gestion des traitements médicamenteux.
- Renforcer les liens entre les pharmaciens officinaux et les pharmaciens hospitaliers.
- Maîtriser les dépenses de santé et limiter les hospitalisations évitables liées à la iatrogénie.

- Evaluer le parcours ville/hôpital/ville des patients :

Les liens entre les professionnels de santé du premier et du second recours demeurent peu développés à ce jour, et les promoteurs souhaitent donc favoriser ces liens dans le but d'améliorer les parcours de soins des patients du territoire :

- Amélioration de la démarche qualité des soins entrepris et suivis entre la ville et les établissements de santé par mise en place d'un groupe de travail réunissant des professionnels de chaque secteur pour identifier les difficultés et les points de rupture dans les prises en charge.
- Sécuriser le parcours de soins des patients.

- **L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire :**

- Généralisation de l'utilisation du DMP et amélioration du partage d'informations :

L'un des principaux facteurs limitants à la bonne communication entre les professionnels de santé du territoire est l'absence d'un outil d'information commun aux différents acteurs. L'équipe a pour ambition d'améliorer les parcours de soins des patients par généralisation de l'emploi du DMP pour favoriser la communication entre les différents acteurs et le travail collaboratif :

- Développer l'usage du DMP par les professionnels et les acteurs de santé.
- Recensement des professionnels du territoire avec constitution d'un annuaire professionnel pour que chaque professionnel puisse avoir connaissance des acteurs du territoire.
- Permettre une meilleure coordination et donc une amélioration du parcours de soins du patient.
- Améliorer la connaissance entre les professionnels du territoire et favoriser les contacts.

- Développement de la maîtrise de stage et des lieux de stage :

La formation des étudiants, locale ou délocalisée, est un élément essentiel pour faciliter la découverte et la compréhension du milieu professionnel, des problématiques territoriales, et du maillage au sein de la CPTS. La pérennisation et le développement de formations nouvelles aux besoins des professionnels constitue un enjeu capital pour faire découvrir et enrichir le territoire. Les objectifs du développement des lieux de stage sont les suivants :

- Permettre aux futurs professionnels de se projeter dans le territoire de la CPTS, par le biais de formations, d'encadrement et la mise à disposition de logements.
- Favoriser et développer la découverte du terrain, du maillage territorial et des possibilités professionnelles aux étudiants en stage.
- Faire une cartographie des lieux de stage disponibles et développer des terrains potentiels.
- Maintenir et développer l'exercice mixte en lien avec les hôpitaux pour les étudiants.
- Faire prendre connaissance des besoins du territoire et de l'importance du réseau et du travail coordonné.

5. Etablissement du budget prévisionnel :

Afin que le projet soit viable et validé par l'ARS, l'équipe doit en théorie établir un budget prévisionnel couvrant l'année suivant la mise en place du dispositif. Son établissement a été complexe, car la CPTS fait recours à un nombre multiple d'intervenants, entre lesquels les fonds doivent être répartis et adaptés selon les missions respectives, se basant sur plusieurs estimations : évaluation du temps de travail des membres, les frais matériels et d'outils propres à la mission engagée, le financement des outils numériques de coordination...

L'incertitude et le délai pour le financement, avec notamment la réévaluation itérative des seuils de rémunération par l'ACI jusqu'en Aout 2019 a constitué un véritable frein à la constitution de la CPTS, ainsi qu'un retard dans sa mise en place et dans le développement des outils. De plus, des négociations avec l'ARS à propos des financements complémentaires disponibles localement se sont poursuivies jusqu'en Décembre 2019, c'est-à-dire jusqu'à la veille du lancement effectif du projet.

La rémunération via l'ACI étant dépendante de la taille du bassin de population ainsi que des missions réalisées par la CPTS, il est difficile de prévoir à priori un budget détaillé, puisque cela implique alors que l'ensemble des projets portés par l'équipe soit accepté par l'ARS. Par ailleurs, le changement du territoire cible en cours de constitution de la CPTS a conduit à une révision du budget prévisionnel afin que celui-ci soit adapté aux professionnels et au bassin de population concerné.

En amont du déploiement du projet, l'équipe a proposé un budget prévisionnel basé sur les rémunérations théoriques apportées par l'ACI, adaptées au bassin de population visé ainsi qu'aux missions développées. En revanche, du fait de l'incertitude au niveau des fonds disponibles, elle s'est retrouvée dans l'impossibilité d'organiser un budget détaillé et de prévoir avec exactitude la répartition des fonds pour chaque mission. Ceci constitue toutefois une base solide sur laquelle les professionnels peuvent se baser afin d'évaluer le champ des possibilités d'actions compte-tenu du contexte financier.

6. Les outils :

L'équipe a également dû travailler sur le déploiement d'outils et de systèmes d'informations communs au territoire, afin de favoriser la communication entre les professionnels, la coordination des prises en charge et l'accès à l'information partagée. Les outils développés dans le cadre de la CPTS sont les suivants :

- Un annuaire basé sur le ROR de la PTA du Sud-Manche et complété afin de s'adapter au territoire et d'intégrer l'ensemble des professionnels concernés par le projet.
- Utilisation de la MSS par le logiciel APICRYPT pour le partage et l'échange de données sécurisées entre les professionnels.
- Généralisation de l'emploi du DMP, déjà bien ancré dans les pratiques sur le territoire, utile au suivi des patients, permettant à chaque pôle de travailler avec son propre logiciel sans entraver le partage de données et favorisant par ailleurs la relation et les échanges ville/hôpital.
- Développement d'un agenda commun à l'attention des professionnels médicaux sous gestion du service de régulation pour garantir le bon fonctionnement des plages de soins non programmés.

En plus de ces outils, la CPTS encourage et reprend l'association déjà effectuée par la PTA avec le GCS TéléSanté Basse-Normandie, en faveur de la mise en œuvre des services de télésanté. Plusieurs plateformes sont à ce jour en développement et viendront à l'avenir enrichir les outils de la CPTS :

- Thérap-E pour la mise en place de la télémédecine.
- Pilot-E pour le stockage, l'analyse et la distribution de données de santé.
- Suiv-E pour le partage de données et la coordination pluriprofessionnelle autour des parcours de soins des patients.
- Coord-E pour la communication et la coordination interprofessionnelle dans tous les secteurs d'activité.

7. Mobilisation des professionnels du territoire :

Pour couvrir le territoire délimité, l'équipe intègre les PSLA du secteur, à savoir Villedieu-les-Poêles et Granville, incluant ainsi au projet les professionnels travaillant au sein de ces pôles. Ce choix est justifié par le fait que l'ensemble des intervenants du territoire se connaissent et bénéficient déjà d'une expérience de travail de coordination dans les PSLA, au sein du GHT du Mont-Saint-Michel, du GCSMS, de la MAIA, de la PTA, ou encore au sein des EHPAD ou la majorité des médecins sont coordonnateurs.

Le PSLA de Villedieu-Les-Poêles est composé de 7 médecins généralistes. Il propose localement une offre de soins multiples avec des compétences propres, diversifiées et reconnues de ses différents praticiens généralistes :

- Capacité de gériatrie pour 2 praticiens.
- Capacité de Médecine du Sport, DESC de médecine du sport et DU de traumatologie.
- DU d'ostéopathie.

- Capacité douleur, avec un staff de soins palliatifs hebdomadaire à l'hôpital local.
- DU de diabétologie.
- Diplôme d'épuration extra-rénale.
- DEA de droit privé et DESS de droit médical.
- Coordinateur d'EHPAD pour 3 médecins sur 5 EHPADs.
- Fonctions médicales et administratives au sein de l'hôpital local.
- Formation continue de l'ensemble des praticiens avec notamment la participation aux GQBN.
- Accueil d'internes et d'externes rattachés à la faculté de médecine de Caen pour la formation.
- Deux procédures de contractualisation sont en cours pour l'accueil d'IPA à partir de 2022.

Le PSLA est également composé de médecins spécialistes et de professions paramédicales :

- 1 angiologue
- 1 dermatologue
- 1 gastro-entérologue
- 1 ophtalmologue
- 1 pneumologue
- 4 radiologues
- 3 infirmiers
- 3 masseurs-kinésithérapeutes
- 3 chirurgiens-dentistes
- 2 pédicures-podologues
- 2 orthophonistes
- 1 orthoptiste
- 1 sage-femme
- 1 psychologue

Les praticiens du PSLA sont par ailleurs déjà engagés dans de nombreux projets de soins à thèmes variés : le réseau douleur et soins palliatifs en coopération avec les médecins intervenant en soins palliatifs (au niveau du CHAG et de l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles) ainsi que des IDE formées, le dépistage des troubles cognitifs, les plaies complexes avec l'utilisation du service de télémédecine Domoplaies, la surveillance des gammopathies monoclonales en collaboration avec le CHU de Caen, le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées. La PTA du Sud-Manche en activité depuis Mai 2017 associant 3 médecins du PSLA de Villedieu avec un médecin du PSLA de Granville et un de Saint-James.

D'autres thématiques sont actuellement en cours de discussion et d'élaboration : problématique de la retraite et de l'invalidité, la lombalgie et l'absentéisme professionnel, la réintégration de l'activité physique, le suivi des

chimiothérapies orales, le dépistage et la prise en charge de la BPCO et du SAS, le dépistage des troubles du développement et de l'adaptation chez l'enfant.

Le PSLA de Granville se compose de 3 médecins généralistes, dont 1 est opérateur de la PTA du Sud-Manche, et Maître de Conférence Universitaire et Directeur du Département de Médecine Générale au niveau de l'UFR de médecine de Caen. Celui-ci possède aussi une capacité de gériatrie, de médecine du sport, un DU d'ostéopathie, et est coordinateur d'EHPAD.

Ce pôle se constitue également des professionnels de santé suivants :

- 1 angiologue
- 3 chirurgiens orthopédistes
- 1 gynécologue-obstétricien
- 1 rhumatologue
- 4 infirmiers
- 3 masseurs-kinésithérapeutes
- 2 chirurgiens-dentistes
- 1 orthodontiste
- 1 diététicien
- 1 pédicure-podologue
- 1 psychologue
- 1 psychomotricien

La structure est également composée de 4 IDE. Cette équipe se regroupe régulièrement en réunion pluri-professionnelle afin de discuter de dossiers complexes médicaux et sociaux. Elle travaille également à l'élaboration de protocoles sur divers thèmes : dépistage de l'obésité infantile, poly médication et prévention des chutes chez la personne âgée.

La dynamique en termes de recherche universitaire y est particulièrement développée, avec depuis 2019 la reconnaissance de ces deux PSLA en tant que MSPU.

Le recrutement des professionnels a été effectué par l'équipe tout au long de la phase préparatoire du projet, par le biais de communication directe entre professionnels de santé, par le biais des structures de coordination préexistantes sur le territoire, la transmission de documents écrits et numériques présentant la CPTS.

Une présentation généralisée à l'ensemble des professionnels intéressés a été organisée tardivement dans la constitution du projet, une fois l'ensemble des missions définies, afin de pouvoir décrire les actions concrètes aux participants, à Villedieu-les-Poêles le 3 Décembre 2019 puis à Granville le 11 Décembre 2019. Ces réunions ont réuni professionnels de différents secteurs d'activité, et ont également été un moment d'échange afin de répondre aux diverses interrogations sur le projet.

A la fin d'année 2019, le projet comptabilise 63 professionnels, tous secteurs d'activité confondus, qui ont adhéré à une pré-contractualisation du projet, dans l'attente de sa contractualisation effective.

C. Discussion :

1. Forces de l'étude :

Les CPTS sont des structures nouvelles, à ce jour encore majoritairement inconnues des professionnels de santé, et jusqu'à présent encore peu étudiées, malgré la volonté nationale à l'émergence de ces dispositifs. Cela constitue à la fois l'originalité et la force de cette étude.

De plus, le choix d'une méthode qualitative a permis la réalisation d'un travail riche en données, basé sur le retour d'expérience des professionnels présents sur le terrain. Les données récoltées ont été très diversifiées, et des problématiques inattendues prospectivement ont été soulevées au cours de ce travail.

Par ailleurs, la réalisation du recueil de données de façon concomitante à la création du projet a également bénéficié aux promoteurs de ce projet. En effet, lors des rencontres et des entretiens, la discussion et l'apport des données leur ont permis d'affiner le diagnostic territorial, ainsi que la définition et la description des missions portées par ce projet, afin que celles-ci soient aussi représentatives que possible de la population concernée par la CPTS.

Ce travail pourra également s'adresser aux praticiens désireux de se lancer dans un travail de constitution d'une CPTS, en leur apportant des éléments de réflexion sur les démarches à effectuer ainsi que les actions à mener et les méthodes à employer afin de mener à bien ce projet et ainsi permettre d'améliorer la coordination des soins sur leur territoire. Ces résultats leur permettront probablement de cibler les objectifs d'une CPTS, de contourner certaines problématiques qui ont été révélées par l'équipe sur ce territoire et d'en formuler de nouvelles jusqu'alors non développées.

2. Limites de l'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur les résultats d'un diagnostic territorial circonscrit au Sud-Manche. Cette étude n'a pas pour vocation d'être représentative des problématiques de santé nationales, les résultats ne sont donc pas superposables à un autre territoire. En effet, tout projet de CPTS sera ainsi influencé par le territoire choisi, son étendue, le bassin de population, les ressources disponibles. Ainsi, de par cette limite, cette étude ne constitue pas un bilan exhaustif des problématiques relatives à l'élaboration d'une CPTS, et les résultats doivent être interprétés dans leur contexte.

Il existe un biais de sélection lié à la méthodologie employée pour cette étude. En effet les avis et les retours d'expérience proviennent de rencontres avec des

professionnels désireux de s'investir dans le projet, très peu de professionnels réticents au projet se sont présentés aux réunions, puisque leur objet était d'organiser la mise en place de la CPTS, et les professionnels qui ont été contactés ne se sentant pas concernés par le projet n'ont pas exprimé de retour quant à leurs motivations, et leur avis n'a donc pas été recueilli au cours de cette étude.

Le choix d'un recueil de données par la réalisation d'entretiens introduit un biais de subjectivité. En effet, la parfaite neutralité nécessaire pour la réalisation des entretiens a certainement été biaisée au cours de cette étude par une orientation subjective de l'interrogateur. Tout chercheur possède ses intentions propres qui peuvent conduire à une orientation de l'entretien vers certains thèmes précis. Il s'agit d'un risque inhérent à la méthode employée, qui ne peut être complètement écarté.

Les entretiens et l'analyse des résultats ont été effectués par la même personne, ce qui constitue un biais d'interprétation. L'analyse est partiellement liée à l'interprétation du chercheur.

La vérification de la cohérence des données recueillies avec des données préexistantes de la littérature n'a pu être effectuée car il n'existe pas à ce jour d'étude comparable. Ceci vient toutefois renforcer l'originalité de cette étude.

3. Résultats :

Ce travail a révélé que les problématiques de mise en place d'un tel dispositif ont été nombreuses, et en partie inattendues. Des freins et des contraintes d'ordres diverses se sont présentés à chaque étape de la constitution du projet et ont été responsables de la longueur de la phase préparatoire. L'équipe prévoyait en effet une contractualisation de la CPTS sur le territoire pour Septembre 2019, et malgré l'investissement des professionnels, celle-ci n'était toujours pas organisée à la date de la fin du recueil de données, soit en Décembre 2019.

Le principal facteur responsable identifié résulte de l'inconnu existant autour du fonctionnement des CPTS. Cette liberté d'élaboration du projet volontairement laissée à l'initiative des professionnels constitue paradoxalement une importante difficulté, car elle nécessite une approche nouvelle, à ce jour très peu voire pas expérimentée par les professionnels de santé du premier recours. Pour mener à bien ce projet, les promoteurs ont su faire preuve de créativité et d'adaptation à ces nouvelles exigences.

En dépit de la bonne connaissance du terrain par les acteurs, ceux-ci ont éprouvé certaines difficultés dans le choix du territoire d'action. Les exigences d'un dispositif tel que la CPTS requièrent une bonne connaissance des professionnels entre eux, à l'échelle d'une superficie et d'un bassin de population proportionnés aux nombres de professionnels du territoire, pour garantir la pertinence et la pérennité des projets portés par l'instance.

Les ARS qui constituent la principale source de financement de ces projets possèdent peu de recul sur leur développement. De part ce fait, l'accompagnement régional du projet a été peu stimulant pour les professionnels. De plus, les bases de données concernant les CPTS sont relativement pauvres, en comparaison à d'autres instances créées en faveur de l'exercice coordonné telles que les MSP et les PTA, et par conséquent les solutions à apporter aux équipes étaient limitées.

Un accompagnement national plus riche et soutenu apporterait des éléments essentiels aux professionnels et stimulerait certainement la constitution d'autres projets sur le territoire français, sans pour autant altérer la souplesse du dispositif.

Conscients de ce manque d'information général, certaines équipes ont toutefois partagé des informations, conseils et outils à visée des professionnels souhaitant construire une CPTS. Ainsi, pour aiguiller ce projet, les promoteurs ont pu s'inspirer de retours d'expériences effectués par plusieurs professionnels de santé de Bretagne, d'Ile-de-France, ainsi que sur le rapport de l'IGAS concernant les CPTS. Ces données ont constitué une aide majeure et un gain de temps non négligeable pour l'équipe, notamment dans le choix de la gouvernance et la définition des missions cibles prioritaires.

La définition de la rémunération du projet a également constitué un facteur limitant dans l'avancée des projets. Des négociations se sont poursuivies avec l'ARS Normandie concernant les financements jusqu'en Décembre 2019. Il persistait ainsi une incertitude à propos des financements disponibles pour le projet, les difficultés dans l'élaboration rapide d'un budget prévisionnel viable a constitué un frein notoire dans la définition des missions et des moyens à mettre en œuvre.

Par ailleurs, le choix des projets à prioriser sur le territoire a fait l'objet de nombreux débats entre les professionnels du territoire, mais également avec les instances territoriales. La grande diversité des acteurs a permis de soulever de nombreuses problématiques de santé locales, auxquelles une CPTS peut apporter une amélioration de l'offre de soins. En revanche, les disparités des problématiques à l'échelle territoriale a pu constituer une source de confusion et de réticence de la part de certains professionnels, les priorités n'étant pas identiques partout sur le territoire. L'adoption d'une vision populationnelle pour l'approche des soins est un exercice nouveau auquel les acteurs de terrain ne sont pas tous familiers. Toutefois, la souplesse du cadre de la CPTS leur permet de l'intégrer secondairement s'ils le souhaitent, pour participer aux projets dans lesquels ils désirent s'investir.

4. Perspectives de l'étude :

Cette étude observationnelle portée sur la phase d'amorçage du projet de CPTS sur le territoire du Sud-Manche apporte plusieurs éléments de réflexion qui peuvent être émis à l'intention de l'équipe opérationnelle de la CPTS. Ces éléments sont les suivants :

- La nécessité d'une libération de temps médical pour les médecins généralistes, qui constituent les professionnels pivots au sein de ce dispositif, compte-tenu de la démographie médicale défavorable du territoire.
- Le recrutement d'infirmiers de pratique avancée
- La formalisation de liens plus forts avec les médecins de spécialités et les professionnels de second recours, mission difficile mais cruciale au vu de la démographie fortement défavorable des médecins de spécialité dans le Sud-Manche.
- La consolidation de l'auto-formation des professionnels intégrés au sein de l'instance, par la mise à disposition d'outils et de documents partagés.
- Poursuivre le développement des outils numériques, actuellement relativement peu utilisés de façon générale sur le territoire, et indispensables pour l'établissement d'une coordination et d'une communication effective de l'ensemble des acteurs.

Cette étude ouvre la perspective de travaux de recherches complémentaires :

- Dans les suites de ce travail, il conviendrait d'effectuer un suivi prospectif de la contractualisation et de la mise en place effective des projets portés par la CPTS.
- Il pourrait être intéressant de compléter cette étude par un suivi des indicateurs des missions.
- La réalisation d'une évaluation de l'impact en termes de santé publique du projet.
- La réalisation de l'impact financier de la structure en matière d'économie de la santé.
- Quantifier et évaluer l'utilisation de la régulation et le nombre de consultations non programmées réalisées par les professionnels de santé du premier recours.
- Il pourrait également être intéressant dans un second temps d'évaluer s'il existe un retentissement sur le nombre de passages aux sein des services d'urgence du territoire concerné.
- Etudier l'évolution du nombre d'hospitalisations considérées « évitables » sur le territoire avec le déploiement du dispositif.

IV. Conclusion :

Les Communautés Professionnelles Territoriales de santé sont des instances nouvelles introduites au travers de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elles ont pour but de soutenir la médecine de proximité sur l'ensemble du territoire en reposant principalement sur les équipes de soins primaires, afin de lutter contre les déserts médicaux et de répondre aux nouvelles problématiques de santé publique liées aux évolutions de la population et des prises en charge et d'améliorer le parcours de santé des usagers. Ce concept introduit une nouvelle approche de prise en charge des patients, basée selon une organisation populationnelle, laissé à l'initiative des professionnels de santé dans le but de faire face aux problématiques communes identifiées sur leur territoire.

Le projet de CPTS du Sud-Manche est porté depuis Septembre 2018, sous l'impulsion de 4 médecins généralistes issus de 3 PSLA du territoire, en coopération avec le GHT Mont-Saint-Michel. Ces médecins promoteurs possèdent une excellente connaissance du territoire couvert, ainsi qu'une expérience notoire en coordination et en exercice coordonné et pluridisciplinaire, avec une volonté constante d'évolution des pratiques.

Pour mener à bien ce projet, les promoteurs ont réussi à réunir différents acteurs du système de santé du territoire et rassembler une équipe pluridisciplinaire constituée de compétences diversifiées et complémentaires, dans les domaines sanitaire, social et médico-social, permettant ainsi de répondre aux problématiques de santé spécifiques au territoire du Sud-Manche.

Tout au long du déploiement de ce projet, les opérateurs ont su montrer leur capacité d'adaptation pour faire face à de multiples problématiques telles que la gestion de l'équipe, qui représente une organisation d'une échelle nettement supérieure à celle d'un PSLA, l'établissement d'un budget et la résolution des problèmes financiers, le développement des outils de coordination uniformisés pour l'ensemble des participants. Ce travail s'inscrit dans une dynamique d'optimisation des parcours de soins des patients sur le territoire, qui constitue l'une des priorités de l'équipe, qui a mis en place la PTA du Sud-Manche le 15 Décembre 2017, et qui continue en parallèle de développer de nouveaux projets et outils en ce sens, tel que la télémedecine en plein essor sur le territoire, et de façon plus générale le développement des outils de télésanté.

Au niveau national, les CPTS constituent une instance centrale au sein du plan de Loi Ma Santé 2022 en faveur de la réforme de notre système de santé, qui prévoit le déploiement de 1000 CPTS sur l'ensemble du territoire français pour l'année 2022. Aujourd'hui encore très mal comprises par les professionnels de santé, elles constitueront un pivot central dans l'exercice futur de la médecine générale et des soins de premier recours, au sein duquel l'organisation des professionnels de santé et la coordination au service de la santé des patients sera au premier plan.

V. Bibliographie :

1. Arrêté du 21 Août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 Juin 2019. [En ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038954739&categorieLien=id>
2. ARS Ile-de-France
Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé en Ile-de-France : guide pratique. [En ligne]
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>
3. ARS Normandie
Groupement Hospitalier Mont-Saint-Michel : convention constitutive. [En ligne]
https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/GHT%20GH%20Mont%20Saint%20Michel_0.pdf
4. Assurance Maladie
Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé. [En ligne]
<https://www.ameli.fr/manche/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signéhttps://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
5. AVECSanté
Guide pratique : construire une CPTS. [En ligne]
<https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf>
6. AVECSanté
Accompagner les CPTS. [En ligne]
<https://www.ffmps.fr/nos-actions/accompagner-les-cpts/>
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins
Cartographie interactive de la démographie médicale. [En ligne]
<https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
8. Inspection générale des Affaires Sociales
Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : appui à la DGOS. [En ligne]
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
9. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Indicateurs statistiques de la démographie de la population française. [En ligne]
<https://statistiques-locales.insee.fr/#c=home>

10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Portrait démographique et conditions de vie de la population de la Manche. [En ligne]
<https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=evolpop&report=r02&selgeo1=dep.50&selgeo2=fe.1>
11. Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913246&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>
12. MAIA Manche [En ligne]
<http://www.maia-manche.fr/>
13. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Cartographie interactive de l'offre et de la consommation en matière de soins du premier recours en France. [En ligne]
<https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
14. PTA Sud-Manche [En ligne]
<http://www.pta-sudmanche.fr/>
15. TACK Chloé, FEILLET Thomas
Plateforme territoriale d'appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge. [En ligne]
Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2018
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102157/document/>
16. URPS Médecins Libéraux Bretagne
Déploiement des CPTS en Bretagne. [En ligne]
https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/deploiement-des-cpts/

VI. Annexes :

Annexe 1 : Lettre commune des porteurs du projet télémédecine du Sud-Manche



Centre Hospitalier
Avranches-Granville



Madame Christine GARDEL
Directrice Générale
Agence Régionale de Santé de Normandie
Espace Claude Monet- 2 place Jean NOUZILLE
CS 55035
14050 CAEN Cedex 4

Objet : lettre commune des porteurs du projet télémédecine du Sud Manche

Madame la Directrice Générale

Les partenaires de santé du Sud Manche vous transmettent ci-joints plusieurs projets coordonnés de télémédecine.

Ces démarches concertées prolongent des initiatives et des expérimentations en EHPAD, en ville (libéraux, fondation AUB) ou à l'hôpital. Plusieurs rencontres ont eu lieu en avril, mai et juin, associant le GHT Mont Saint-Michel, la future CPTS Sud Manche, le GCSMS Sud Manche, l'AUB, le CH de l'estran avec le soutien très actif de la CPAM. Une rencontre spécifique a également eu lieu au CRF Normandy. Il s'associe de principe au projet télémédecine.

La rencontre du 14 mai à l'ARS a été l'occasion également de vous informer de ces actions. Toutes concourent à concevoir et développer un projet territorial et intégré de télémédecine.

La présente étape constitue un nouvel acte de partenariat fort dans ce champ de la télémédecine pour améliorer l'accès à des consultations de généralistes ou de spécialistes, renforcer la qualité et la coordination des parcours de soins.

Nous nous associons pour créer une télémédecine efficace, c'est à dire opérationnelle au plan technique, organisationnel (gestion du temps notamment), économiquement viable et surtout répondant aux besoins et attentes des usagers et des professionnels grâce à une ergonomie globale pertinente et grâce à une définition des conditions et de la présentation de ce nouveau service réfléchi entre professionnel et avec les usagers. C'est à ces conditions que ce nouvel usage de soins pourra trouver sa place dans l'offre de soins et auprès des bénéficiaires et réaliser les potentiels d'amélioration de l'accès aux soins qu'il porte. Il s'agit pour nous de poser ensemble un service nouveau réellement adapté, évitant redondances, confusion et qui trouve sa patientèle parce que ce nouvel usage sera mieux compris et mieux introduit auprès d'eux à toutes ses étapes de sa présentation initiale à sa réalisation pratique et complète.

Les champs retenus prolongent ce qui est déjà en cours et/ou répondent à des opportunités identifiées prioritairement. Il s'agit d'un ensemble cohérent en néphrologie, de l'extension de la télémédecine en EHPAD permettant de soutenir en parallèle la mise en oeuvre d'actions visées sur des appels à projets concomitants : prévention de la perte d'autonomie et astreintes infirmières de nuit en EHPAD en lien avec la HAD, de repérage de la fragilité ou de créneau de téléconsultation pour les patients du PSLA de Villedieu pour la CPTS, ou encore de télé-expertise et téléconsultation en psychiatrie pour l'Estran et d'une manière générale de la télé-expertise et des téléconsultations par les spécialistes du CHAG en complément des consultations avancées déployées ou en cours de déploiement.

Nous espérons que vous pourrez soutenir ce projet, qui sera par ailleurs accompagné d'une démarche de design de service proposée par la direction de la CPAM.

Cette dynamique s'inscrit pleinement dans la démarche de fondation de la CPTS, dans les actions que mènent le groupe hospitalier du Mont Saint-Michel, le groupement de coopération sociale et médico-sociale du Sud Manche et la fondation AUB Santé. Elle associe le centre de rééducation fonctionnel de Granville.

Nous vous prions d'agréer, Madame La Directrice Générale, l'expression de nos plus sincères salutations.

Joanny ALLOMBERT
Directeur CH Avranches
Granville

Philippe ROLLAND,
Directeur de la fondation
AUB Santé
Et Dr Simon
DUQUENNOY
Médecin AUB Santé

Stéphane BLOT
Directeur CH de l'Estran

Latifa GHAZALI
Administrateur GCSMS

Dr Philippe SABATHIER
PSLA Villedieu Les Poêles

Annexe 2 : Autorisation de recours à la télémédecine

RESIDENCE GEORGES PBUVREL

E.H.P.A.D
9 avenue Ernest Corbin
50320 LA HAYE PESNEL
☎ : 02 33 91 23 23
e-mail : ehpad.lahayepesnel@orange.fr

AUTORISATION DE RECOURS A LA TELEMEDECINE

Une autorisation expresse du résident ou de son représentant est requise pour l'utilisation de la télémédecine dans le cadre d'actes de soins.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

NOM :

Prénom :

Et/ou le cas échéant

Madame, Monsieur

Représentant légal de Madame, Monsieur, résident(e)

Ou Personne de confiance de Madame, Monsieur, résident (e)

Reconnais avoir pris connaissance des objectifs de l'utilisation de la télémédecine dans le cadre d'une prise en charge médicale.

En outre :

1) Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.

2) Je reconnais avoir reçu une note d'information détaillée sur la télémédecine.

3) Je reconnais avoir été informé(e) que mes données seront hébergées chez un tiers bénéficiant de l'agrément Hébergement de Données de Santé ;

4) Je reconnais avoir été informé(e) que l'acte de télémédecine est susceptible d'utiliser le Dossier Médical Partagé (DMP) afin d'optimiser le parcours patient

Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge en Télémédecine si l'équipe soignante pluridisciplinaire le juge nécessaire lors de mon séjour et reconnais la possibilité qui m'est réservée de retirer mon consentement à tout moment.

Oui Non

Je consens au partage de mes données de santé personnelles au sein de l'équipe de soins participant à ma prise en charge en télémédecine et à l'hébergement de mes données par un prestataire tiers.

Oui Non

Si je change d'avis, je peux remplir à nouveau ce formulaire qui rendra caduque le formulaire rempli précédemment.

Fait à La Haye Pesnel, le/...../.....
Signature (Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

**NOTE D'INFORMATION AUX USAGERS
RELATIVE AU CONSENTEMENT A L'ACTE DE TELEMEDECINE**

Dans le cadre de votre prise en charge, notre établissement vous propose un acte de télémédecine : consultation et expertise,

Les professionnels médicaux et l'équipe de soins participant à l'acte de télémédecine pourront, sauf opposition de votre part, créer un dossier de télémédecine, accéder et échanger des informations vous concernant.

Ce dossier médical informatisé et partagé répond à de hautes exigences de sécurité afin d'empêcher que les données y figurant soient déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès. Il est stocké à l'extérieur de l'établissement chez un hébergeur disposant d'un agrément du ministre de la santé, relatif à l'hébergement de données de santé.

L'acte de télémédecine et l'hébergement de vos données de santé ne peuvent avoir lieu qu'avec votre consentement exprès ou celui de votre représentant légal.

A ce titre, vous acceptez que votre consentement à l'acte de télémédecine et à l'hébergement temporaire de vos données de santé soit conservé et tracé dans le système informatique et non sous la forme d'un document papier (la date de votre consentement et l'identité de la personne qui le recueille sont conservées dans votre dossier informatisé partagé).

Si votre état de santé ne vous le permet pas, votre personne de confiance ou membre de votre famille ou à défaut un des proches pourra également donner son accord, en votre nom.

Vous pouvez, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- Accéder à vos données hébergées et en demander la rectification,
- Demander copie des accès aux données de santé hébergées et des consultations, ainsi que du contenu des informations consultées et traitements éventuellement opérés,
- Exercer votre droit d'opposition pour des motifs légitimes, à ce que des données personnelles vous concernant fassent l'objet d'un traitement par notre établissement.

Pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser, par courrier ou par courriel, ou vous rendre directement :

- Auprès du service de l'établissement ou du professionnel de santé qui participe à votre prise en charge : **se renseigner auprès de l'accueil de l'EHPAD** ;
- Ou auprès du médecin de l'hébergeur¹ dont vous pourrez trouver les coordonnées sur le site internet www.normand-esante.fr dans la rubrique l'ENRS et ses projets/hébergement ou en contactant le GCS Normand'e-sante au téléphone 02.50.53.70.00 ou à l'adresse postale suivante : 10 rue des compagnons - 14000 CAEN.

N'hésitez pas à demander davantage d'explications auprès de votre équipe soignante.

Le médecin est tenu d'informer le patient sur l'acte médical réalisé (art. L. 1111-2 CSP) ainsi que sur le procédé de télémédecine utilisé (art. R. 6316-2 CSP). Il doit expliquer au patient en quoi consiste l'acte de télémédecine, la différence avec une prise en charge classique, les risques spécifiques inhérents à ce type d'acte et les garanties en matière de secret des informations médicales.

¹ Le « médecin de l'hébergeur » doit être lié contractuellement avec celui-ci. Les fonctions du médecin de l'hébergeur sont de veiller à la confidentialité des données, veiller au respect des droits des personnes, au respect des conditions d'accès aux données hébergées.

Une dynamique globale : des plans gouvernementaux (hôpitaux de proximité, plan de refondation des urgences, Grand âge et autonomie), aux projets locaux (PSLA, PTA, CPTS expérimentale), en passant par des projets territoriaux (Groupe hospitalier Mont Saint-Michel, Ambition Santé Sud Manche), tout justifie une activité de médecine ville-hôpital en réponse aux besoins de la population de Villedieu-Les-Poêles en proximité et en gradation.

La réorganisation de la gouvernance et des méthodes le permet.

Des indicateurs simples le vérifieront.

DEMANDE D'AUTORISATION D'UNE ACTIVITE DE MEDECINE AU CH DE VILLEDIEU- LES-POÊLES

Projet médical

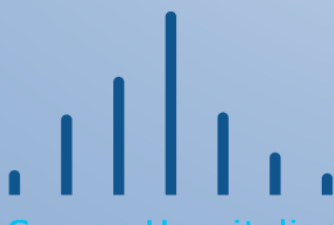


Table des matières

I.	– Le territoire, le bassin de population et la patientèle	72
A.	Le Territoire	72
B.	Le bassin de population.....	72
C.	La patientèle	73
1.	Les sources documentaires	73
a)	L’analyse des rapports d’activité.....	73
(1)	Du PMSI SSR de Villedieu (2016-2018) = Source DIMReport	73
(2)	Du PMSI MCO de Villedieu (2016 => 28/02/2017) = Source DIMReport	73
(3)	Du PMSI MCO CHAG.....	73
b)	Des difficultés antérieures complexifient l’analyse du besoin.....	73
(1)	La qualité du recueil PMSI sur Villedieu	73
(2)	Les patients du secteur de Villedieu adressés en MCO au CHAG	74
2.	L’analyse du PMSI SSR du CH de Villedieu	74
a)	L’analyse des mouvements entrées/sorties 2017-2018	74
(1)	Le secteur MCO a été fermé au 01/03/2017.....	74
(2)	L’impact sur « l’activité SSR » : +46%, de 1 à 20% d’entrées directes, - 20% de transfert vers un court séjour	74
b)	L’analyse de la DMS SSR : diminution de 2,1 jours en 2 ans	76
c)	La démographie des patients hospitalisés à Villedieu : des patients très âgés.....	76
3.	L’analyse des effectifs hospitalisés en MCO au CHAG	77
a)	Les entrées totales GHM « M » au CHAG pour des patients des secteurs de Villedieu, Percy et St-Sever	77
b)	Le potentiel de clientèle du service de médecine au CH de Villedieu	78
4.	Les liens avec la planification, les projets et le territoire et les résultats attendus	78
a)	Les liens avec le projet régional de santé (PRS)	78
b)	Les liens avec le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens 2019-2024 (CPOM).....	79
c)	Les liens avec le projet médical partagé (PMP).....	80
d)	Les liens avec le projet médical stratégique de la direction commune élargie	81
e)	Les liens avec la médecine libérale : PTA et CPTS	81
f)	Les liens avec le territoire.....	82
g)	Les résultats généraux attendus pour le territoire	83
II.	– Le projet de médecine au CH de Villedieu	84
A.	Définir les cibles.....	84
1.	Faire vivre les parcours de soins.....	85
2.	Définir les pathologies, les profils patients, les situations cliniques	85

3.	Arrêter les modalités de recrutement.....	86
a)	Les soins non programmés.....	86
(1)	Organiser les soins non programmés par les libéraux au CH de Villedieu	86
(2)	Identifier et améliorer les relations avec les services d’urgences.....	86
b)	Les admissions directes en service de médecine à Villedieu	87
c)	La prise en charge en transfert après explorations et stabilisation initiale au CHAG	87
4.	Consolider l’organisation de la sortie.....	88
5.	Définir les caractéristiques des soins palliatifs.....	88
a)	Les enjeux des soins palliatifs au CH de Villedieu	88
b)	L’organisation de la prise en charge en soins palliatifs	88
6.	Justifier le capacitaire.....	89
a)	6 lits de médecine.....	89
b)	4 lits de médecine soins palliatifs.....	89
B.	Proposition d’indicateurs	89
1.	DMS et IPDMS	89
2.	Taux d’occupation	90
3.	SIH, lettre de liaison	90
4.	Indicateurs qualité.....	90
5.	Suivi des admissions et sorties en MCO (PMSI Villedieu)	90
6.	Suivi des admissions et sorties en SSR (PMSI Villedieu).....	90
7.	Activité des lits de Médecine	90
8.	Suivi des recettes T2A	90
III.	– Les ressources du projet de médecine au CH de Villedieu.....	91
A.	L’organisation des soins	91
1.	L’organisation médicale	91
a)	L’organisation générale	91
b)	La permanence des soins	91
2.	Les effectifs et les compétences médicales	92
B.	Les ressources paramédicales	93
1.	Les effectifs et les compétences paramédicales	93
2.	Des temps infirmiers au-delà du soin.....	93
3.	Une équipe pluridisciplinaire.....	94
C.	Des partenariats renforcent l’équipe	95
D.	Les locaux	96
E.	Les délais de réalisation.....	97

Préambule

Le service de médecine du centre hospitalier de Villedieu-les-Poêles a cessé son activité en 2017. Les indicateurs d'activité justifiaient cette fermeture.

La présente demande d'autorisation d'activité de médecine intervient en ce début 2020 dans un contexte radicalement différent :

- Le pilotage de direction a retrouvé progressivement un fonctionnement normal, bien qu'en simple intérim
- Les perspectives d'organisation territoriales ont évolué en conséquence et en parallèle de ce nouveau pilotage de direction, tant dans le cadre hospitalier (direction commune et gradation des soins dans le cadre du projet médical commun) que dans le cadre libéral ou mixte (PTA, CPTS)
- La stratégie gouvernementale Ma santé 2022 justifie une nouvelle lecture de la place de ce centre hospitalier et de son activité (hôpital de proximité)
- Le pacte de refondation des urgences et la volonté de conforter les consultations non programmées et la proximité
- La concertation nationale « Grand âge et autonomie », la volonté de prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables : tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans les services hospitaliers
- Les ressources, les outils du système d'information et du PMSI ont commencé à être rénovés particulièrement concernant le DPI et le PMSI sans attendre un DPI commun au GHT
- La mise en place du DMP a été particulièrement dynamique dans les secteurs concernés comme peuvent en rendre compte les chiffres de la CPAM

Aujourd'hui, cette demande d'autorisation trouve donc son ressort dans une triple dynamique :

- Une offre médicale locale des médecins du PSLA solvable au regard des besoins de proximité, offre assurant soins, continuité et permanence au centre hospitalier ;
- Un agencement territorial au sein du GHT Mont Saint-Michel dans le mouvement du projet médical de territoire et concrètement en articulation et gradation avec le plateau technique du CHAG.
- Un projet de recomposition de l'offre hospitalière du GHT concernant le SSR et la filière gériatrique plus largement, dont la présente demande est une pièce nécessaire.

Ce projet s'inscrit de surcroît pleinement dans les lois de 2016 et 2019 (GHT, CPTS, hôpitaux de proximité).

La présente note s'attache tout d'abord

- à approcher le besoin potentiel concernant des soins médicaux de proximité tout en décrivant les dysfonctionnements qui ont justifié la fermeture du service. En conséquence, les éléments d'analyse disponibles sont décrits : bassin de population, patientèle et parts de marchés
- Une seconde partie décrit les cibles et indicateurs du projet médical
- La troisième décrit les ressources du projet.

* * *

Repérage des besoins tels que pris en charge dans le centre hospitalier de Villedieu.

I. – Le territoire, le bassin de population et la patientèle

A. Le Territoire



Le territoire de Villedieu Intercom est situé en zone rétro littorale et desservi par l'autoroute A84.

Villedieu est situé à 22 minutes d'Avranches, 32 de Vire, 35 de Saint-Lô, 39 de Granville et Coutances, 50 de Caen, car immédiatement reliée à l'autoroute A84. Cette situation « centrale » explique que les communes rurales de l'intercommunalité voient leur population croître.

La population¹ de l'aire urbaine de Villedieu-Rouffigny où est situé le centre hospitalier (La Bloutière, Fleury, Sainte-Cécile, Saint-Maur-des-Bois, Villedieu-les-Poêles-Rouffigny) compte 6.350 habitants.

Tout en étant intégré dans l'arrondissement de St Lô, l'intercommunalité de Villedieu-Les-Poêles, Villedieu Intercom relève essentiellement du GHT Groupe hospitalier Mont-Saint-Michel. Bien que les GHT ne soient pas liés à des cartographies précises, les relevés effectués font apparaître que sept communes sur 10 (19 sur 27), représentant 76% de la population (12.000 habitants sur 15.800) relèveraient de ce GHT.

B. Le bassin de population

¹ INSEE 2016.

Le recensement de la population 2016 dénombre 5.000 habitants de 60 et plus (32%) dont 1.460 de 80 ans et plus (9%). Cette part de la population âgée, fragile et souvent isolée dans un contexte rural ou rurbain. Pour exemple, lors de l'audit nutrition réalisé par le GHT en 2018, révèle que 80% des personnes admise en SSR à l'hôpital de Villedieu sont dénutries (30% de dénutrition sévères, 50% de dénutritions modérées, avec 10% de dossiers non exploitables et 10% de non-dénutris)²

C. La patientèle

1. Les sources documentaires

Il convient de noter que le PMSI SSR ne permet en aucun cas d'identifier les séjours médecines inappropriés (parce que prise en charge par le SSR). Le PMSI MCO avant 2017 ne permet pas une analyse juste de la situation. Par contre l'analyse du PMSI SSR de Villedieu donne sur l'activité des informations intéressantes lorsqu'elles sont croisées avec l'analyse des effectifs hospitalisés en MCO au CHAG.

a) *L'analyse des rapports d'activité*

- (1) Du PMSI SSR de Villedieu (2016-2018) = Source DIMReport
- (2) Du PMSI MCO de Villedieu (2016 => 28/02/2017) = Source DIMReport
- (3) Du PMSI MCO CHAG

Analyse interne selon l'origine des patients (codes géographiques)

b) *Des difficultés antérieures complexifient l'analyse du besoin*

- (1) La qualité du recueil PMSI sur Villedieu

Une infrastructure vieillissante, un DPI mal suivi et un sous dimensionnement de l'information médicale ont largement altéré la qualité du recueil PMSI MCO au CH de Villedieu (difficultés importantes sur le fonctionnement du SIH et outils de recueil et traitement des données). Le recueil a par ailleurs été entaché par la perte de plusieurs mois de données (incident signalé) du fait de dysfonctionnements informatiques

Jusqu'à l'été 2019 avec le transfert de gestion du SIH vers le SIB (16/07/2019), la maintenance du logiciel a été défailante générant de sérieuses difficultés et un contexte général défavorable à la bonne description des séjours. Pour les mêmes raisons, le dossier de soins infirmier ne permet pas une bonne appréciation des comorbidités³.

² Etude réalisée sur 688 dossiers des établissements du GHT, dont 10 du SSR de Villedieu (âge moyen sur 10 dossiers : 79 ans).

³ Depuis le 1er janvier 2019, le médecin DIM du CHAG et une TIM sont chargés de ces questions. Le médecin peut consacrer au CH de Villedieu ½ journée par mois, la TIM 1,5 jours par mois. Le SIH étant progressivement remis à niveau (versions, « patchs », paramétrages...), la nomination de référente SIH au SSR, les sensibilisations auprès des soignants sur la traçabilité des comorbidités portent progressivement leur fruits.

Trop longtemps retardée par le refus réitéré de la direction d'y consacrer des ressources internes de codage, la fonction « information médicale » assumée par un praticien du CH de Vire (1 passage mensuel) ne permettait pas une action au-delà de l'exhaustivité sans pouvoir pallier les défauts décrits plus haut pour améliorer la qualité du codage. Ce refus a été reconduit à plusieurs reprises malgré les alertes données par les médecins intervenants et leur possibilité de se former (cf. PV d'instances).

L'exhaustivité était l'objectif prioritaire et unique (effectif DIM limité).

Depuis le 1er janvier 2019, le médecin DIM du CHAG et une TIM sont chargés de ces questions. Le médecin peut consacrer au CH de Villedieu ½ journée par mois, la TIM 1,5 jours par mois. Un temps par le cadre de santé du service SSR est maintenu pour favoriser le codage. Le SIH étant progressivement remis à niveau (versions, « patchs », paramétrages...), la nomination de référente SIH au SSR, les sensibilisations auprès des soignants sur la traçabilité des comorbidités portent progressivement leurs fruits.

Des travaux seront lancés pour l'identification des mots clés et faciliter l'exhaustivité.

(2) Les patients du secteur de Villedieu adressés en MCO au CHAG

Compte tenu des données disponibles, l'identification des séjours a été limitée aux secteurs Villedieu-Percy⁴.

2. L'analyse du PMSI SSR du CH de Villedieu

a) *L'analyse des mouvements entrées/sorties 2017-2018*

(1) Le secteur MCO a été fermé au 01/03/2017

- 2015 : 195 séjours
- 2016 : 155 séjours
- 2017 : 35 séjours

(2) L'impact sur « l'activité SSR » : +46%, de 1 à 20% d'entrées directes, - 20% de transfert vers un court séjour

- L'activité du SSR a augmenté de 2016 à 2017 : + 46,5%

Noter que les démarches entreprises pour la convergence des SIH au sein du GHT visent à un SIH unique au moins au sein de la direction commune élargie durant le courant de 2023. GAM et GEF seront harmonisées (CPAGE) au 1er janvier 2021.

⁴ Il n'a pas été possible de prendre en compte la zone d'attractivité réelle du PSLA pris en charge par le CHAG.

Note : Capacitaire SSR + 200 %, peut-être à relier à une pratique non conforme antérieure de distinction MCO/SSR.

	EFFECTIFS			MONTANT BR			ESTIMATION BR		
	2016	2017	Var. N-1	2016	2017	Var. N-1	2016	2017	Var. N-1
RH	943	1 349	43,05%	0,00	1 488 818,67	--	0,00	1 640 081,49	--
Patients	205	288	40,49%						
Séjours	230	337	46,52%	0,00	1 488 818,67	--	0,00	1 654 351,00	--

- La part des entrées directes en SSR a fortement augmenté.

2016 : 2/230 (1% des entrées de SSR), 2017 : 44 (14% des entrées), 2018 : 65, soit 20% des entrées et une augmentation de 47% de ce mode d'entrée.

ENTRÉES (Mode d'entrée / Provenance)	EFFECTIFS			FRÉQUENCES		
	2017	2018	Var. N-1	2017	2018	Var. N-1
61 - Mutation depuis une unité de soins de courte durée	16	0	-100,00%	5,02%	0,00%	-5,02
71 - Transfert depuis une unité de soins de courte durée	250	248	-0,80%	78,37%	77,50%	-0,87
72 - Transfert depuis une unité de soins de suite ou de réadaptation	1	1	0,00%	0,31%	0,31%	-0
74 - Transfert depuis une unité de psychiatrie	1	0	-100,00%	0,31%	0,00%	-0,31
76 - Transfert depuis une unité d'hospitalisation à domicile	1	1	0,00%	0,31%	0,31%	-0
8 - Du domicile	44	65	47,73%	13,79%	20,31%	6,52
87 - D'une structure d'hébergement médico-social	6	5	-16,67%	1,88%	1,56%	-0,32
TOTAL	319	320	0,31%	100,00%	100,00%	0

Il faut voir dans cette évolution de 1 à 20% des entrées, une volonté en acte d'assumer des prises en charge de proximité, dans l'hôpital de proximité, par des généralistes libéraux. Cette volonté n'est pas neuve si on retient l'hypothèse que les patients auparavant admis directement dans le service de médecine, l'ont été en SSR à sa disparition.

- La part des patients transférés de SSR vers le MCO a baissé de 20 %

SORTIES (Mode de sortie / Destination)	EFFECTIFS			FRÉQUENCES		
	2017	2018	Var. N-1	2017	2018	Var. N-1
61 - Par mutation vers une unité de soins de courte durée	1	0	-100,00%	0,32%	0,00%	-0,32
71 - Par transfert vers une unité de soins de courte durée	45	36	-20,00%	14,52%	11,11%	-3,41
72 - Par transfert vers une unité de soins de suite ou de réadaptation	13	6	-53,85%	4,19%	1,85%	-2,34
74 - Par transfert vers une unité de psychiatrie	1	0	-100,00%	0,32%	0,00%	-0,32
76 - Par transfert vers une unité d'hospitalisation à domicile	2	5	150,00%	0,65%	1,54%	0,9
8 - Vers le domicile	182	196	7,69%	58,71%	60,49%	1,78
87 - Vers une structure d'hébergement médico-social	34	43	26,47%	10,97%	13,27%	2,3
9 - Décès	32	38	18,75%	10,32%	11,73%	1,41
TOTAL	310	324	4,52%	100,00%	100,00%	0

L'analyse conjointe des mouvements entrées/sorties du SSR de Villedieu laisse penser qu'une partie des séjours était des patients de type « médecine ».

- Ne pouvant pas être traités au domicile,
- Ne nécessitant pas de plateau technique particulier pour leur prise en charge,
- Ou étant restés en secteur SSR du fait d'une pratique volontariste privilégiant les soins de proximité

b) L'analyse de la DMS SSR : diminution de 2,1 jours en 2 ans

- 2016 : 24,7 jours
- 2017 : 21,7 jours
- 2018 : 22,6 jours

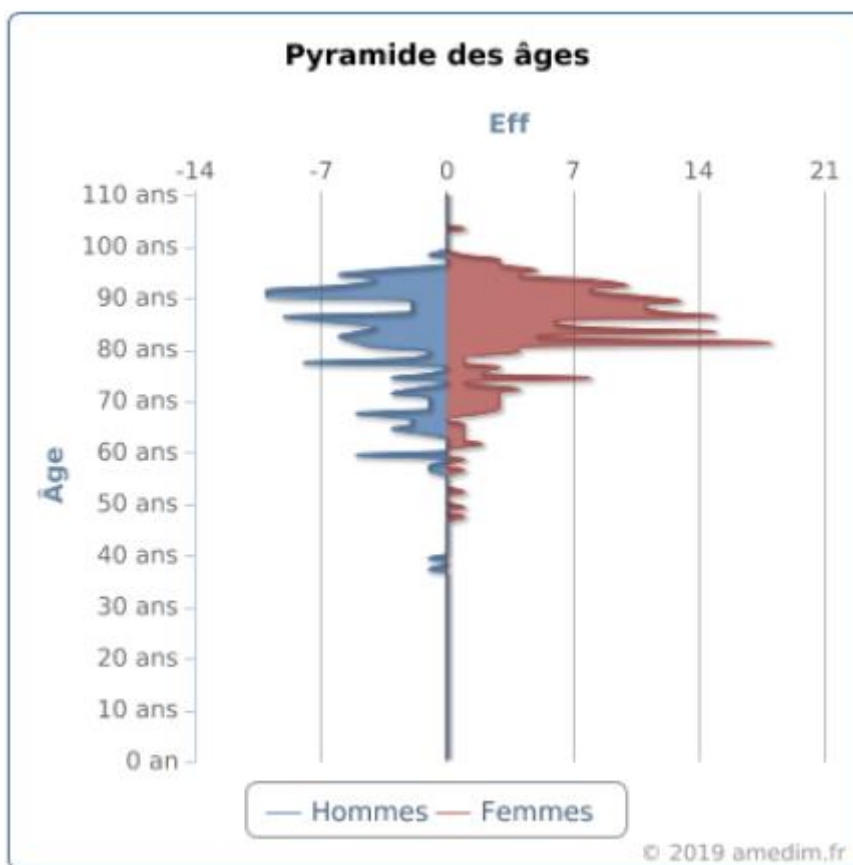
On notera la baisse de la DMS entre 2016 et 2018 qui elle aussi tend à montrer que des séjours médecine se sont introduits dans la cohorte SSR d'une part et que l'équipe médicale est attentive et organisée pour des séjours pertinents en durée également.

	2016	2017	Var. N-1
Nombre de RH	943	1 349	43,05%
Nombre de séjours	230	337	46,52%
dont Séjours entiers	192	288	50,00%
dont Séjours en cours	19	27	42,11%
Jours de présence	5 319	7 306	37,36%
DMS Séj. entiers en hospit. complète	24,68	21,74	-2,94

	2017	2018	Var. N-1
Nombre de RH	1 349	1 410	4,52%
Nombre de séjours	337	342	1,48%
dont Séjours entiers	288	293	1,74%
dont Séjours en cours	27	18	-33,33%
Jours de présence	7 306	7 450	1,97%
DMS Séj. entiers en hospit. complète	21,74	22,55	0,82

c) La démographie des patients hospitalisés à Villedieu : des patients très âgés

La population prise en charge est très âgée (médiane > 70 ans).



Nous en tiendrons compte pour analyser les possibilités de transfert d'activité de séjours du CHAG vers Villedieu en choisissant :

- d'isoler la population de + de 70 ans issue du secteur de Villedieu
- et hospitalisée au CHAG en MCO.

3. L'analyse des effectifs hospitalisés en MCO au CHAG

La sélection des séjours a été limitée : aux codes postaux 50800, 50410, 14380

a) *Les entrées totales GHM « M » au CHAG pour des patients des secteurs de Villedieu, Percy et St-Sever*

L'effectif est stable et de l'ordre de 1.100 séjours en moyenne par an toutes prises en charges confondues. Entrées limitées aux GHM en « M » > 70 ans. Elles représentent en moyenne 46% de l'effectif total

Résultats selon le Mode d'entrée :

ANNEE FIN RSS	8	01	62	66	71	72	76	85	87	Total	Part des Entrées Totales
2015	37	1	1		15	2	2	410		468	44%
2016	37		2	1	23	6		397	2	466	44%
2017	41		2		40	4		429	1	516	49%

2018	42	2	38	1	414	1	497	47%
8 : Entrée Domicile 85 : Entrée par les Urgences 87 : Entrée Etablissements MS 6 : Entrée par Mutation 71 : Entrée par Transfert MCO 72 : Entrée par Transfert SSR								

b) Le potentiel de clientèle du service de médecine au CH de Villedieu

Entrées limitées aux GHM « M » venant du domicile avec des actes réalisés de type exclusivement ADE, ADI et ATM (sans actes d'anesthésie ni chirurgie)

Elles représentent 70% en moyenne de l'effectif précédent (GHM « M » > 70 ans)

ANNEE FIN RSS	8	85	87	Total	Part des entrées de + 70 ans
2015	29	307		336	72%
2016	30	297	2	329	70%
2017	35	308	1	344	74%
2018	34	284	1	319	68%
8 : Entrée Domicile 85 : Entrée par les Urgences 87 : Entrée Etablissement MS					

L'analyse ne porte que sur quelques communes sans qu'il ait été possible de déterminer l'attractivité des praticiens du PSLA/CH de Villedieu. Aussi, **l'effectif ci-dessus décrit une partie du potentiel d'hospitalisation en médecine de Villedieu**, soit en moyenne 330 patients de médecine hospitalisés au CHAG pour codes postaux 50800, 50410, 14380 (secteur Villedieu, Percy, St-Sever).

4. Les liens avec la planification, les projets et le territoire et les résultats attendus

a) Les liens avec le projet régional de santé (PRS)

La recreation d'une activité de médecine à Villedieu répond au moins aux objectifs du PRS ci-dessous :

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4 : Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
 - Par la proximité du service
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 15 : Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
 - Par l'ancrage territorial d'une structure hospitalière en lien étroit avec le CHAG et avec la ville et par la variété renforcée des modes d'exercices.

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 16 : Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité.
 - o Par les modalités de relation avec le CHAG sur cette activité de médecine, occasion de renforcer les contacts avec les spécialités
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 17 : Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
 - o Par définition
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N° 31 : Garantir la fluidité des parcours par la transformation
 - o Ce nouveau service de médecine s'inscrit dans un schéma global de transformation de l'offre SSR, en lien avec l'évolution de l'offre de médecine du GHT (spécialisation...) et dans le contexte de la structuration des CPTS.

b) Les liens avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2024 (CPOM)

- « Participer au désengorgement des urgences : favoriser l'admission directe dans les services, notamment en LISP, des patients en soins palliatifs sans passage par les urgences.»
Le projet doit explicitement avoir pour objectif d'éviter le passage de personnes âgées de plus de 75 ans de passer aux urgences lorsque cela est évitable. Il concourt donc au désengorgement des urgences.
Bien que l'objectif concernant les soins palliatifs ne figure pas dans le PMP, il s'agit d'un objectif qui doit être poursuivi. Cela sera un point de la formalisation des relations entre le service de médecine de Villedieu et les SAU du GHT.
- « Renforcer le développement du virage ambulatoire : mettre en œuvre au sein de l'établissement des modalités opérationnelles avec les dispositifs de coordination (PTA et CPTS) »
Cet objectif est d'ores et déjà opérationnel et se trouvera renforcé avec la création de la médecine notamment en cas d'admission directe dans le service (situation déjà fréquente comme indiqué plus haut. Un logigramme d'articulation sera établi.
« Mettre en œuvre au sein de l'établissement des modalités opérationnelles avec les structures d'exercice coordonné des professionnels de santé de ville – HAD CHAG ».
Cet objectif pourra être pleinement atteint dans le cadre de la redéfinition des territoires d'HAD, celui de Villedieu étant pour l'heure rattaché à l'HAD de Vire.
- « Assurer la gradation des plateaux techniques : Etudier l'opportunité d'inscription de l'établissement dans une démarche de labellisation hôpital de proximité selon le plan Ma Santé 2022. Expertise d'un projet d'ouverture de lits de médecine, intégrant la gradation des soins (notamment avec le CHAG), le taux d'occupation et l'IPDMS de ces lits. Labellisation hôpital de proximité »
Ces axes sont précisément l'objet de la présente demande d'autorisation d'activité de médecine.
- « Renforcer la démographie médicale ».
La mise en place d'une activité de médecine au sein du CH est un élément fort d'attractivité médical, notamment pour la formation des externes et des internes.

c) Les liens avec le projet médical partagé (PMP)

- Dans son chapitre consacré à la médecine, en page 15 sur le contexte, il est indiqué qu'« une réflexion est à mener pour analyser les conditions de mise en œuvre des deux scénarii :
 - 1) la concentration des lits de médecine sur un seul service unique de médecine polyvalente sur le site d'Avranches,
 - 2) la création d'un service de médecine sur le site de Granville, attachés au service d'urgence (après le regroupement des lits de spécialité sur le site d'Avranches). »

Il s'avère que la mise en place d'un service de médecine polyvalente au CHAG est rendu impossible à court et moyen terme par l'indisponibilité complète de locaux, la mobilisation étant sur l'intégration des lits aigus⁵. Il est proposé de pallier cette difficulté de plusieurs manières. Tout d'abord en permettant comme indiqué dans le PMP la mise en place d'un service de médecine à Granville (un court séjour gériatrique en l'occurrence au vu de la patientèle de ce territoire et pour gagner en attractivité médical). Secondairement en réinstallant un service de médecine à Villedieu, nécessairement gradé avec ceux du CHAG, ce qui facilitera la fluidité des parcours également au sein du CHAG⁶.

- « Fluidifier les parcours patients : le développement d'un parcours patient plus fluide permettra de désengorger les services de médecine et de diminuer ainsi les durées moyennes de séjour. Ces parcours peuvent être fluidifiés grâce à des adressages inter-établissements améliorés et une coordination renforcée entre les équipes. Des parcours de soins clairs et coordonnés constituent pour le patient un facteur d'attractivité de l'offre de soins. » p16 du PMP.

La mise en place de parcours identifié doublement reconnu par le projet médical stratégique et par la CPTS (BPCO, hanche traumatique, IRC) ouvre la voie à ce développement de parcours patients plus fluides. La disponibilité de lits de médecine à Villedieu y concourt singulièrement⁷.

- Enfin concernant la médecine, le PMP approuvé retient 4 « modalités d'action :
 - Modalité 1 : Favoriser le maintien d'une offre de médecine de proximité
 - Modalité 2 : Promouvoir l'organisation en réseau
 - Modalité 3 : Établir des protocoles communs d'adressages pour organiser les entrées directes
 - Modalité 4 : Favoriser le déploiement des outils de télémédecine »

Les 3 premiers sont directement induits par la présente demande. Le 4^{ème} est en cours comme en témoigne le déploiement de cette modalités d'action dans les EHPAD, à St Georges ainsi que les réponses aux appels à projet déposés en satisfait en 2019 :

- Téléconsultation et télé-expertise néphrologiques au service du parcours de soins de la maladie rénale chronique dans le sud manche

⁵ Noter que le service de pneumologie demeure à Granville faute de locaux.

⁶ La suppression de l'accès direct à un SSR sur le site d'Avranches rend également souhaitable cette double organisation, même si la réponse adaptée est dans la coordination et la pertinence des orientations et des DMS des SSR.

⁷ Par la mise à disposition de lits de médecine et aussi par les liens entre le CHGA et le CH de Villedieu que la création de cette médecine a déjà commencé à renforcer.

- Télémédecine et évaluation palliative dans le service d'HAD du CH Avranches-Granville
 - Téléconsultation et télé-expertise psychiatriques dans les services d'urgences du Groupe hospitalier Mont Saint-Michel
 - Téléconsultation pour le repérage de la fragilité pour les patients du PSLA de Villedieu.
- Dans le chapitre 1-4 Activités transversale en page 41, le PMP aborde les soins palliatifs, deux modalités d'action sont retenues :
- « • Modalité 1 : Proposer une organisation territoriale des moyens et des ressources humaines (médicales et non médicales) dédiés à l'EMSP
 - Modalité 2 : formaliser des conventions avec les différentes structures »

La présente demande d'autorisation participe de ces modalités, même s'il est nécessaire de les réinscrire dans le projet stratégique en cours de finalisation.

d) Les liens avec le projet médical stratégique de la direction commune élargie

Le présent projet est une partie du projet médical stratégique unique des établissements réunis autour du CHAG. Elle n'intervient en amont de la finalisation du projet global que par les impératifs du calendrier des demandes d'autorisation.

Le projet de médecine à Villedieu est à la croisée des chemins avec le projet médical partagé du GHT et avec le projet médical stratégique en cours de réflexion.

L'enjeu est en effet de permettre une proximité très qualitative confiée aux acteurs de premier recours particulièrement bien organisés à Villedieu. Cette orientation entre pleinement dans la volonté de réduire les passages aux urgences inappropriés.

Cette unité de médecine sera adossée aussi aux spécialistes du CHAG notamment d'une part et fonctionnera en synergie avec le CHAG et les autres sites hospitaliers. La démarche d'audit et de conseil pour la stratégie médicale des hôpitaux de la direction commune élargie intègre l'hypothèse de la médecine à Villedieu comme pièce hospitalière de proximité. Il s'agit bien d'un projet médical conjoint pôle de santé libéral / centre hospitalier

e) Les liens avec la médecine libérale : PTA et CPTS

Une plateforme territoriale d'appui Sud Manche est installée dans les locaux du centre hospitalier et portée juridiquement par le CHAG. Quoi qu'il en soit de l'avenir de ces organisations matérielles, les liens sont établis et perdureront.

L'accueil partagé d'internes hôpital / pôle de santé en accord avec l'ARS et la faculté de médecine constitue un projet innovant porté par les médecins libéraux de la MSPU et intervenant dans le service de l'hôpital.

Le Groupe hospitalier Mont Saint-Michel est nécessairement partenaire de la CPTS, puisqu'ils partagent et travaillent ensemble aux prises en charge de proximité.

f) Les liens avec le territoire

- Des téléconsultations en lien avec le CH Avranches-Granville, le CH de l'estran (santé mentale) et le pôle de santé mises en place depuis juillet 2018.
- L'implication du centre hospitalier dans le projet de repérage précoce en soins palliatifs associant GHMSM, pôle de santé, polyclinique de la Baie
- Le CH de Villedieu est un des éléments du maillage original PSLA-MSUP-hôpital et témoigne du potentiel de solidarité ville hôpital pour une approche globale de proximité. Ce maillage permet de soutenir les sous territoires en déshérence médicale par une action concertée direction hospitalière, coordination libérale (St Georges-de-Rouelley, Mortain, Brecey par exemple). Cela est rendu possible grâce à la dynamique, la pertinence et l'investissement des acteurs PSLA/CH (reconnaissance mutuelle des médecins de ville et des médecins hospitaliers du CHAG) dans une région où la continuité et la permanence de soins ambulatoire est très hétérogène.
- Les dispositifs existants et opérationnels : télé médecine, EPU, démarche d'amélioration continue de la qualité avec programme d'audits, mise en place de protocoles, gestion et suivi d'événements indésirables
- L'établissement est certifié de niveau A par la HAS et est engagé dans une démarche PACTE concernant l'amélioration du travail en équipe (GHT). En 2018, le CH de Villedieu a notamment perçu un intéressement financier dans le cadre du dispositif IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité).
- Une capacité de recrutement importante.
- La filière existante et présente sur site : LISP, HAD, SSIAD, EHPAD.
- L'accueil d'étudiants en médecine (externes, internes) de stagiaires (secrétariat PTA), d'infirmière en pratiques avancées (contrat en cours pour deux IDE en 2020), stages EHESP de Rennes.

Depuis 2010, les médecins et les professionnels de santé de Villedieu les Poêles ont monté le projet médical pour créer un PSLA (pôle santé libéral ambulatoire). Il regroupe, outre les praticiens généralistes de la ville, des praticiens spécialisés (dermatologue, phlébo-angiologue, pneumologue, dentistes) et des personnels paramédicaux (kinésithérapeutes, pédicures podologues, infirmières libérales). Les médecins généralistes se sont investis dans la formation des externes et internes de médecine de l'université de Caen. Certains participent régulièrement aussi à l'enseignement à l'université de Caen. L'hôpital de Villedieu n'a donc pas de difficulté lourde de démographie médicale, donnée primordiale dans le contexte actuel.

Les médecins généralistes de Villedieu les Poêles sont investis dans le développement du DMP (dossier médical partagé) pour permettre au SAMU et aux services des urgences des centres hospitaliers d'accéder plus rapidement à une information médicale pour une meilleurs prise en charge du patient.

D'autre part, ils disposent d'un service de radiologie conventionnelle et d'échographie. Egalement présent, une antenne d'un laboratoire d'analyses médicales, ce qui facilite la réactivité de la réalisation des prescriptions de biologie et la transmission des résultats

directement dans le dossier informatisé du patient. Une convention a été signée avec le laboratoire et révisée en 2012. La biologie du CH de Villedieu est, elle, assurée par le CHAG.

L'axe fort est la proximité géographique de l'établissement avec le Centre Hospitalier d'Avranches-Granville (22 minutes par l'A84), hôpital de référence du GHT, du CHU de Caen et du centre de cancérologie François Baclesse (50 minutes par l'A84).

La spécificité de l'hôpital de Villedieu permet de faciliter la continuité des soins avec le médecin traitant. En effet, pour la population de Villedieu et de ses environs proches, c'est le médecin traitant qui assurera les soins à l'hôpital. L'articulation Ville /Hôpital est ainsi optimale

La convention avec le laboratoire d'analyses et le service de radiologie de Villedieu les Poêles qui facilite les bilans et examens.

Des bilans gériatriques sont réalisés par les praticiens hospitaliers gériatres en collaboration avec le médecin traitant, la psychologue, l'ergothérapeute et l'assistante sociale afin d'évaluer l'autonomie et les capacités du patient pour son devenir.

En cas d'urgence sociale, une prise en charge adéquate est réalisée par l'assistante sociale et l'ergothérapeute.

Une grille d'évaluation de la dépendance est réalisée à l'entrée et au décours de l'hospitalisation au moyen d'outils d'évaluation informatique.

Des staffs en équipe pluridisciplinaire permettent une synthèse du patient et une réflexion sur son devenir.

Les médecins traitants intervenants sur l'hôpital peuvent organiser au mieux le retour à domicile de leur patient.

Une astreinte pharmaceutique est également organisée pour répondre 24h/24 aux besoins urgents de produits pharmaceutiques (avant le GCS Pharmacie Vire Manche Calvados et dès 2020 avec la pharmacie du CHAG).

L'accès du dossier médical informatisé est possible au sein du PSLA, ce qui intègre les traitements et le principe médical partagé.

g) Les résultats généraux attendus pour le territoire

Un **désengorgement des services d'urgence**. Celui-ci sera favorisé par le dispositif de gestion commune des lits et l'optimisation des parcours patients dans le cadre du pôle inter-établissements urgences (projet phare du projet médical de territoire du GHSMS).

Une formalisation de la **filière gériatrique** associant la médecine libérale, les médecines de spécialité et les acteurs du médico-social. La place du CH de Villedieu auprès de l'ensemble des acteurs de santé du Sud Manche est aujourd'hui reconnue, les fonctions diverses exercées par les médecins de l'établissement, notamment celles de médecins coordonnateurs en EHPAD garantissent une filière de recrutement solide. Ainsi il sera mis l'accent sur les **admissions**

directes permettant d'éviter des passages aux urgences inutiles. Le déploiement des consultations avancées et le développement de la **télé médecine** favoriseront par ailleurs les hospitalisations dans les meilleures conditions.

Un accompagnement du **virage ambulatoire**. La création de ces lits de médecine de proximité favorisera le virage entrepris par le centre hospitalier d'Avranches-Granville vers l'ambulatoire en garantissant une prise en charge en amont et en aval des patients en lien étroit avec les médecins libéraux et les acteurs du domicile. L'expérience réussie de la PTA et l'ouverture de la CPTS sont des garants de cette dynamique territoriale.

Une meilleure **attractivité médicale**. La reconnaissance d'un tel dispositif innovant ne peut que favoriser le recrutement de médecins, notamment par le biais d'exercices partagés ville/hôpital sur l'ensemble du Sud Manche, notamment dans les zones les plus fragiles (ex-cantons de Mortain et Saint-Hilaire-du-Harcouët). La coopération CPTS/GHT visible et effective, porteuse de projets médicaux novateurs, associant fortement la filière universitaire sera de nature à encourager les installations sur le territoire.

Une **pérennité du modèle créé sur le centre hospitalier de Villedieu les Poêles**. Associant élus, médecins, professionnels de l'établissement, la reconnaissance de l'établissement comme hôpital de proximité sécurisera le fonctionnement de l'établissement et l'investissement de tous les acteurs sur la durée, comme un puissant témoignage de la pertinence et de la pérennité du service public sur les territoires ruraux et péri-urbains.

II. – Le projet de médecine au CH de Villedieu

A. Définir les cibles

La proximité s'apprécie dans le cadre du projet médical stratégique en cours d'élaboration. La définition de parcours de soins gradués spécifie, parcours par parcours, le rôle du service de médecine du CH de Villedieu.

En admission directe, après passage aux urgences, en suite de spécialités au sortir du CHU, du CHAG ou de la clinique, au cas par cas, les patients relevant d'un service de médecine polyvalente sont accueilli au CH de Villedieu.

Classiquement, le service est également accessible à des patients hors territoire en cas de suractivité des autres établissements du GHT.

La fluidité des parcours et la gradation des soins entre le CHAG et le CH de Villedieu sera facilité par nombre d'actions matérielles en cours :

- PUI unique au 1er janvier 2020
- Laboratoire de biologie médicale commun au 1er janvier 2021
- Gestion administrative des malades commune au 1er janvier 2021
- DPI commun courant 2023

1. Faire vivre les parcours de soins

La démarche projet médical stratégique des établissements de la direction commune élargie au CH de Villedieu constitue le cadre global de renforcement de la cohérence et de l'efficacité du dispositif de soins hospitaliers publics dans le sud Manche.

Outre la gouvernance polaire territoriale qui doit garantir la bonne articulation entre les services de médecine en l'occurrence (mais aussi du SSR comme une nécessité dans le cadre de la recomposition de l'offre), des parcours de soins prioritaires sont proposés afin de stabiliser au sein du GHT et avec les autres acteurs des pratiques collaboratives méthodologiquement plus assurées. Plusieurs parcours seront privilégiés pour renforcer la pratique de collaboration au sein des filières de soins. Les parcours proposés (groupes de travail en janvier/février 2019) sont :

- cancer colorectal
- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- insuffisance rénale chronique
- ortho gériatrie et hanche traumatique
- grossesses à risque

La CPTS réfléchit elle-même une réflexion parcours dans le cadre de ses missions.

- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- insuffisance rénale chronique
- en plus de la recherche de l'amélioration du parcours de la personne âgée avec prise en charge complexe.

Le service de médecine trouve également une pleine justification au croisement de ces problématiques, notamment sur les pistes suivantes :

- BPCO, en lien aussi avec *le Normandy*
- insuffisance rénale chronique, en lien avec l'AUB
- ortho gériatrie et hanche traumatique

2. Définir les pathologies, les profils patients, les situations cliniques

Le profil nosographique de la patientèle de ce nouveau service de médecine sera la suivante :

- patients infectieux isolés (ces prises en charge pourraient justifier des RCP en infectiologie avec les spécialistes du CHAG),
- patient insuffisants cardiaques isolés,
- patients affectés de troubles démentiels pour équilibrage de traitement,
- patients âgés pour équilibrage des traitements antalgiques en situation de soins palliatifs ou pas et traitement de la douleur⁸.
- patients dénutris chroniques en décompensation.
- patient âgé bénéficiant en proximité de chimiothérapie : cette activité pourrait justifier une adhésion à la fédération de cancérologie du CHAG ou aux organisations en cours de définition dans le cadre de la filière cancer du centre et sud Manche. Noter que ce lien constituerait un atout certain dans le développement du repérage en cancer par les

⁸ Noter le projet de créer un inter-CLUD avec le CHAG et son équipe douleur.

généralistes, missions à prioriser et que la CPTS trouverait ainsi une occasion significative de porter.

3. Arrêter les modalités de recrutement

a) *Les soins non programmés*

(1) Organiser les soins non programmés par les libéraux au CH de Villedieu

La patientèle des consultants non-programmés est constituée pour partie et par une partie des patients du SAU du CHAG en gravité 1 et 2, habitants de l'intercommunalité de Villedieu.

Les professionnels libéraux du PSLA de Villedieu participent à des actions de télémédecine. Les médecins disposent à cette fin d'un local et des équipements nécessaires au sein du CH de Villedieu.

Ce local permet de réaliser des consultations non programmées directes à Villedieu. L'espace est adapté à des consultations et l'organisation, les contraintes de la télémédecine (délais d'installation par exemple) ou simplement l'absence ponctuelle de patient distant permet que se développe ces consultations non programmées directes.

Les médecins participants s'engagent à établir un tableau de service hebdomadaire, permettant une consultation non-programmée chaque jour de la semaine.

Un numéro d'appel dédié pourra être facilement mis en œuvre. Un temps de secrétariat pourra être dédié dans des conditions de financement à déterminer dans le cadre de l'activité libérale, le centre hospitalier pouvant faciliter ce dispositif dans sa mise en œuvre.

Ce dispositif expérimenté à Villedieu pourra trouver rapidement un déploiement sur Granville puis St James, le numéro unique et le secrétariat pouvant quant à lui fonctionner pour ces différents sites.

Une partie de ces consultations non-programmées justifiera des hospitalisations en médecine à Villedieu ou un adressage vers un établissement de recours. Dans ce cas, des dispositions seront arrêtées pour éviter un nouveau passage aux urgences avant hospitalisation.

(2) Identifier et améliorer les relations avec les services d'urgences

L'adressage vers le CHAG est aujourd'hui largement opéré via les urgences, sans qu'il existe d'organisation des relations entre le PSLA et le SAU.

Retours précoces après passage aux urgences CHAG et mise en place circuit court avec les urgences CHAG - Une convention sera préparée et mise en œuvre pour faciliter notamment l'adressage direct de patients de la consultation non programmée vers les services de spécialité

ou le cas échéant améliorer les conditions d'accueil aux urgences et de réalisation d'examens sur le plateau technique.

En outre, des contacts en télémédecine seront organisés comme c'est actuellement le cas entre les SAU du CHAG et le centre hospitalier de l'estran.

A l'inverse, l'établissement de relations cadrées (profil patient, conditions d'adressage....) et régulières avec le SAU permettra des admissions dans le service de médecine de Villedieu de patients s'étant présentés au SAU et justifiant d'une hospitalisation, après passage en unité d'hospitalisation de courte durée du SAU ou pas, après réalisation ou pas d'examens sur le plateau technique d'Avranches.

b) Les admissions directes en service de médecine à Villedieu

Entrées directes par intervention de la plateforme territoriale d'appui (PTA) sur prescription des praticiens de la PTA ou entrée directe après consultation au cabinet médical sont possibles.

Le recours au plateau technique du CHAG sera possible en cours d'hospitalisation au CH de Villedieu.

Les patients pourront également bénéficier de consultations avancées de spécialités existantes (chirurgie digestive) ou à développer. Dans le cadre du développement de la télémédecine, la télé-expertise pourra être développée de manière privilégiée pour le service de médecine de Villedieu comme au sein du PSLA.

Des examens de biologie et de radiologie sont également réalisables à Villedieu :

- Disponibilité d'un plateau BIO : par le CHAG au 01/01/2020, logistique coordonnée avec celle de la PUI, en cours de définition.
- Disponibilité d'un plateau d'imagerie au sein même du PSLA (en semaine et le samedi matin)
Cabinet Heurtault - Kurdziel - Lamy - Potier.

c) La prise en charge en transfert après explorations et stabilisation initiale au CHAG

Des prise en charge partagée seront organisées, après passage en service de spécialité au CHAG la phase de traitement, sans rééducation ou réadaptation, pourra être envisagée d'emblée en lien avec le médecin intervenant dans le service de Villedieu

La coordination de ce partage sera confiée « gestionnaire des lits CHAG ». Permettant une prise en charge en proximité au plus vite, cette organisation facilitera la disponibilité des lits de spécialité sur le CHAG.

Ce dispositif concernera les spécialités de médecine mais aussi de chirurgie en post chirurgie précoce pour des patients bénéficiant de la RAAC, le séjour de suite pouvant permettre la détection de la cause de la chute à l'origine du traumatisme.

4. Consolider l'organisation de la sortie

Le lien avec la ville est simplifié dans le fonctionnement des établissements de proximité tels que le CH de Villedieu. Les médecins traitants du PSLA sont les médecins du CH.

Le CH de Villedieu dispose d'un temps d'assistante sociale pour mener les actions nécessaires.

La PTA intervient régulièrement pour les patients hospitalisés à Villedieu (cf. thèse Pauline Marie mai 2018⁹), intervention particulièrement facilitée par la présence de l'équipe coordinatrice au staff de l'hôpital.

5. Définir les caractéristiques des soins palliatifs

a) *Les enjeux des soins palliatifs au CH de Villedieu*

La question des soins palliatifs existant aujourd'hui en SSR au sein du CH de Villedieu doit être conçue comme un point d'ancrage local d'un **dispositif territorial cohérent** répondant aux besoins de proximité, gradé au regard des compétences et équipements disponibles sur chaque site. Cette question sera aboutie dans le cadre du projet médical des établissements et déclinée dans des conventions entre établissements (ou sites).

Quoi qu'il en soit, l'objectif de **zéro passage aux urgences pour les patients identifiés en soins palliatifs** est recherché sur le territoire et au CH de Villedieu.

b) *L'organisation de la prise en charge en soins palliatifs*

La validation des admissions en soins palliatifs se fait par le cadre de santé et les médecins soins palliatifs, au cours du staff. Les critères de sélection ont été déterminés à partir de la grille pallia 10.

Pour les soins palliatifs, l'entrée est acceptée en fonction d'un ou plusieurs des critères suivants :

- Personnes en situation palliative ou fin de vie, avec arrêt de traitement curatif.
- Personnes nécessitant des soins palliatifs dans un contexte de crise.
- Personnes en situation palliative à domicile avec nécessité de répit temporaire pour une prise en charge devenue trop lourde à domicile.
- Demandes des services extérieurs pour des cas complexes, notamment symptômes physiques non contrôlés, en particulier la douleur, problématiques psychologiques et psychiques de la personne et/ou de l'entourage
- Besoin d'une démarche éthique raisonnée
- Rapprochement familial pour un accompagnement facilité de l'entourage
- Impossibilité de maintien à domicile ou en EHPAD.

Les usagers appartenant au bassin de population de Villedieu ou des environs proches sont privilégiés dans la sélection d'entrée.

⁹ « Motivations et freins des médecins généralistes de pôles de santé libéraux et ambulatoires dans leur exercice en hôpital de proximité sur le territoire sud Manche »

La coordination s'effectue également par des missions MSPU par le biais du PSLA (qui est un lieu de formation continue : soirée EPU, groupe qualité normand, suivi du patient).

Le projet médical de la direction commune viendra compléter ces dispositions.

6. Justifier le capacitaire

a) *6 lits de médecine*

Les analyses ci-dessus concernant la patientèle et les pathologies, les ressources médicales et paramédicales justifient un nombre limité de lits de médecine.

Notamment, l'estimation restrictive du potentiel de séjour de médecine (330) détermine avec une DMS de 8 jours et un taux d'occupation de 95%, un besoin de 7,6 lits. S'y ajoute la part des séjours SSR identifiables à de probables séjours de médecine (65 en 2018), soit 1,5 lit. Au total, la cible théorique est d'environ 9,1 lits.

Cependant, même si les analyses qui précèdent laisser penser qu'une partie des séjours de SSR actuels recouvrent de possibles séjour de médecine, la perspective de la transformation du SSR au CHAG, emportant la fermeture de cette activité sur le site d'Avranches incite à conserver un capacitaire de 20 lits pour cette activité à Villedieu, exclusion faite des soins palliatifs.

b) *4 lits de médecine soins palliatifs*

Les soins palliatifs constituent un besoin déjà reconnu à Villedieu. Une démarche territoriale plus affirmée est en réflexion.

Les ressources médicales disponibles à Villedieu, en volume et en compétences, concourent également à proposer que les lits de soins palliatifs de Villedieu soient déclarés en médecine dans le dispositif territorial.

Ce dispositif médecine / soins palliatifs, en connexion avec la ville et avec le CH de recours trouve sa pertinence médico-économique dans la mise en place d'un service unique médecine / SSR, au sein duquel les 3 types de prise en charge seront clairement identifiées (lits dédiés et secteurs identifiés).

B. Proposition d'indicateurs

1. DMS et IPDMS

Il s'agira de l'indicateur principal témoignant très synthétiquement de la distinction entre les prises en charges de médecine, SSR et soins palliatifs au sein du service. La coordination étroite et la collaboration entre les praticiens de Villedieu et ceux d'Avranches sera également un facteur favorisant la bonne orientation des patients entre médecine et SSR.

2. Taux d'occupation

C'est indicateur simple est le second à valoriser. Il permettra de valider les choix capacitaires justifiés et décrits plus haut.

3. SIH, lettre de liaison

Une démarche est en cours pour le choix d'un DPI de direction commune voire de GHT à horizon de 2023. Il permettra d'harmoniser les pratiques concernant la lettre de liaison.

Avant cette date, bien que le lien ville-hôpital soit un des atouts du dispositif hôpital de proximité, le suivi de cet indicateur sera une garantie de la qualité de l'information au service du parcours de la personne et de la pertinence et de l'efficacité de la chaîne de soins.

Des courriers de liaison sont réalisés le jour de la sortie par les praticiens hospitaliers à l'aide du logiciel de soin informatisé. L'optimisation de cette sortie sera améliorée progressivement par l'identification d'un temps de secrétariat dédié.

4. Indicateurs qualité

- Suivi des IQSS (lettre de liaison, tenue du dossier patient, douleur...)
- Score CAQES (pour l'année 2018, à noter que l'établissement a reçu un intérêt financier au regard des résultats)
- Nombre annuel d'évaluations de pratiques professionnelles
- Taux d'actions du PAQSS réalisées

5. Suivi des admissions et sorties en MCO (PMSI Villedieu)

- Entrées directe (mode d'entrée « 8 »)
- Entrées par transferts venant du MCO (mode d'entrée «71 »)
- Sorties par transferts vers le MCO (mode de sortie «71 »)
- Sortie vers HAD

6. Suivi des admissions et sorties en SSR (PMSI Villedieu)

- Entrées directe (mode d'entrée « 8 »)
- Sorties par transferts vers le MCO (mode de sortie «71 ») = vers un autre établissement
- Sorties par mutations vers le MCO (mode de sortie «61 ») = au sein du même établissement

7. Activité des lits de Médecine

- Taux d'occupation des lits
- DMS (cible 12 jours en ex-HL)

8. Suivi des recettes T2A

III. – Les ressources du projet de médecine au CH de Villedieu

A. L'organisation des soins

Tous les médecins du PSLA de Villedieu interviennent sur l'hôpital, ils sont au nombre de 7.

Les médecins libéraux ont intégré l'hôpital lors de la création du PSLA et du règlement arbitral accepté par les instances. Cette collaboration étroite et novatrice a permis une interactivité étroite et efficace entre le secteur libéral et hospitalier. Cette démarche est d'ailleurs reconduite dans son principe lors des réunions de travail pour la formation du GHT.

Les médecins libéraux intervenant à l'hôpital sont tous agréés pour l'accueil d'internes ou d'externes du CHU de Caen. Ils accueillent tous des étudiants dans leur cabinet, étudiants susceptibles de pouvoir intervenir à l'hôpital. Trois médecins enseignent à la faculté de médecine.

L'ensemble des médecins représente une filière active majeure en coopération avec la CPAM dans le développement et la diffusion du DMP et à ce titre le projet d'intégration de l'hôpital dans le développement du Dossier Médical Partagé est en cours.

A noter que le PSLA de Villedieu a inscrit des actions de coordinations des soins coordination avec la MSPU (maison de santé pluri professionnelle universitaire) de Villedieu : formations continues, soirées EPU, suivi du patient, rédaction de protocoles, sensibilisation à la télémédecine, développement du DMP, échanges directs avec des EHPAD de proximité (La Haye-Pesnel, Sartilly, Granville...). Toutes ces actions de formations bénéficient naturellement à l'hôpital car tous les médecins intervenant à l'hôpital y participent. En 2020, ces actions qui concourent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient hospitalisé à Villedieu seront intégrées au plan de formation institutionnel.

1. L'organisation médicale

a) *L'organisation générale*

Les médecins généralistes suivent leurs patients dans les services du CH.

Des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisés (1 en soins palliatifs, 1 en SSR/ Médecine) pour faciliter la prise en charge holistique du patient en définissant un projet thérapeutique, incluant le projet de sortie de la personne. Un staff PTA hebdomadaire permet d'assurer le suivi des patients pour lesquels cela est nécessaire.

Pour assurer des soins polyvalents, l'établissement développe la mutualisation de compétences, notamment au travers de conventions. (cf. tableau compétences)

b) *La permanence des soins¹⁰*

S'agissant d'un seul et même service et comme c'était le cas jusqu'en 2016, le médecin coordinateur (0.10 ETP) se verra confié conjointement les missions suivantes pour la médecine et

¹⁰ Voir le tableau d'astreinte des 3 derniers mois de 2019.

le SSR : l'organisation de la permanence de soins. En ce sens, il établira comme aujourd'hui pour le seul SSR, avec ses collègues autorisés à exercer dans l'hôpital de proximité de Villedieu Les Poêles, un tableau d'astreintes pour l'année à venir pour maintenir une permanence de soins pour le service de médecine /SSR avec ses lits de soins palliatifs. Par ailleurs le médecin coordinateur participe au CLAN, CLIN, COMEDIMS, CLUD¹¹, au CTE et est consulté pour le circuit du médicament, l'élaboration de protocoles, et il s'assure avec ses collègues de la bonne tenue des dossiers informatisés des patients. Il est consulté lors de gestion d'un effet indésirable (réunion du CREX).

En cas d'urgence et si besoin d'un médecin dans la semaine, les infirmières appellent le médecin d'astreinte le soir à partir de 18h, jusqu'au lendemain 8h. Le samedi matin, elles appellent le pôle de santé qui désigne soit le médecin traitant, soit le médecin d'astreinte si le médecin du patient est indisponible. Du samedi midi au lundi, 8h, elles appellent le médecin d'astreinte.

2. Les effectifs et les compétences médicales

Services/Grades	Effectif en ETP aujourd'hui	Effectif cible en ETP	Effectif cible LISP en ETP	commentaires
Praticiens hospitaliers	0.6	0.6		
Médecin coordinateur	0.1	0.1		
Médecins autorisés	7	7		Libéraux autorisés
Gestionnaire de risques associés aux soins	0.1	0.1		Temps partagé via GCS de Vire, RMQPECM
Pharmacien (PH)	Temps partagé avec GCS pharmacie	0.4		

Olivier BATAILLE, médecin	D.U. diabète, D.U. médecin coordonateur
Nicolas BOYER, médecin	Capacité en gériatrie, Capacité douleur
Anne Laure RICHARD, pharmacien	D.U gestion des risques, DU d'hygiène, expert visiteur HAS
Philippe SABATHIER, médecin	Capacité en gériatrie, DIU techniques d'épuration extra-rénales Médecine du travail agricole DEA droit privé, DESS de droit médical
Thomas TRENIER, médecin	DESC de Médecine du sport Médecin ostéopathe D.O.
Maud Morvan	DU douleur

¹¹ Il est envisagé de créer un inter-CLUD à l'initiative de l'équipe douleur du CHAG et du Dr Périer.

B. Les ressources paramédicales

1. Les effectifs et les compétences paramédicales

Services/Grades	Effectif cible en ETP pour 26 lits	Effectif cible 4 LISP en ETP	commentaires
Cadre de santé	0.5		+ Gestionnaire de risque associé aux soins (0.25) et TIM (0.25)
IDE	7.6	2	
IDE Hygiéniste	0.4		Temps partagé
Aide soignantes	10,7	1 ,9	
ASH	2		Mais prendre en compte temps pôle ménage : 0.15
Assistante sociale	0.6		Temps nécessaire sur EHPAD
Ergothérapeute	0.25	0.25	Temps partagé
Kinésithérapeute	0.8	0.2	
Diététicienne	0.25		Temps partagé
Psychologue		0.5	Temps partagé avec EHPAD
Secrétariat	0,8		

Temps de travail en 7h30 (7h45 comptées 7h30 avec 15 minutes déduites pour le repas) et la nuit en 10 h (comptées 9h45 avec déduction 15 minutes).

Organisation IDE à 5 par jour (2 le matin et 2 l'après-midi + 1 de nuit), 365 jours /an, l'effectif nécessaire est de 9.55. L'effectif IDE doit être sécuritaire et constant du lundi au dimanche. Pour les AS, l'effectif est réduit en fin de semaine et jours fériés. L'absentéisme et le temps de formation IDE ne sont pas inclus

Corinne DELANOE, IDE	D.U prévention des infections nosocomiales
France DESPREZ, IDE	D.U. douleur
Estelle GALLAIS, IDE	D.U soins palliatifs
Marie Hélène LEBOIS, IDE	D.U. douleur D.U. soins palliatifs

A noter que 40 % de l'effectif IDE est diplômé en douleur et soins palliatifs. Tout le personnel du service bénéficie d'une formation en soins palliatifs.

2. Des temps infirmiers au-delà du soin

L'infirmière référente douleur a un rôle transversal. Elle est formée au toucher-massage et a bénéficié d'une formation hypnose eriksonienne. Elle a pour missions :

- Suivre les patients douloureux,
- L'animation du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD),

- La formation initiale et continue des soignants et des actions pédagogiques en institut de formation aide- soignant,
- La réalisation d'EPP, d'audits, de protocoles,
- Le Lien avec le réseau douleur Basse-Normandie.

L'**infirmière référente-informatique** assurent le suivi de la mise place du dossier informatisé, l'appropriation et la formation des personnels médicaux et paramédicaux, notamment lors des nouvelles modalités et la résolution de problèmes liés au logiciel Osiris. Leurs missions principales sont :

- La formation des personnels de l'établissement et des nouveaux arrivants,
- La résolution des problèmes et dysfonctionnements dus au logiciel ou à son utilisation,
- L'amélioration des supports ou la création de nouveaux outils adaptés au service.

Noter qu'une infirmière libérale de Bréhal en **formation IPA** rejoindra le PSA de Villedieu pour des périodes de stage qui pourront se dérouler en partie au sein du service de médecine du CH.

3. Une équipe pluridisciplinaire

La **diététicienne**, en poste partagé avec l'hôpital de St James, est présente à 50% dans l'établissement. Son activité au sein du secteur sanitaire consiste à prendre en charge les patients à risque de dénutrition ou suivant un régime alimentaire spécifique (à la demande du médecin ou du patient lui-même). Elle réalise des enquêtes alimentaires, des bilans nutritionnels, élabore des menus particuliers, suit les patients tout au long de l'hospitalisation, explique les conseils de sortie et code tous ces actes CSARR.

La **psychologue** intervient à la demande des patients, de la famille, de l'équipe ou de sa propre initiative lorsqu'elle le juge nécessaire. Les prises en charge psychologiques ont pour objectif d'accompagner le patient dans sa maladie et dans son parcours de rééducation afin de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de pouvoir les contourner autant que possible. Elle effectue de plus des évaluations cognitives.

Le **service social** : L'intervention du service social vise à permettre la prise en charge globale du patient dans sa situation médicale, sociale, familiale et financière. L'accompagnement concerne les différentes problématiques rencontrées par le patient et/ou sa famille lors de son séjour. Il s'articule autour de la définition d'un projet de sortie, l'élaboration d'un plan d'aide à court, moyen et long terme. Il existe une grande diversité d'actions qui nécessitent un partenariat pluridisciplinaire nombreux interne et externe à l'établissement. Ce partenariat est nécessaire tant lors du séjour du patient qu'à sa sortie afin d'assurer la continuité du service rendu.

L'**équipe territoriale d'hygiène** intervient à Villedieu depuis novembre 2018 avec la présence d'une journée par mois du PH. L'infirmière hygiéniste qui y est intégrée intervenait déjà auparavant et dans un dispositif partagé entre les CH de Saint-James (50%), et Villedieu-Les-Poêles (40%). Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, l'infirmière hygiéniste travaille en collaboration avec le président du CLIN, la CME, les cadres de santé, les correspondants hygiène de différents secteurs et les soignants. Des correspondants hygiène issus des différents secteurs se réunissent deux fois par an. Les réunions sont animées par l'infirmière hygiéniste.

Le **pharmacien référent et préparateur en pharmacie référent** s'assurent de la conformité du circuit du médicament à l'hôpital en lien avec la PUI (dès 2020, PUI du CHAG). Un temps de

présence de ces professionnels est organisé. Le pharmacien référent est Président du COMEDIMS et participe au CME. Cette instance est en charge de suivre la politique médicament et dispositifs médicaux stériles validée. Des référents IDE médicament sont identifiés dans l'établissement. Des réunions de travail sont organisées régulièrement et un plan de formation est déployé.

Le **gestionnaire des risques associés aux soins** assure la gestion et le suivi des événements indésirables déclarés. Des CREX pluridisciplinaires sont mis en place depuis 2017. La démarche est intégrée à celle du GHT avec des COPIL qualité communs et sur site. L'ingénieur qualité et le directeur qualité de la direction commune coordonne les démarches en lien avec un temps d'**assistant qualité** sur site.

La kinésithérapie a pour objectif de pérenniser le retour à domicile. En soins palliatifs, il vise à préserver l'autonomie et prévenir les positions vicieuses. La professionnelle de l'établissement est en disponibilité depuis avril 2018. Deux libéraux interviennent en substitution.

L'ergothérapeute a un rôle prédominant dans le maintien de l'autonomie ainsi que pour la préparation des sorties par la visite en amont des domiciles.

Noter que le projet SSR établi pour le renouvellement des autorisations d'activité a permis d'évoquer la constitution d'une équipe territoriale des professionnels de la rééducation/réhabilitation/réinsertion : identification, reconnaissance des ressources du territoire, mutualisation lorsque cela est possible, développement de ressources complémentaires (pour les métiers en tension, comme kinésithérapeutes), plan de recrutement, protocole commun, identification des priorités, coopérations...

De plus, la réflexion en cours sur la structuration des pôles de la direction commune offre l'opportunité d'un cadre précis et piloté pour cette équipe territoriale.

C. Des partenariats renforcent l'équipe

Partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du CHAG dont le médecin accompagne l'équipe une fois par mois, lors du staff hebdomadaire interdisciplinaire.

Conventions avec le Centre hospitalier spécialisé de l'estran à Pontorson: une infirmière de l'équipe mobile de psychiatrie pour la personne âgée (EMPPA) de Pontorson vient à la demande de l'équipe, une consultation d'addictologie se tient une semaine sur deux.

Tous les médecins autorisés sont adhérents des groupes qualité normands et participent mensuellement aux séances de formation (par ex. les thèmes : la polymédication chez la personne âgées, les prescriptions antibiotiques, le suicide, insuffisances cardiaques...)

Collaboration avec le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'HAD.

Convention avec l'hôpital de Saint James pour un temps d'accompagnement qualité : une journée/mois

Partenariat formalisé avec l'accueil de jour.

Partenariat avec l'orthophoniste libéral de Villedieu, qui intervient selon les besoins.

Collaboration avec les services et les professionnels du soin à domicile par l'intermédiaire de l'assistante sociale de l'hôpital pour optimiser le retour à domicile.

Participation aux travaux des réseaux régionaux : douleur, hygiène et qualité (RRDBN, RRHBN, QUAL'VA).

Une adhésion au GCSMS des EHPAD du Sud Manche a été adoptée depuis novembre 2014.

Un partenariat étroit est mis en place avec notamment l'EHPAD de Villedieu (99 lits dont 2 lits d'hébergement temporaires).

Est également organisé l'accueil de stagiaire dans le cadre de fonctions innovantes: télémedecine, IDE pratiques avancées (deux conventions en cours avec les médecins de la MSPU et la PTA avec l'hôpital comme terrain de stage).

Enfin, dans le cadre du GH Mont Saint-Michel des formations communes sont organisée (formation de tuteurs de stage...), des groupes de travail permettent des avancées (soins palliatifs, décès...), la démarche qualité est coordonnée (référents SQS, plaies et cicatrisations...), la CSIRMT du GHT mène des actions

NB : les conditions de la gouvernance passée expliquent qu'il n'a pas été possible de retrouver nombre de conventions. Plusieurs partenariats existent par le GHT et n'ont pas donné lieu à convention spécifique de ce fait.

D. Les locaux

L'unité sanitaire compte aujourd'hui 23 lits (5 chambres à 2 lits, 13 chambres à 1 lit).

Les chambres sont équipées de sanitaire, d'oxygène et d'aspiration murale. Le service dispose d'un bureau médical, d'une salle de soins, d'une salle à manger, d'un salon et d'une salle dédiée aux soins palliatifs.

Les quatre chambres de soins palliatifs sont des chambres individuelles, identifiées. Les familles disposent d'un salon équipé d'un micro-onde, d'un réfrigérateur pour les repas et d'un fauteuil-lit pour les familles désirant dormir avec leur proche.

La restructuration permettra de renforcer la qualité des espaces de ce service.

La restructuration de l'unité (couplée avec celle de l'EHPAD) permettra de disposer de 30 lits dans le courant 2023.

Il est cependant envisageable de recréer 2 lits supplémentaires dans des conditions de confort et d'exercice professionnel acceptable pour une période transitoire dans l'attente de cette échéance.

Ainsi, à l'obtention de l'autorisation d'activité de médecine, il serait possible de disposer, à côté des 20 lits de SSR¹², de 5 lits de médecine en arbitrant en tant que de besoin durant cette période entre la médecine et les soins palliatifs.

¹² A compter de l'application du plan de restructuration du SSR entre les établissements du GHT.

Le capacitaire est aujourd’hui de 23 lits. Il est possible de le porter à 25 lits par récupération de pièces aménageables dans des conditions de sécurité et de confort satisfaisantes pour une période transitoire.

Pour arrêter un calendrier prévisionnel, il convient de tenir compte du déploiement du projet de recomposition du SSR dans le GHT. La fin de l’autorisation de médecine de Mortain à la date du 9 septembre 2020 commande d’opérer les échanges capacitaires à une date proche pour ne pas déstabiliser supplémentaires les équilibres économiques des établissements engagés. A cette période, le capacitaire de SSR de Villedieu passerait à 20 lits, autorisant une activité sur 5 lits de médecine (arbitrés entre médecine polyvalente et soins palliatifs en tant que de besoin).

Le calendrier de déploiement pourrait être le suivant :

activité	au 01/01/2020	dernier trimestre 2020	3ème trimestre 2023
SSR	23	20	20
médecine polyvalente	0	5	6
médecine soins palliatifs	0		4
total	23	25	30

Annexe 4 : Fiches actions du projet de la CPTS du Sud-Manche

FICHE ACTION 1 = Faciliter l'accès à un médecin traitant								
Diagnostic territorial	<p>Un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant.</p> <p>Un taux de xx % de patients sans médecins traitant est recensé sur le territoire défini</p> <p>Pour les patients en ALD, ce taux est égal à xx % à la date du XXXXX.</p>							
			Nombre de patients					
	Code INSEE	Commune	Total	+ 16 ans	+ 70 ans	En ALD	+ 70 ans et en ALD	Avec la CMU c/ ACS
	Total		4 652	1 661	66	92	9	424
	Total CC de Granville, Terre et Mer		3 192	1 203	51	63	9	298
Total CC de Villedieu Intercom		1 460	458	15	29	0	126	
<p>De plus, on constate une désertification médicale en ce qui concerne les médecins généralistes de 1^{er} recours plus particulièrement sur la CC de Villedieu</p> <p>Pour l'agglomération du Mont St Michel, la <i>densité de médecins généralistes est de</i></p>								
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • La santé pour tous : une ambition collective = «Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens 							

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la part de patientèle avec médecin traitant de 10 % par an dans la population couverte par la CPTS. - Ne plus avoir de patients en ALD ou âgés de plus de 70 ans sans médecins traitants dans les 2 ans <p>> Mettre en place une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant et d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé (ALD, +70 ans, patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la CMUC ou l'AME)</p> <p>> Mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.</p>
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les patients recherchant un médecin traitant (données CPAM et MSA) selon critères de priorisation (listing avec domiciliation) - Analyser les priorités à trouver un médecin traitant (plus de 70 ans, en ALD, bénéficiaire de la CMU) - Mettre en place l'envoi d'un courrier aux médecins du périmètre CPTS pour les patients ayant consultés au moins 3 fois le même médecin dans les 12 derniers mois par la CPAM/MSA - Mettre en place l'envoi d'un courrier aux assurés pour avis et validation par la CPAM et MSA - Mettre en place des concertations bi annuelles, lors de staffs PTA, concernant le suivi de la liste des personnes prioritaires sans MT (la rupture de soins est un objectif de la PTA)
Public concerné	Tous les médecins généralistes du territoire de la CPTS Tous les patients du territoire de la CPTS
Leviers et freins	<p><u>Leviers</u> = Partenariat et accompagnement CPAM / MSA Développement de la PTA Sud Manche Rémunération socle 1 / ROSP Internes / IDE</p> <p><u>Freins</u> = Faible démographie des médecins Age des médecins Implication des médecins du territoire dans l'action Coordination médecins / assurance maladie</p>
Personne référent de l'action Personnes associées	Dr LEBAS / Dr SABATHIER F Leplumey pour la CPAM / D Rouxelin pour la MSA
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'action à M+ 6 mois de la signature du contrat CPTS avec formalisation de la liste avec priorisation et début des envois annuels des courriers par la CPAM/MSA - Suivi bi annuel dès 2020

<p>Indicateurs de résultats et de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Part de la patientèle sans médecin traitant dans la population couverte par la CPTS - Part des patients en ALD sans médecin traitant sur le nombre de patients en ALD - Part des patients de plus de 70 ans sans médecin traitant sur le nombre de patients de + 70 ans - Pourcentage de patients CMU C sans médecin traitant sur le territoire - Evolution du nombre de patients ayant déclarés un médecin traitant sur la période définie (Total populationnel + cible ALD / CMU / + 70 ans)
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requêtes transmises par la CPAM et la MSA - Courriers aux médecins du périmètre CPTS pour les patients ayant consultés au moins 3 fois le même médecin dans les 12 derniers mois par la CPAM/MSA - Courriers aux assurés pour avis et validation par la CPAM/MSA - Temps de coordination CPTS / Assurance Maladie
<p>Les parties prenantes</p>	<p>CPAM / MSA Médecins du secteur- Population PTA Sud Manche Département Universitaire de Médecine générale URPS</p>

**FICHE ACTION 2 = Poursuivre l'organisation des soins
non programmés en ville**

<p>Diagnostic territorial</p>	<p>Un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant. Un taux de xx % de patients sans médecins traitant est recensé sur le territoire défini. - Fait récent mais prévisible, on constate une désertification médicale sur le secteur sourdin en ce qui concerne les médecins généralistes de 1^{er} recours. Les médecins proches sont partis sans être remplacés ou partiellement (Brécey, Percy, Hambye, La Haye Pesnel) mais également au sein du PSLA de Villedieu avec le départ du Dr Tanguy non remplacé. - Retours des urgentistes confirmant l'accentuation de la prise en charge par les urgences de soins ne relevant pas de leurs compétences.</p>
<p>Orientations du PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre et développer une organisation territoriale permettant de répondre aux besoins de soins non programmés permettant le traitement et l'orientation des demandes → Organisation permettant la prise en charge du patient du territoire le jour même ou dans les 48h en situation d'urgence non vitale.
<p>Description des tâches à réaliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre prise en charge des soins non programmés quotidiennement par les internes et médecins superviseurs (Villedieu- Granville) - Offrir à nos secretariats des formations pour répondre à cette problématique de demande. Pouvoir valoriser leur travail en leur offrant un mode de travail innovant et motivant (participation à la coordination et à la régulation) - Mettre en place un lien avec formalisation de convention avec la plateforme 116 117 afin de permettre une coordination pour la prise en charge des soins non programmés - Déployer possibilité d'accès aux soins avec la télémedecine : développer les sites sur le modèle de St Georges de Rouelley (cf fiche action 3) - Poursuivre actions permettant de libérer des créneaux pour MT : <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre partenariat avec IDE Asalée pour suivi des pathologies lourdes avec carnet de suivi - Poursuivre accueil des élèves (kiné, IDE, dentiste, secrétaire et formation des internes (cf fiche action 14) - Déployer liens entre professionnels de santé du territoire pour repérage des personnes fragiles (lien PTA et Maïa avec documents communs) - Mettre en place un outil de repérage télémedecine comme il a été présenté lors de l'appel à projet télémedecine (pas de réponse à ce jour) - Mettre en place en collaboration avec les urgences des protocoles de niveau de prise en charge - Communiquer et diffuser aux autres cabinets les différentes organisations et solutions (cf. pré contractualisation et poursuivre la diffusion de l'information)

Public concerné	Tous les médecins généralistes du territoire de la CPTS Tous les patients du territoire de la CPTS
Leviers et freins	<p><u>Leviers</u> = Internes / IDEAsalee/ déploiement des assistants médicaux Secretariat du pôle Rémunération socle 1 / ROSP</p> <p><u>Freins</u> = Faible démographie des médecins Age des médecins Implication des médecins du territoire dans l'action Absence de valorisation financière des participants déjà abordée, enclin à s'investire sans contrepartie</p>
Personne référent de l'action	Dr Sabathier - Dr Lebas
Personnes associées	Autres médecins Généralistes des PSLA
Calendrier prévisionnel	Mise en place de l'action à M+ 6 mois de la signature du contrat CPTS Renouvellement tous les ans
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients consultés mensuellement dans les créneaux de consultations de soins non programmés - Part de la patientèle sans médecin traitant de cette population - Part de la patientèle hors territoire CPTS (estivaux) - Nombre de patients suivi par IDE Asalee - Nombre d'heures dédiées à ces consultations - Nombre de consultations de télé médecine : en EHPAD, pour patient hors cpts, pour patient du territoire CPTS - Evaluation du nombre de passage aux urgences pour les patients ayant appelé la plateforme avant ou non (efficience)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens financiers : <ul style="list-style-type: none"> o Temps de secretariat avec gestion des appels, traçabilité et disponibilité) o Formations du personnel o Communication et diffusion aux autres cabinets du territoire
Les parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Secrétaires - IDE - Médecins

FICHE ACTION 3 = Développer la télésanté	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Démographie médicale non favorable pour le territoire de Villedieu concernant la médecine générale ainsi que certaines spécialités - Difficultés de se déplacer : Transports pas toujours suffisamment développés ou adaptés pour la population - Professionnels formés sur le territoire - Télémédecine mise en place dans des EHPAD et pharmacies d'officine
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Répertorier les "zones" géographiques en souffrance - Eviter les ruptures de soins dans la prise en charge des patients - Lutter contre la désertification médicale - Eviter des transports sanitaires inutiles
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer l'activité de télémédecine progressivement dans les soins non programmés - Mettre en place un organigramme géographique sur les territoires sensibles - Organiser un planning fluide sur les territoires sensibles
Public concerné	<p>Tous les médecins généralistes du territoire de la CPTS Tous les patients du territoire de la CPTS</p>
Leviers et freins	<p><u>Leviers</u> =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel déployé (EHPAD, PSLA, pharmacies...) - Pratiques déjà réalisés avec Expérimentation de St George de Rouelley - Professionnels sensibilisés - Possibilité de se former à l'hôpital de proximité <p><u>Freins</u> =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité chronophage : patients inconnus et souvent polypathologiques, dossier inexistant - Activité peu ou pas reconnue financièrement - Problèmes techniques réguliers

Personne référent de l'action	Dr Suzy Josroland
Personnes associées	Dr Schwarz, IDE hospitalier, IDE EHPAD, 1 pharmacien
Calendrier prévisionnel	
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de téléconsultations - Nombre de plages programmées pour la télémédecine - Nombre de lieux où s'effectue la télémédecine sur le territoire - Nombre de professionnels réalisant l'activité de télémédecine
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Temps secretariat en lien avec soins non programmés - Temps technicien et vérification Accessibilité DMP
Les parties prenantes	

FICHE ACTION 4 = Fluidifier le parcours des PEC complexes en lien avec la PTA	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Population vieillissante avec patients polypathologiques - Démographie médicale en diminution dont Médecins généralistes et gériatres - Faible connaissance par les patients et professionnels de l'ensemble des dispositifs existants pour les personnes âgées, isolées, en situation de handicap - PTA peu sollicitée par les professionnels hospitaliers en cas de retour à domicile pour patients âgés à prise en charge complexe
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une politique de la promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le rôle de la PTA et connaissance sur le territoire - Redynamiser le partenariat PTA et les établissements de santé - Répondre aux difficultés des acteurs de santé sur territoire pour PEC complexes avec problématiques identifiées - Améliorer la connaissance entre les professionnels et acteurs de santé et favoriser le contact (cf lien fiche action 13 communication) - Utiliser la PTA comme « outil » pour faire remonter les dysfonctionnements ou problèmes dans la continuité des soins de ma prise en charge de patients du territoire
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre avec la Maïa les modalités de communication sur le territoire de la PTA : supports papier/informatique +rencontres périodiques+ site internet+ mails et formaliser un plan de communication (convention) - Confluence vers la DAC • Communiquer à l'ensemble des acteurs de santé du territoire sur les rôles de la PTA et modalités de PEC des patients dans le dispositif • Développer le site internet de la PTA en lien avec ses missions • Identifier la PTA comme structure de relai pour informer des evenements indésirables liés aux soins en lien avec problèmes d'interface • Mettre en place un outil informatique de suivi d'activité PTA (Thérape ou autre) • Intégrer les réunions PTA dans les actions CPTS • Disposer d'un annuaire professionnel des professionnels de santé du territoire avec adresses sécurisées et le mettre à disposition sur le site PTA et CPTS (cf fiche action 13 communication) • Evaluer le dispositif PTA sur 1 mois donné (questionnaire de satisfaction en ligne au patient et médecin traitant concerné) • Intégrer dans les livrets d'accueil des établissements de santé du territoire le lien avec le PTA (possibilité de l'intervention de la PTA et accessibilité dossier)

Public concerné	Tous les professionnels de santé du territoire Maïa Patients avec PEC complexe
Leviers et freins	Leviers : - PTA reconnue avec file active de XXX patients - Lien avec Maïa - Annuaire Maïa/PTA Freins : - Choix et coût développement de site internet - Ressource pour mise à jour du site internet
Personne référent de l'action Personnes associées	Philippe Sabathier/ Richard Delaboise Mme Boulon, Mme Anfray, Sandra Janvier, Anne Laure Richard
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser une convention avec la Maïa pour la communication de la PTA avec mails et rencontres (Valider un plan de communication et une convention - 1^{er} semestre 2020) • Réaliser un support de communication avec définition du rôle de la PTA • Communiquer à l'ensemble des acteurs de santé du territoire sur les rôles de la PTA et modalités de PEC des patients dans le dispositif- début 2^{ème} semestre 2020 • Mettre en place un outil informatique de suivi d'activité PTA (Thérape ou autre) - 2020 • Disposer d'un annuaire professionnel des professionnels de santé du territoire avec adresses sécurisés à destination que des professionnels de santé– Liens avec PTA, Maia, CPAM et Mme Le Guiel, GHT et structures privées • Disposer d'un site internet pour avoir le lien entre les professionnels de santé du territoire CPTS (cf fiche action acommunication 13) 2020 • Evaluer le dispositif PTA sur 1 mois donné (questionnaire de satisfaction en ligne au patient et médecin traitant concerné) 2021/2022 • S'assurer de la confidentialité des données (RGPD) dans le processus de prise en charge en lien avec la PTA • Déployer la participation des acteurs de la PTA lors de staffs
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients PEC par la PTA - Nombre de COPIL PTA - Résultats satisfaction patient/utilisateurs PTA - Nombre d'EI en lien avec parcours patient sur le territoire - Nombre de professionnels utilisant le site internet - Suivi du plan de communication

Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none">- 1 temps de chargé de mission/coordination- Déploiement de site internet (PTA et CPTS)- Appui technique pour vérifier le respect du RGPD- Temps de secretariat
Les parties prenantes	

FICHE ACTION 5 = Améliorer le parcours du patient Insuffisant Rénal Chronique	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - La maladie rénale chronique (MRC) est une pathologie grave à fort taux de décès 9,6% - Il existe un taux élevé de dialyse en urgence (>30%) malgré le caractère chronique de la maladie (registre REIN) - Impact médico-économique majeur
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé - Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge - Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le dépistage des maladies rénales chroniques - Améliorer le parcours de soins des patients atteints d'IRC pour en limiter la progression (prévention) - Renforcer la coordination entre les professionnels de santé en favorisant le recours au néphrologue (consultation avancée, télé-expertise, télé-consultation) - Favoriser la transplantation rénale pré-emptive (avant dialyse) - Limiter le taux d'arrivée en dialyse non programmée si dialyse non évitable - Favoriser la dialyse à domicile si dialyse non évitable
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Adressage au néphrologue en cas de MRC stade IIIb (DFG < 45 mL/min), et/ou progression rapide, et/ou anomalies urinaires (protéinurie, hématurie) - Recenser les patients à risque via une alerte transmise par les laboratoires d'analyse biologique (alerte au médecin prescripteur et au médecin traitant en cas de critère d'adressage au néphrologue) - Informer des recommandations HAS sur le parcours de soins de la MRC - Mise en œuvre de staffs avec médecins de la CPTS, et actes de télé-expertise pour actions rapides et programmation de consultations rapidement en cas de facteurs de risque importants - Proposer des réunions d'EPU pour FMC sur la MRC pour les acteurs de la CPTS - Ouverture des RCP de néphrologie aux professionnels de santé de la CPTS et fluidifier la communication - Multiplier les interventions de sensibilisation du grand public localement avec les associations de patients (France Rein)
Public concerné	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins généralistes du territoire de la CPTS - Laboratoire d'analyse biologique du territoire de la CPTS - Equipes médicales, diététique, IDE, et ETP de l'AUB Santé

Leviers et freins	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage biologique via les laboratoires d'analyse biologique - Communication au sein de la CPTS (cf fiche dédiée) et DMP - Télémédecine, et visio-staffs pour EPU et repérage des dossiers complexes et/ou urgents (intégration à la PTA) - Coordination du parcours pré dialyse et pré greffe avec les IDE de parcours de l'AUB Santé <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outil commun pour télé-expertise et télé-consultation - Absence de prise en charge des transports pour séances d'ETP et consultations diététiques afin de renforcer la prévention
Personne référent de l'action Personnes associées	Dr DUQUENNOY, néphrologue, Fondation AUB Santé secteur Sud Manche
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage des patients à risque avec les laboratoires au 1^{er} trimestre 2020 - 2 séances/an d'EPU minimum auprès des médecins à partir du 01/01/2020 - Passer de 1 à 3 interventions de sensibilisation du grand public en 2020
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de patients atteints d'une MRC aux stades IIIb, IV, V, suivis par le néphrologue - Taux de patients arrivant en dialyse en urgence de manière non programmée - Taux de patients inscrits sur liste d'attente de transplantation rénale de manière pré-emptive à la dialyse - Taux de dialyse à domicile
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Système informatique commun pour télémédecine et visio-staffs (expertise, RCP, EPU) - Prise en charge des PMT pour encadrer le traitement préventif par de l'ETP et des consultations diététiques en cas de MRC sévère (CPAM)
Les parties prenantes	<p>Médecins du territoire Fondation AUB Santé Population Laboratoires biologiques Association de patient (France Rein)</p>

FICHE ACTION 6 = Améliorer le parcours des patients atteints de BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive)	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Forte prévalence dans la patientèle de patients atteint de BPCO - Retard de diagnostic dans la BPCO - Suivi incomplet du patient atteint de BPCO
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le Dépistage de BPCO - Améliorer le suivi et la prise en charge du patient atteint de BPCO - Développer la prise en charge en ville en lien avec le parcours identifié au sein du GHT Mont St Michel - Limiter les hospitalisations - Identifier le parcours du patient BPCO
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Affiner le recueil des antécédents (cf fiche 10) • Réaliser des EFR de dépistage aux cabinets • Mettre en place des fiches de suivi de la maladie • Poursuivre les réunions de travail Ville Hôpital sur le sujet du parcours BPCO avec mise en place d'un groupe de travail
Public concerné	<p>Patients tabagiques, patients avec syndrome d'apnée du sommeil (SAS), sujets à risque Médecins traitants, pneumologues, kinésithérapeutes, IDE, IDE de pratique avancé</p>
Leviers et freins	<p>Leviers: - Lien avec le GHT/pneumologues - IDE de pratique Avancée</p> <p>Freins: - DMP</p>
Personne référent de l'action Personnes associées	<p>Nicolas Boyer Laëtitia Chemery</p> <p>Kinésithérapeutes</p>
Calendrier prévisionnel	2nd semestre 2020

<p>Indicateurs de résultats et de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'EFR positifs - Nombre d'hospitalisations des patients atteints de BPCO - Nombre de professionnels formés/informés sur le parcours du patient BPCO sur le territoire
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formations des professionnels pour réalisation des EFR et suivi - Mise en place d'IDE de pratique avancée pour suivi en ville des patients atteints de BPCO - Temps d'épidémiologiste
<p>Les parties prenantes</p>	<p>PSLA, GHT Mt St Michel, Kinésithérapeutes, CPAM, MSA</p>

FICHE ACTION 7 = Améliorer l'organisation des entrées/sorties en établissement de santé	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'annuaire des services et des acteurs de santé hôpital/clinique disponible - Manque de connaissance des professionnels entre la ville et l'hôpital mis en avant dans les séminaires du GHT, rencontres Projet Santé Sud Manche et réunions CPTS - Difficultés d'accessibilité par les professionnels libéraux aux praticiens hospitaliers (données Respublica/adopale) - Lettre de liaison pas systématiquement transmise à J0 au médecin traitant - Utilisation du DMP pas généralisé sur le territoire - Peu de mise en place de conciliation médicamenteuse (cardiologie du CHAG) et absence à Villedieu et Granville, Polyclinique de la Baie - Manque de connaissance et lisibilité de l'offre proposée par les établissements - Peu d'entrées directes
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer et diffuser un annuaire des services et des acteurs de l'hôpital - Assurer un bon développement des outils de communication : <ul style="list-style-type: none"> ○ Messagerie sécurisée ○ DMP ○ Lettre de liaison - Favoriser l'organisation <ul style="list-style-type: none"> ○ des hospitalisations programmées ○ des consultations avancées ○ le déploiement de la conciliation médicamenteuse
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les praticiens de ville volontaires pour intégrer le groupe de travail Ville Hôpital • Poursuivre les réunions acteurs Ville Hôpital en lien avec le GHT avec programme d'actions pour favoriser les entrées directes et l'organisation des sorties • Communiquer sur les différents outils : DMP et utilisation de messagerie sécurisée • Déployer l'utilisation des messageries sécurisées entre la ville et l'hôpital: elettre de sortie, bilan de conciliation
Public concerné	Praticiens hospitaliers, Médecins Généralistes, IDE, Pharmaciens, Patients

Leviers et freins	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunion de travail Adopale GHT/ Ville - Comité stratégique du GHT avec participations de médecins à activité mixte <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> -nombreux intervenants - accessibilité messagerie sécurisée (apicrypt et ms santé pas encore communiquant)
Personne référent de l'action Personnes associées	Un médecin Généraliste/ Frédéric Goddé
Calendrier prévisionnel	Fin 2020
Indicateurs de résultats et de suivi	
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de communication/temps de sensibilisation - Temps de secrétariat (envoi des courriers par apycrypt ou ms santé) - Outils informatiques adaptés
Les parties prenantes	Etablissements de santé

FICHE ACTION 8 = Promouvoir le dépistage de cancers/ et prévention/ environnement	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe une insuffisance des dispositifs de prévention primaire - La population est peu sensibilisée aux facteurs de risque environnementaux et leurs risques sur la santé - Population vieillissante avec prévalence plus importante des pathologies cancéreuses - Les difficultés d'accès à un médecin traitant sont en partie responsables d'une insuffisance de dépistage
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir localement la prévention aux facteurs de risque environnementaux - Proposer un parcours de soins adapté aux sujets à risque - Diminuer l'exposition au risque - Faire prendre conscience - Eviter la pathologie lourde - Réaliser un dépistage et un diagnostic plus précoces des pathologies cancéreuses
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les outils de promotion de la prévention • Identification de la population cible • Mettre en place un questionnaire simple à remplir pour les patients, en salle d'attente • Relever ces données et les intégrer dans le logiciel avec création d'alertes • Faire récupérer par le patient sa fiche entreprise d'exposition aux risques • Intégrer cette fiche dans le dossier patient et en discuter avec son accord avec le médecin du travail • Codification CIM • Formation des professionnels à la toxicologie et de médecine du travail • Participer au dépistage de la BPCO et SAS • Réaliser des Prélèvements virologiques
Public concerné	<p>L'ensemble des médecins généralistes du territoire et internes Les IDE ASALEE Tous les patients du territoire</p>

Leviers et freins	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires déjà en place sur Villedieu constituant une base de travail - Apport de la MSA pour l'identification de la population cible - Aspect universitaire des PSLA engagés - Participation des étudiants : externes, internes et IPA - Possibilité de déléguer certaines tâches de secrétariat <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps à dédier à cette action relativement chronophage - Secret médical et/ou industriel - Choix et coût d'un outil numérique pour permettre une meilleure diffusion
<p>Personne référent de l'action</p> <p>Personnes associées</p>	<p>Dr Agnès Hofferer</p> <p>Dr Vandoorme MSA</p>
Calendrier prévisionnel	<p>Développement des questionnaires et définition de la population cible pour 2nd semestre 2020</p> <p>Recueil et analyse pour identification des sujets à risque et réorientation dans le parcours de soins par une personne référente, à partir de 2021</p>
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de dépistage des cancers, et stade de découverte sur le territoire - Taux de mortalité sur le territoire imputable à des facteurs de risques environnementaux - Nombre de relevés - Nombre d'exposition ou de risques dépistés - Nombre de pathologies découvertes
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Désignation d'une personne référente avec temps dédié pour l'analyse des résultats et l'identification des sujets à risque (temps d'interprétation/épidémiologiste) - Temps secrétariat - Moyens informatiques : Outil numérique en relais pour améliorer la diffusion et la pertinence de la mission - Moyens de diffusion de l'information (supports..)
Les parties prenantes	<p>Les médecins généralistes du territoire</p> <p>La population</p> <p>La CPAM, MSA</p> <p>Pharmaciens</p> <p>Médecins du travail</p> <p>Faculté de Médecine</p>

FICHE ACTION 9 = Promouvoir la Couverture Vaccinale	
Diagnostic territorial	<p>Indice de vieillissement sur le territoire de 127, contre 78 sur le plan national</p> <p>Proportion de la population ciblée par la vaccination antigrippale, notamment les personnes de plus de 65 ans est donc plus importante sur le territoire</p> <p>Il s'agit d'un enjeu de de santé publique particulièrement important</p>
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre une politique de promotion de la vaccination <ul style="list-style-type: none"> ○ Politique de prévention générale concernant la grippe et sa transmission ○ Responsabiliser les citoyens sur leurs responsabilités concernant la vaccination - Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de santé pour favoriser une meilleure communication sur la vaccination - Améliorer la couverture vaccinale sur le territoire - Développer l'usage d'un système d'information à destination des patients
Description des actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mission déjà en cours sur le territoire, de façon indépendante entre Villedieu et Granville • Organiser la traçabilité obligatoire de la vaccination dans le DMP par tous les professionnels qui vaccinent • Organiser des permanences de vaccinations par les internes du PSLA, les infirmiers libéraux, les pharmaciens • Elaborer un questionnaire disponible en salle d'attente pour effacer les idées fausses et reçues sur la vaccination et ses dangers • Développer un kit de communication commun à destination des PSLA, MSP, et tous professionnels de santé pour coordination des moyens et amélioration de la communication auprès des patients • Identifier 1 référent de l'outil • Prévoir la communication sur le territoire sur ce projet aux professionnels de santé concernés avec soirée grand public en novembre de chaque année avec intervention d'infectiologue

Public concerné	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les médecins généralistes du territoire de la CPTS - Tous les patients du territoire de la CPTS - Tous les pharmaciens du territoire de la CPTS - Tous les IDE libéraux du territoire de la CPTS - Les internes en formation au PSLA
Leviers et freins	<p><u>Leviers =</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DMP - Trois intervenants possibles pour vacciner : médecins, IDE, pharmaciens - Equipe hygiène de territoire avec kit de vaccination hospitalier <p><u>Freins =</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DMP
Personne référent de l'action	Dr TRENIER
Personnes associées	IDE hygiéniste, IDE Asalée, interne de santé publique
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Projet actif dès le début de la campagne vaccinale 2019 - Développement des outils dès 2020
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Part de vaccination parmi les populations à risque - Part des vaccination parmi la population générale - Nombre d'informations diffusées avec la plateforme
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccins fournis en quantité conséquente et suffisante sur le territoire - Kit de communication (dont Outils numériques) pour promotion de la vaccination - Temps de secrétariat pour diffusion
Les parties prenantes	

FICHE ACTION 10 = Développer des actions sur la pertinence des prescriptions/iatrogénie médicamenteuse	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Iatrogénie médicamenteuse est un problème de santé publique majeur : deux fois plus fréquente chez le sujet âgé de + de 65 ans et serait responsable de plus de 10% des hospitalisations dans cette population et 20% chez les octogénaires. - Consommation de psychotrope importante : proche de la consommation de la France avec consommation de neuroleptiques et hypnotiques supérieurs à la consommation nationale pour le Sud manche - Peu de contacts entre professionnels ville/hôpital notamment médecins et pharmaciens
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, améliorer la pertinence et l'efficacité de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques (optimisation pharmaceutique : à partir d'un bilan des traitements médicamenteux, réalisation d'un état des lieux de la pertinence des prises en charge au regard des bilans biologiques et cliniques et des pathologies) - Renforcer la coordination entre le pharmacien, infirmier et le médecin autour des traitements médicamenteux - Renforcer le lien entre pharmaciens officinaux et hospitaliers - Maîtriser les dépenses de santé et diminuer les hospitalisations évitables pour cause
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les bilans iatrogénie partagés dans des EHPAD du territoire avec une méthodologie commune <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les EHPAD sans PUI, travail en collaboration pharmacien officinal et hospitalier pour mise en place des bilans partagés • Organiser la sensibilisation/formations des médecins/pharmaciens Ville Hôpital à la déprescription (supports Omédit présentés avec gériatre) <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer un programme DPC pour l'appel à projet 2021 « DPC en interprofessionnel en appui de l'exercice »
Public concerné	Tous les médecins, pharmaciens d'officine et d'établissements de santé, EHPAD, Médecins coordonateurs
Leviers et freins	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lien avec Groupe de Travail de l'Omédit « Déprescription » et « bilan partagé » - Lien avec SRA Qual'Va Organisme OGDPC - Appel à projet Nationale DPC en 2020 et 2021 <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépôt de dossier avant octobre 2020 ou 2021 avec méthodologie contrainte

<p>Personne référent de l'action</p> <p>Personnes associées</p>	<p>Anne Laure Richard</p> <p>Médecins coordonnateurs des EHPAD</p>
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation de la méthodologie commune en janvier 2020 - Début des bilans iatrogénie partagés au 1^{er} trimestre 2020 - Dépôt du Dossier Appel à projet pour septembre 2020 pour formations sur 2021/2022
<p>Indicateurs de résultats et de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de sessions de sensibilisations à la déprescription réalisées - Nombre de professionnels rencontrés - Nombre de bilan iatrogénie EHPAD sur le territoire - Nombre de résidents avec au moins une modification de traitement réalisée suite au bilan ou modification du suivi clinico biologique - Nombre de modifications avec impact Majeur ou supérieur - Suivi régional de consommations de certaines classes de psychotropes
<p>Moyens Nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de coordination - Validation du projet avec Omédit et Qual'Va pour mise en place du projet de DPC
<p>Les parties prenantes</p>	<p>GHT, EHPAD, Qual'va , Omédit Normandie, pharmacies d'officine</p>

FICHE ACTION 11 = Mettre en place une évaluation du parcours ville /Hôpital	
Diagnostic territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de difficulté de prise en charge augmenté lors des interfaces - Peu de lien entre les professionnels du secteur Ville/Hôpital
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la démarche qualité sécurité des soins autour du lien Ville Hôpital - Sécuriser le parcours du patient - Impliquer davantage l'utilisateur
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un groupe de travail de professionnel Ville Hôpital volontaires avec représentation ville/Hôpital et usager - Mettre en place une évaluation sur le parcours patient Ville/ Hôpital concernant les interfaces de type Patient Traceur Ville Hôpital <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer un programme DPC pour l'appel à projet 2021 « DPC en interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » Patient traceur Ville Hôpital ○ Formaliser le cahier des charges en lien avec la SRA qualité Normandie (réseau QUal va) de l'évaluation pour octobre 2020 - Communiquer sur les actions
Public concerné	Tous les professionnels de santé volontaires dont établissements de santé et médico sociaux, Usagers volontaires
Leviers et freins	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internes SAS PAS des PSLA - Méthode Patient traceur connu des établissements de santé - Déjà réalisé entre GHT et Normandy <p>Freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronophage - Temps de coordination

Personne référent de l'action	Anne Laure Richard
Personnes associées	Equipe qualité du GHT, QUal'Va, PSLA
Calendrier Prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Dépôt pour 2020 du dossier - Groupe de travail pour 2021
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'évaluation réalisée - Nombre d'actions proposées - Taux d'actions réalisées
Moyens Nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de coordination - Validation du réseau Qual'Va et validation de l'appel à projet
Les parties prenantes	ARS, PSLA, QUal'VA, GHT, Normandy, Polyclinique de la Baie, Représentant des Usagers

FICHE ACTION 12 = Améliorer la communication entre acteurs de santé: Développer l'utilisation du DMP, messagerie sécurisée et outil numérique	
Diagnostic territorial	<p>Faible moyen de communication entre les acteurs de santé du territoire Pas de système d'information commun aux acteurs de santé du territoire Pas de connaissance de l'ensemble des acteurs de santé du territoire (donc comment bien adresser ?) Réel besoin formuler sur le territoire lors de séminaires, de diverses rencontres de professionnels</p>
Orientations du PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une politique de la promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
Objectifs généraux	<p>- Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de santé pour favoriser une meilleure coordination entre eux - Permettre de recenser les professionnels d'un territoire, par activité/rôle et périmètre d'intervention - Améliorer la connaissance entre professionnels et acteurs de santé et favoriser le contact Permettre une coordination de la PEC du patient en identifiant le moyen de communication à privilégier pour chaque professionnel Développer l'usage d'un système d'information à destination des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un cahier des charges du système d'information de la CPTS • Choisir un système d'information commun à tous les acteurs de santé du territoire • Augmenter le nombre d'acteurs de santé du territoire utilisant le même système d'information <p>Améliorer la communication et diffusion d'informations entre tous les acteurs de la CPTS</p>
Description des tâches à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un annuaire pro avec éléments tels que localisation, périmètre d'intervention, spécialité, activité, moyens de communication à privilégier hiérarchisés...avec messagerie sécurisés dans un premier temps • Disposer d'un site internet de la CPTS afin de mettre à disposition l'annuaire des professionnels (lien avec le site de la PTA) • Disposer d'un logo pour la CPTS • Mettre en ligne un agenda pour les professionnels de santé • Mettre en ligne de la documentation dont protocoles (accès selon profils) • Identifier 1 référent de l'outil • Prévoir la communication sur le territoire sur ce projet

Public concerné	Tous les professionnels du territoire de la CPTS
Leviers et freins	<p><u>Leviers</u> = Annuaire GHT en cours Travaux en cours avec URML et GCS Télésanté Connaissance d'une plateforme et présentation à VLP</p> <p><u>Freins</u> = Financement d'une plateforme et /ou annuaire Délais pour acquérir l'outil</p>
Personne référent de l'action Personnes associées	Olivier Bataille Mme Anfray Mme Leguiel, Responsable communication du GHT Myriam Boulon Autre référents communication du territoire
Calendrier prévisionnel	Objectif : poursuivre l'annuaire dès 2020 pour effectivité 2021
Indicateurs de résultats et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels du territoire qui peuvent acrémenter le DMP - Nombre de professionnels du territoire qui acrémentent le DMP - Nombre de professionnels avec adresse mssanté ou apicript - Nombre de professionnels adhérents à la plateforme - Nombre de professionnels utilisant la plateforme - Nombre d'informations diffusées avec la plateforme - Nombre de patients bénéficiant de l'utilisation de la plateforme - Nombre de professionnels du territoire avec messagerie sécurisé - Nombre de professionnels paratgeant même outil informatique des PSLA
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Financement plateforme MAJ et maintenance - Financement de la formation/communication - Financement temps de coordination
Les parties prenantes	Tous Professionnels, établissements de santé et médico sociaux

FICHE ACTION 13 = Développer la maîtrise de stage et lieux de stage

<p>Diagnostic territorial</p>	<p>La situation démographique du soin est inégale au sein du territoire de la CPTS. Certaines professions ne sont pas en carence, d'autres le sont uniquement dans certaines localités, d'autres encore sont globalement sous représentées. La formation locale ou délocalisée est un élément essentiel pour faciliter la découverte et la compréhension de notre milieu professionnel et de son maillage au sein du territoire de la CPTS</p> <p>Si la maîtrise de stage universitaire en ambulatoire est relativement développée sur ce territoire, sa pérennisation et le développement de formations nouvelles adaptées aux besoins, reste un enjeu de la plus grande importance. Une augmentation drastique du nombre de terrains de stages est illusoire, le développement sur des spécialités non encore développées est à privilégier.</p>
<p>Orientations du PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé • Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge • Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux futurs professionnels de se projeter dans le territoire de la CPTS, en leur fournissant formation, encadrement, logement, le temps de leur stage. - Favoriser auprès de ces étudiants, la connaissance du terrain, du maillage territorial, les possibilités offertes sur le plan professionnel. - Permettre une compréhension des besoins du territoire, pour faire accepter le travail au sein des équipes organisées. - Faire une cartographie précise des lieux de stage en cours et possibles
<p>Description des tâches à réaliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relancer les cabinets ou les praticiens ne sont pas encore investis dans la maîtrise de stage. - Adresser aux praticiens un courrier expliquant les conditions requises pour être maître de stage, les avantages procurés par cette fonction. - Proposer des réunions d'information une fois le public ciblé. - Proposer dans les facultés concernées, des terrains de stage pour leurs étudiants - Maintenir et développer l'exercice mixte pour les hôpitaux avec même maître de stage
<p>Public concerné</p>	<p>Tous les praticiens du territoire de la CPTS, ne recevant pas encore d'étudiant de leur spécialité, ou de leur profession, en formation, au sein de leurs cabinets.</p>

Leviers et freins	<p>1) LEVIERS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la communication concernant les formalités pour devenir maître de stage Améliorer la communication concernant les avantages à s'investir dans l'encadrement et la formation de futurs professionnels S'appuyer sur l'expérience des structures existantes <p>2) FREINS</p> <ul style="list-style-type: none"> Temps nécessaire à la formation de nouveaux maître de stage Réticence des praticiens du fait d'un ressenti chronophage de la Fonction Besoin de l'UFR santé de développer des stages dans des spécialités peu représentées dans le territoire de la CPTS
Personne référent de l'action Personnes associées	Pr LE BAS François Maitres de stage
Calendrier prévisionnel	Bilan premier semestre Action second semestre Formations, et comptabilisation après deux ans
Indicateurs de résultats et de suivi	Nombre de sessions de sensibilisations à la Maîtrise de stage réalisées Nombre de professionnels rencontrés Nombre de praticiens convaincus par la démarche Nombre de praticiens engagés dans cette démarche
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Données de l'UFR santé - Données de l'ordre des médecins concernant les MSU - Connaître les besoins des formations en métiers para-médicaux - Maquette d'information pour chaque profession concernant les démarches
Les parties prenantes	Professionnels de santé du secteur

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Mr HORCHOLLE Robin

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est un mode d'organisation nouveau, permettant aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun, dans le but de faciliter le parcours de soin des patients tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des professionnels.

Objectif : Détermination des problématiques de mise en place d'une CPTS sur le territoire du Sud-Manche.

Matériel et méthodes : Réalisation d'une étude qualitative de à à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs et participation à certaines réunions de constitution du projet.

Résultats : Les problématiques mises en évidence sont nombreuses et relèvent de différents domaines : l'initiative du projet laissée aux professionnels avec un pilotage national peu stimulant, détermination d'un territoire d'action à l'échelle populationnelle, réalisation d'un diagnostic territorial précis, organisation et gestion d'une équipe pluridisciplinaire, communication auprès des acteurs du territoire, développement d'outils numériques de coordination et de communication avec respect du secret médical, élaboration d'un budget prévisionnel.

Conclusion : La CPTS du Sud-Manche est un dispositif amené constituer un rôle central dans l'exercice futur de la médecine générale et des soins de premier recours, faisant face aux nouvelles problématiques de santé publique posées par l'évolution de la population et des parcours de soins.

MOTS-CLÉS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ; Problématiques de mise en place ; Parcours de soins ; Prise en charge populationnelle ; Professionnels de santé ; Secteurs médical, médico-social et sanitaire ; Pluridisciplinaire ; Système de soins du premier recours.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The problems of setting up a territorial professional health community in the territory of South-Manche.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: The Territorial Professional Health Community (CPTS) is a new way of organizing, allowing health professionals to gather in the same territory, around a common medical and medical-social project, with the aim of facilitating the patient care journey while helping to improve the working conditions of professionals.

Objective: Determining the problems of setting up a CPTS in the territory of South-Manche.

Results: The problems highlighted are numerous and fall within different areas: the project initiative left to professionals with an unstimulating national leadership, determination of a territory of action on a scale population, making a precise territorial diagnosis, organizing and managing a multidisciplinary team, communicating with the players in the territory, developing digital coordination and communication tools with respect medical secrecy, drawing up a forecast budget.

Conclusion: The South-Manche CPTS has a central role in the future practice of general medicine and primary care, dealing with new public health issues posed by population change. and care pathways.

KEY WORDS: Territorial Professional Health Community; Implementation issues; Care course; Population support; Health professionals; Medical, medico-social and health sectors; Multidisciplinary; Primary Care System.