



AUDIT ORGANISATIONNEL DES INTERFACES
PROFESSIONNELLES VILLE- ETABLISSEMENTS DE
SANTE- ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-
SOCIAUX - DOMICILE DANS LE SUD MANCHE

Synthèse des ateliers partenariaux de juin 2024
Et proposition de feuille de route 2025-2028

Précision de lecture : ce document est la restitution complète des ateliers. Le retour des échanges avec les participants. L'exhaustivité n'a pas pu être atteinte compte tenu de l'absence de certains partenaires et du délai de l'exercice. Cette synthèse est à mettre en regard du diagnostic réalisé au préalable par Acsantis sur demande du DAC. Enfin ce travail est une base pour approfondir les réflexions et déboucher sur des actions.

Contact Acsantis :
Dr Dominique DÉPINOY
Associé
06 27 06 27 38

ACSANTIS - 15 rue du Caire 75 002 Paris
SAS au capital de 285 107 euros - SIRET 519 743 199 00035
+33 1 42 33 04 83 - info@acsantis.com

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION – METHODE	3
	METHODE DE TRAVAIL POUR INITIER CETTE 1 ^{ERE} JOURNEE PARTENARIALE	3
II.	PARCOURS CANCER	4
III.	PARCOURS HANDICAP	8
IV.	PARCOURS PATHOLOGIES CHRONIQUES	11
V.	PARCOURS SOINS PALLIATIFS	14
VI.	PARCOURS PERINATALITE	17
VII.	PARCOURS SANTE MENTALE	20
VIII.	PARCOURS PRECARITE ET BESOINS SOCIAUX	24
IX.	PARCOURS PERSONNES AGEES	27
X.	PARCOURS ENFANTS / ADOLESCENTS	31
XI.	PROPOSITION DE FEUILLE DE ROUTE POUR LE DAC SUD MANCHE	34
	1. REMARQUES ACSANTIS	34
	2. L'OBSERVATOIRE DE RUPTURE DES PARCOURS	35
	3. FEUILLE DE ROUTE PROPOSEE	37
	a. LES ACTIONS TRANSVERSALES ISSUES DES TRAVAUX	37
	b. FEUILLE DE ROUTE PAR PARCOURS	38
XII.	PROCHAINES ETAPES	41
	METHODE DE TRAVAIL POUR POURSUIVRE LE CADRE DE LA MISSION 3	41
XIII.	ÉVALUATION DE LA JOURNEE	
	ANNEXE – EMARGEMENT DES ATELIERS PARTENARIAUX	48



I. INTRODUCTION – METHODE

METHODE DE TRAVAIL POUR INITIER CETTE 1^{ERE} JOURNEE PARTENARIALE

Les objectifs de cette 1^{ere} journée partenariale étaient de :

- Disposer d'une analyse comparative des parcours, sur des critères de comparaison
- Analyser les pratiques actuelles et les ressources existantes, avec forces, faiblesses et lacunes
- Installer une position lisible du DAC sur le territoire
- Placer l'observatoire des parcours, en complémentarité des espaces et des dispositifs existants
- Recenser l'ensemble des ressources du territoire œuvrant sur tout ou partie des étapes du parcours de santé, à coordonner dans le cadre de la mission 3

Un diagnostic préalable avec plus de 50 entretiens et analyse de documentation a permis de poser les premières bases des parcours à travailler. Une analyse basée sur des critères de comparaisons :

- L'existence d'espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et ruptures de parcours
- La facilitation des échanges d'informations : outils de liaison, outils numériques, veille partagée
- Innovations organisationnelles, protocolisation de la gestion de certaines situations complexes et critiques, création d'accords anticipés sur la « conduite à tenir » en cas de crises,
- L'état des ressources disponibles sur le territoire, et la capacité à les mobiliser et les activer
- L'existence d'un cadre d'analyse et de gestion des risques de ruptures

9 ateliers ont été réalisés :

- Parcours « Santé mentale »
- Parcours « Maladies chroniques »
- Parcours « Cancers- Oncologie »
- Parcours « Personnes âgées »
- Parcours « Soins palliatifs »
- Parcours « Handicap Adulte »
- Parcours « Enfants Adolescents »
- Parcours « Périnatalité »
- Parcours « Précarité et besoins sociaux »

La matinée a permis de partager et préciser les dysfonctionnements observés par parcours ainsi que les premières solutions à apporter. L'après-midi a servi à identifier des premières actions à mener à court / moyen / long termes et synthèse des échanges.

Le document qui suit rend compte de la totalité des travaux et met en perspective une feuille de route possible pour la mission 3 du DAC / Observatoire des parcours et animation territoriale.



II. PARCOURS CANCER

Rappel du diagnostic :

En termes de dépistage des cancers, les deux territoires ciblés se situent dans les moyennes en comparaison aux échelles géographiques supérieures. La CPTS Sud Manche se démarque sur le dépistage du cancer du sein avec un taux de 66,4%, et la CPTS Mont St Michel est, elle, supérieure en matière de dépistage du cancer colorectal (38,2%). Les collectivités au travers de leur CLS participent aux interventions en matière de prévention et de relais des campagnes nationales.

En termes de prise en charge le parcours semble assez mature avec des partenaires bien identifiés et un lien avec les établissements de prise en charge. Le centre hospitalier Avranches-Granville et l'Hôpital privé de la Baie disposent d'un arsenal thérapeutique assez complet pour la prise en charge des principaux cancers.

Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) d'Avranches hébergé par l'Hôpital Privé de la Baie se compose de 5 établissements autorisés en cancérologie :

- Centre de la Baie – Cabinet libéral de radiothérapie
- Centre Hospitalier Avranches-Granville : Site d'Avranches et Site de Granville
- Centre Hospitalier Mémorial Saint-Lô
- Hôpital Privé de la Baie
- Hôpital Privé du Centre Manche

La ligue contre le cancer est investie dans le champ de la prévention et organise l'accès à des soins de supports en complémentarité des acteurs locaux.

Synthèse problématisée des échanges sur le parcours cancer

Les échanges concernant le parcours de soins pour les patients atteints de cancer dans la région Sud Manche révèlent plusieurs problématiques clés. Le groupe de travail a proposé une série de préconisations pour les aborder.

Voici une synthèse des points relevés par le groupe :

Principaux points de ruptures identifiés

1. Retards diagnostics :

- Nombre de patients subissent des retards dans l'obtention de diagnostics en raison de diverses contraintes d'accès, de délais, de disponibilité de la ressource médicale spécialisée hors médecine générale
- La carence en nombre de médecins généralistes et spécialistes, entrave l'accès rapide aux diagnostics nécessaires.
- De même de longs délais pour la réalisation et l'obtention des résultats des examens, notamment en biologie moléculaire est relevée.

2. Clarté des responsabilités :

- Il existe une difficulté pour les patients et certains professionnels de savoir précisément qui fait quoi et quand, dans le parcours de cancérologie. Les articulations entre les différents intervenants (GHT, HP de la Baie) méritent d'être rendues plus lisibles.



3. Prise en charge des transports :

- Des difficultés dont liées à l'organisation et au financement des transports pour les soins de support notamment, sont soulignés.

4. Retour à l'emploi :

- Problèmes rencontrés par les patients pour retourner à l'emploi après la phase aiguë de la maladie (Des partenaires seraient à mobiliser)

Instances favorisant les échanges et la coordination

1. Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :

- Organisées au sein des PSLA elles nécessitent cependant une homogénéisation et une meilleure coordination avec les RCP de cancérologie organisées par le 3C.
- Une collaboration entre le GHT, les CPTS et le DAC pour des projets spécifiques comme le cancer colorectal est attendue

2. Lab'Santé de la CPAM de la Manche à Avranches :

- Un outil pour déployer des parcours de soins visant à réduire les ruptures de prise en charge.

3. En matière de prévention, les Contrats Locaux de Santé (CLS) :

- Démarches santé déployées sur deux EPCI, incluant des actions de prévention et d'accompagnement social.

Leviers d'échanges d'Informations

1. En matière de soins : Dossiers de Liaison et de Coordination :

- Utilisation de dispositifs régionaux et numériques comme OncoNormandie et Norm'Uni pour l'échange d'informations.

2. Pharmacies libérales :

- Dépistage, renouvellement de traitements et chimiothérapie par voie orale.

3. Infirmiers (IDE) :

- IDE d'annonce, IDE de coordination, IDE Asalée, IDE en entreprise.

4. En matière de suivi post traitement : la médecine du travail :

- Prévention et soutien pour le retour à l'emploi.
- Support de la Ligue contre le cancer



Innovations organisationnelles utiles au parcours cancer

1. **Usage de messageries sécurisées :**
 - Utilisation de systèmes numériques pour la sécurisation des communications institutionnelles et avec les libéraux. Les usages doivent être portés par des formations.
2. **Protocoles de gestion des crises :**
 - Création d'accords anticipés sur la conduite à tenir en cas de crises, de ruptures aiguës du parcours, à identifier et à compléter par les participants.

Actions à mettre en œuvre : renforcement de l'offre

1. **Formation des IPA :**
 - Bien que la formation prenne 2 ans, il est crucial de former davantage de professionnels IPA et d'améliorer le lien avec les IDEC dans les services prenant en charge les patients atteints de cancer. Cet objectif permettrait de combler des déficits
2. **Ressources d'accompagnement :**
 - Développer des ressources pour accompagner les patients vers les Soins Oncologiques de Support (SOS) : s'articuler avec les associations réalisant les soins de support du panier de l'INCA ainsi que la ligue contre de cancer.

Autres actions à mener en multi partenariat :

1. **Mettre en place un questionnaire de Recueil des Ruptures dans le cadre de l'observatoire (mission du DAC non propre au parcours cancer) :**
 - Développer et utiliser un questionnaire pour identifier les points de rupture en continu.
2. **Proposer un questionnaire d'aide au repérage de l'existant en Soins de Support :**
 - Identifier les besoins spécifiques en soins de support.
 - Se rapprocher de la Ligue contre le Cancer (comité de la Manche)
 - Amplifier le partenariat CARSAT pour le retour à l'emploi
3. **Formation et Recrutement :**
 - Renforcer la formation et le recrutement d'IPA et/ou IDEC.
 - Diffuser l'information sur le parcours cancer
 - Valoriser le rôle des CPTS dans la sensibilisation et l'information des professionnels de santé.
4. **Déploiement du Dossier de Coordination :**
 - Utiliser Norm'Uni, le portail normand des services e-santé, pour coordonner les parcours cancer.
5. **Faire connaître l'appui du DAC :**
 - Fournir des informations sur l'offre de soins et un soutien aux situations complexes.



Les préconisations du groupe de travail sont de :

- Améliorer la coordination et le partage d'informations : Utilisation de dossiers numériques, homogénéisation des RCP, et déploiement des partenariats avec les deux CPTS pour ouvrir et faire participer tous les professionnels aux RCP
- Réduire les points de rupture : sensibilisation et Formation des professionnels, clarification des responsabilités des acteurs du parcours, amélioration de la prise en charge des transports et soutien au retour à l'emploi.
- Renforcer l'offre de soins : Accroître les ressources disponibles en pluriprofessionnalité et les capacités de mobilisation via des formations, des sensibilisations, des orientations facilitées.

Cohérence avec le PRS :

Dans le Plan Régional de Santé (PRS) de Normandie, les priorités concernant les cancers sont les suivantes :

- Lutte contre les cancers prioritaires : La région met un accent particulier sur la lutte contre les cancers colorectaux, de la prostate, du poumon, ainsi que les cancers de mauvais pronostic. Ces pathologies ont été identifiées comme des priorités régionales en raison de leur impact élevé sur la mortalité.
- Renforcement de l'accès aux soins : Le PRS prévoit de simplifier et de rationaliser l'organisation territoriale des centres de coordination en cancérologie en Normandie. Il s'agit notamment de redéfinir le maillage territorial des établissements autorisés au traitement du cancer et de favoriser les coopérations territoriales pour garantir l'accès aux soins sur tout le territoire.
- Développement des soins de support : Le PRS vise à améliorer et anticiper l'accès à des soins oncologiques de support au plus près du lieu de vie des patients, avec un renforcement du maillage territorial pour l'accès à ces soins. L'objectif est de structurer l'organisation régionale de prise en charge des douleurs et de densifier l'offre de soins palliatifs.
- Accès à l'innovation : Une autre priorité est de favoriser l'inclusion des patients dans les essais cliniques et l'accès aux molécules innovantes et thérapies ciblées. Le PRS prévoit de développer les protocoles de coopération entre professionnels et la pratique avancée en soins infirmiers pour favoriser cette innovation.
- Renforcement des structures de prise en charge : Le document détaille aussi une réforme des conditions d'implantation et de fonctionnement des établissements autorisés à la prise en charge des cancers, avec un modèle qui repose sur une concentration accrue des opérateurs, afin de garantir une meilleure qualité de soins.



III. PARCOURS HANDICAP

Rappel du diagnostic :

Le parcours Handicap, dont le portage stratégique est réalisé par la Communauté 360 (C 360) avec des partenaires du territoire est en cours de formalisation. Le diagnostic a montré que des pistes d'amélioration tant dans l'accès aux soins et à la prévention de ces publics que dans la bonne orientation dans le système de santé du Sud Manche étaient attendues.

La communauté 360 fédère les acteurs de la Manche qui ambitionnent que chaque personne en situation de handicap et ses aidants aient accès à une réponse inconditionnelle et de proximité face à leurs besoins. Le dispositif s'inscrit dans l'écosystème préexistant et permet en alliant les forces du territoire de proposer des réponses innovantes, agiles, inclusives répondant aux besoins et choix des personnes. Une attention particulière est portée sur les risques de ruptures de parcours ainsi qu'au soutien de l'expression et des aspirations des personnes.

Synthèse problématisée des échanges sur le parcours handicap adulte

Les échanges concernant le parcours de soins pour les patients en situation de handicap dans la région Sud Manche révèlent plusieurs problématiques clés. Le groupe de travail a proposé une série de préconisations pour les aborder.

Voici une synthèse des points principaux :

Principaux points de ruptures identifiés :

1. Accès aux services :

- Manque d'hébergement temporaire et de structures d'accueil de jour pour adultes handicapés
- Délais d'attente prolongés pour des places en IME (jusqu'à 7-8 ans).
- Accès difficile à un logement et problèmes de mobilités (ETP St James)
- Difficultés pour l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap intellectuel
- Défaut d'accessibilité dans l'offre de vie sociale, de loisirs et culturelle

2. Coordination et communication :

- Difficultés pour les professionnels et les patients de savoir qui fait quoi et où s'adresser, entraînant des abandons de parcours → besoin d'un annuaire
- Absence de protocoles en cas de crises, ce qui aggrave les situations urgentes.
- Pressions politiques entraînant des réponses d'urgence au détriment d'un investissement durable.

3. Ressources humaines et matérielles :

- Manque de personnel et de moyens généraux, notamment pour l'aide à la réalisation de dossiers administratifs.
- Absence de soutien social adéquat pour les patients.



Instances favorisant les échanges et la coordination

1. Structures et plateformes :

- C360, DAC, MDA, et CH jouent des rôles clés mais nécessitent une meilleure articulation et synchronisation.
- Plateforme téléphonique C360, fonctionnelle, assure la mise en relation avec les acteurs adéquats. En ce sens le partenariat avec le DAC est naturel sur des bases de missions à mêmes enjeux.
- Norm'handicap qui propose un plan de développement de l'offre médico-sociale

2. Réunions et outils de coordination :

- Réunions régulières entre le DAC et la C360.
- Numéro de téléphone unique et annuaires (RSVA et DAC).
- Veille partagée entre IME pour discuter des listes d'attente et trouver des solutions pour des cas critiques.

Innovations organisationnelles

1. Nouveaux services attendus :

- Développement de services d'accompagnement (ex : Handibaie) et staffs territoriaux pour discuter des situations complexes.
- Protocoles santé mentale dans les établissements pour personnes handicapées /PTSM
- Comité départemental handisport pour des activités sportives sensorielles.

2. Propositions en cours de déploiement :

- Création de cartographies d'indicateurs pour identifier les ruptures de parcours.
- Mise en place d'une journée d'échanges (avec le DAC) et rencontres inter-DAC.

Actions à mettre en œuvre : renforcement de l'offre

1. Équipes et Associations :

- Équipe relais handicap rare, AFM Téléthon, CRA, CLA, et équipes mobiles de soutien.
- Participation active de l'éducation nationale et d'associations diverses.

2. Cadre d'analyse :

- DAC et C360 fonctionnent comme des observatoires, fournissant des diagnostics via des rapports d'activité. Leurs relations doivent être proches et outillée (réunions, outils d'échanges d'information...) pour permettre la complémentarité
- MDA utilise des analyses statistiques pour orienter les décisions.

Autres actions à mener en partenariat :

1. À court terme :

- Développer les services temporaires pour apaiser les aidants et offrir des solutions d'hébergement temporaire.
- Mettre en place l'articulation entre DAC et C360.
- Organiser des "Educ tours" pour réexaminer les parcours de patients concrets.
- Augmenter le nombre de prestataires de services à domicile (SAAD, SIAD).



2. À moyen terme :

- Mieux coordonner les ressources disponibles et arrêter de répondre uniquement en urgence pour prendre du recul et réorganiser les parcours.
- Assurer une participation active des instances régionales (ARS et département) dans le processus de coordination.

3. À long terme :

- Repenser le parcours en profondeur avec une meilleure synchronisation des ressources, et réévaluer continuellement les besoins et solutions.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges révèlent une série de ruptures critiques dans le parcours de soins pour les adultes handicapés, principalement en termes de coordination, d'accès aux services et de gestion des crises. Les préconisations mettent en avant :

- La nécessité d'une meilleure articulation entre les différents acteurs : C360 & DAC ++
- Le développement de services temporaires,
- Une synchronisation des ressources pour offrir des solutions durables.
- L'accent est également mis sur l'importance de réexaminer les parcours en se basant sur des cas concrets et de renforcer le soutien social et médical pour les patients et leurs aidants.

Cohérence avec le PRS :

Le Plan Régional de Santé (PRS) de Normandie identifie plusieurs priorités pour les personnes atteintes de handicap. Voici un résumé des principales orientations :

- Inclusion dans la société : Assurer une inclusion réelle des personnes en situation de handicap dans la société en facilitant leur accès à l'éducation, à l'emploi, au logement, et à la vie sociale.
- Adaptation de l'offre d'accompagnement : Adapter les dispositifs d'accompagnement aux besoins spécifiques de chaque personne en situation de handicap, en encourageant des solutions flexibles et personnalisées.
- Coordination des acteurs : Renforcer la coordination entre les différentes institutions en charge des politiques publiques liées au handicap (santé, éducation, emploi, etc.) pour garantir une approche globale et cohérente.
- Innovations dans les accompagnements : Promouvoir des dispositifs innovants tels que les services "hors les murs" pour offrir des solutions d'accompagnement plus diversifiées et adaptées.
- Renforcement de l'offre de répit pour les aidants : Développer et renforcer l'offre de répit pour les aidants des personnes en situation de handicap, en s'assurant que ces services soient disponibles sur l'ensemble du territoire.
- Repérage et diagnostic précoce : Améliorer le repérage et le diagnostic précoce des handicaps, notamment pour les troubles du neurodéveloppement (TND), afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace.



IV. PARCOURS PATHOLOGIES CHRONIQUES

Rappel du diagnostic :

La mise en place d'organisations territoriales s'opère sur le territoire Sud-Manche, et les synergies et les complémentarités sont à rechercher entre les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les Contrats Locaux de Santé, le Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier du Mont-Saint-Michel, les établissements sanitaires (Hôpital de la Baie -qui concentre une offre en oncologie diagnostique et thérapeutique, polycliniques, AUB Santé...) et le Dispositif d'Appui à la Coordination,

Les CPTS sont un maillon important du parcours de soins d'une part, en ce qu'elles apportent une réponse aux besoins de soins, en intégrant les soins de ville et hospitaliers et du parcours de santé d'autre part, en articulant les soins avec les actions de prévention et le retour à domicile, ainsi que dans une moindre mesure, l'accompagnement social et médico-social (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire, services à domicile...).

Un dynamisme local est repéré au PSLA de Villedieu-les-Poêles, offrant localement, à leur bassin de patientèle, une offre d'éducation thérapeutique du patient, via une équipe d'infirmiers Asalée (à destination des patients atteints de BPCO, de diabète, ...).

Des ruptures thérapeutiques de soins sont constatées, occasionnées par des retards de diagnostics (tumeurs cancéreuses par exemple). Le diagnostic de la maladie se faisant à un stade plus avancé (stade 3 ou 4), l'efficacité de traitements à visée curative est ainsi faible. Les difficultés d'accès à un médecin traitant pourraient expliquer certains retards, les patients s'orientant vers les services des urgences dès lors que les douleurs persisteraient. Enfin la couverture du territoire mérite une intervention ciblée.

Synthèse des échanges sur le parcours maladie chronique

Les échanges concernant les pathologies chroniques mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients :

Points de ruptures identifiés

- 1. Difficultés d'accès et retard de dépistage :**
 - Accès à l'information : La communication est souvent non structurée et mal adaptée, notamment en fonction des tranches d'âge.
 - Pénurie de médecins et manque d'accessibilité : Les zones blanches (zones isolées avec pénurie médicale) aggravent les difficultés.
 - Manque de formation des professionnels : Notamment en matière de transport et d'accessibilité pour les patients.
 - Absence d'objectifs communs entre les 2 CPTS : Cela crée des incohérences et des ruptures dans le suivi des patients.



2. Accès incomplet à l'éducation thérapeutique :

- Parcours mixte interdit : Les parcours intégrant hôpital et ville ne sont pas financés, limitant l'accès à une éducation thérapeutique continue.
- Méconnaissance des missions des structures : Il y a un manque de coordination et de reconnaissance des rôles individuels des structures.
- Absence de financement pour les transports : Les patients ont des difficultés à se rendre aux sessions d'éducation thérapeutique.

3. Accompagnement Social :

- Visibilité de l'offre : Les patients et les professionnels manquent d'information sur les dispositifs de soutien disponibles.
- Délais de transition : Il y a un décalage entre la fin des traitements curatifs et le début des activités de soutien comme le sport adapté, rendant difficile la continuité des soins.

Instances favorisant les échanges et la coordination

1. Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en soins primaires :

- Organisées au sein des PSLA elles nécessitent homogénéisation et partage d'outils.

2. Participation à des staffs hospitaliers

- Avec le soutien des CPTS

Innovations organisationnelles

1. Appui du Lab'Santé pour :

Le déploiement du parcours de soins Insuffisance cardiaque : élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de sortie d'hospitalisation pour les patients insuffisants cardiaques ; La structuration d'une Équipe de Soins Spécialisés - ESS néphrologie cardiovasculaire du Sud Manche (harmonisation des pratiques, protocoles d'adressage, Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle, accueil d'une Infirmière en Pratique Avancée, déploiement de la téléexpertise) ;

Actions proposées

1. Promouvoir le dépistage :

- **Développer des mois thématiques** : Sensibiliser le public à différentes maladies à travers des campagnes mensuelles.
- **Former, communiquer, mobiliser** : Organiser des conférences de santé et des actions de communication adaptées à la population cible et aller vers les publics les plus fragiles.
- **Créer des liens entre CPTS et GHT** : Améliorer la coordination et le partage d'objectifs communs.
- **Utiliser des dispositifs mobiles** : Comme des bus de prévention pour atteindre les populations isolées.

2. Développer l'éducation thérapeutique :

- **Cartographier les ressources existantes** : Réaliser une carte des professionnels formés et des ressources disponibles sur le territoire.



Synthèse des ateliers partenariaux réalisés à l'initiative du DAC en Santé Sud Manche

- **Équipes mobiles** : Créer des équipes mobiles d'éducation thérapeutique pour éviter les ré hospitalisations.
 - **Développer des parcours ETP** : Inclure des fiches de liaison et dédier des équipes pour intervenir pendant les hospitalisations puis en ville
 - **Informers les professionnels** : Mettre à jour et diffuser des informations sur les outils et méthodes d'éducation thérapeutique disponibles.
- 3. Rendre visible l'offre d'accompagnement social :**
- **Campagnes d'information** : Sensibiliser les patients et les professionnels de santé sur les soins de support et les activités adaptées disponibles après les traitements.
 - **Informers sur les soins après diagnostic** : Les médecins et paramédicaux doivent être au courant des ressources disponibles pour guider efficacement les patients.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

La synthèse des échanges révèle des lacunes significatives dans l'accès au dépistage, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement social des publics fragiles. Les recommandations mettent en avant :

- La nécessité d'une meilleure communication, formation et mobilisation des ressources pour rendre les services plus accessibles et visibles pour les patients atteints de maladies chroniques
- Une coordination renforcée entre les différents acteurs du soin.
- L'amélioration de la continuité des soins

Cohérence avec le PRS :

Les priorités pour les maladies chroniques identifiées dans le Plan Régional de Santé (PRS) incluent plusieurs aspects essentiels pour améliorer la gestion et la prise en charge de ces pathologies :

- Réduction de l'incidence et de la mortalité des maladies chroniques : Le PRS vise à réduire l'incidence et la mortalité associées aux maladies chroniques en agissant sur la prévention, le repérage précoce, le dépistage, et une meilleure prise en charge des patients. L'objectif est d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé des populations normandes.
- Inégalités sociales et territoriales de santé : Le document met en lumière les disparités socio-économiques qui influencent l'incidence des maladies chroniques. Il est essentiel d'agir sur les déterminants de la santé pour réduire ces inégalités, en particulier dans les territoires les plus vulnérables.
- Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) : Le PRS souligne l'importance de renforcer l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique pour aider les patients à mieux vivre avec leur maladie. Cela inclut une approche multi-professionnelle et pluridisciplinaire pour favoriser une prise en charge de proximité.
- Prévention des hospitalisations évitables : Une priorité est de réduire les hospitalisations évitables liées aux maladies chroniques en améliorant la coordination entre les soins de ville et les établissements hospitaliers, particulièrement pour les pathologies comme les maladies cardio-neurovasculaires.
- Soutien aux aidants : Avec le vieillissement de la population, il est crucial de mieux soutenir les aidants, tant en termes de formation que de reconnaissance de leur rôle. Le renforcement de l'offre de répit pour les aidants est une priorité pour faire face aux situations complexes.



V. PARCOURS SOINS PALLIATIFS

Rappel du diagnostic :

Le territoire Sud-Manche semble bien pourvu en structures et ressources en soins palliatifs. Concernant les prises en charge à l'hôpital, le territoire est doté de l'ensemble des ressources nécessaires à la gradation des prises en charges :

- L'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié (niveau 1)
- 20 lits identifiés en soins palliatifs (Villedieu, Mortain, Saint-James, Hôpital de la Baie), application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents (niveau 2)
- 1 Unité de Soins Palliatifs (Granville) pour les situations les plus complexes (niveau 3)
- 1 Équipe Mobile de Soins Palliatifs (Granville)

L'USP est encore trop peu connue des acteurs du territoire, les 3 missions (soins et accompagnements complexes et de recours, formation, recherche et ressources) sont à faire connaître d'une manière plus importante, et notamment la mission de formation.

Concernant les prises en charge à domicile, différentes structures et intervenants opèrent sur le territoire, en complément de l'intervention des autres professionnels (médecin traitant, infirmier libéral, kinésithérapeute...) qui interviennent déjà auprès de la personne :

- Les établissements de santé d'HAD (hospitalisation à domicile), pour les prises en charge les plus techniques et complexes ;
- Les SSIAD (services soins infirmiers à domicile), en relais de l'HAD, lorsque les besoins s'allègent
- Les infirmiers libéraux ;
- Les aides à domicile ;

Synthèse des échanges sur le parcours soins palliatifs

Les échanges concernant les soins palliatifs mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients :

Points de rupture relevés par le groupe :

1. Difficultés de repérage des Patients :
 - o Les patients nécessitant des soins palliatifs sont souvent mal identifiés, rendant leur prise en charge inégale et tardive.
2. Absence de coordination Structurée :
 - o Il manque une instance de coordination dédiée. Actuellement, les demandes sont principalement gérées par l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) à travers les soins primaires, les ESMS, et les services sanitaires.
3. Problèmes de communication et d'information :
 - o La coordination normande des soins palliatifs est récente, relayée par la CARs (cellule d'animation régionale des soins palliatifs en Normandie)
 - o Les échanges d'information se font principalement via des trajets préétablis, la concertation intra-hospitalière, ainsi que par mail et téléphone, ce qui peut être inefficace.



4. Ruptures d'aide et d'accompagnement à la sortie d'une hospitalisation temporaire en USP,
 - Suite à un séjour de répit ou à un séjour pour équilibrer les traitements symptomatiques face à un symptôme réfractaire (douleur, sommeil, vomissements...)
 - difficultés d'organiser des sorties d'USP (aidants épuisés ou patients atteints de troubles neurologiques, ...)

Instances favorisant les échanges

1. Coordination Normande :
 - La CARs est une structure récente visant à coordonner les soins palliatifs sur le territoire.
2. Trajectoire et concertation :
 - Utilisation de la plateforme Trajectoire pour faciliter les échanges.
 - Concertation intra-hospitalière pour discuter des cas complexes.

Innovations organisationnelles et actions proposées

1. Amélioration de l'identification des patients :
 - Création et diffusion d'une fiche urgence palliative.
 - Utilisation accrue du Dossier Médical Partagé (DMP).
 - Création d'une commission soins palliatifs avec un binôme médecin-IDE de l'EMSP.
2. Renforcement de l'offre :
 - Augmenter les effectifs de l'EMSP, notamment en recrutant des médecins, psychologues, et IDE.
 - Développer les soins oncologiques de support pour compléter les soins palliatifs.
3. Cadre d'analyse et remontée d'informations, Indicateurs et Analyse :
 - Un besoin d'indicateurs clairs et de remontées d'informations structurées sur les parcours de soins palliatifs est un enjeu. L'absence d'analyse de faits objectifs, limitant l'amélioration continue des pratiques.

- + Acteurs à mobiliser pour mettre en place les actions correctrices :

- CARs : Recensement de l'offre disponible.
- DAC : Diffusion des informations et orientation des professionnels de santé (PS).
- COFIL GHT SP : Relancer le comité de pilotage pour les soins palliatifs.
- RCP Soins Palliatifs : Faire connaître les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire aux professionnels de premier recours en facilitant leur participation à distance.
- Structure d'Accueil : Créer une maison d'accompagnement aux soins palliatifs.
- Éducation et Sensibilisation : Développer des enseignements post-universitaires (EPU) et des directives anticipées.
- Télé médecine : Utiliser Omni doc pour des évaluations à distance.
- Partenariat Public/Privé : Renforcer les collaborations pour une meilleure prise en charge.



Actions à mener

1. À court terme :
 - Renforcer l'EMSP : Pilote ARS pour moyens en médecins, psychologues, et IDE.
 - Réunir les Acteurs : COPIL GHT clinique avec présentation de la CARs et moyens du DAC.
 - Informer et Impliquer : Piloter des missions DAC pour informer les acteurs.
2. À moyen terme :
 - Sensibiliser et former : Pilote EMSP/USP pour former les professionnels de santé par thématiques spécifiques.
 - Etablir un cadre de concertation formelle : processus de concertation entre les professionnels de santé.
 - Développer les liens Ville-Hôpital : nécessité de liens solides entre les structures de ville et les établissements de santé.
3. À plus long terme :
 - Mettre en place une structure Intermédiaire : structure d'accueil entre domicile et hôpital pour les soins palliatifs. (Cf. tableau Parcours Cancer)
 - Financer un poste IDE pour Astreinte de nuit en EHPAD et à domicile.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges révèlent plusieurs défis dans la prise en charge des soins palliatifs, notamment en termes d'identification des patients concernés, de coordination des soins, et de communication entre les acteurs. Les actions proposées visent à :

- Renforcer les structures existantes : EMSP ++
- Améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels de santé,
- Créer des solutions innovantes pour combler les lacunes actuelles.
- Repenser un cadre de coordination plus structuré et des ressources accrues est essentiel pour offrir des soins palliatifs de qualité aux patients.

Cohérence avec le PRS :

Les priorités pour les soins palliatifs et la fin de vie, telles qu'elles sont présentées dans le Plan Régional de Santé (PRS) de Normandie, incluent les actions suivantes :

- Faciliter l'accès aux soins palliatifs dans les EHPADs : Il est essentiel de développer et de faciliter l'accès aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cela comprend l'amélioration de la formation des professionnels sur ce sujet et le recours à l'expertise via l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs.
- Sensibilisation des professionnels à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) : Encourager le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD pour les patients nécessitant des soins palliatifs, en sensibilisant les professionnels sur l'intérêt, les conditions, et les facilités de mise en œuvre de cet accompagnement.
- Renforcement des équipes mobiles : Renforcer les équipes mobiles pour qu'elles puissent intervenir davantage à domicile, y compris dans le cadre des soins palliatifs, afin de permettre aux patients de rester chez eux le plus longtemps possible, tout en bénéficiant d'un accompagnement médical adapté.
- Amélioration de l'accompagnement en fin de vie : Développer des solutions pour améliorer l'accompagnement de la fin de vie, en renforçant la qualité des soins et en garantissant que les besoins des patients et de leurs familles soient pris en compte dans toutes les situations.



VI. PARCOURS PERINATALITE

Rappel du diagnostic :

Avec environ 1200 naissances par an, la maternité des Hôpitaux du Sud-Manche est une maternité dynamique du Sud de la Manche. Elle enregistre un taux d'épisiotomie de 10% (contre 26% au niveau national) et un taux de césarienne (programmée et en urgences) de 20% (dans la moyenne nationale). Un centre périnatal de proximité complète l'offre de la maternité du CH Avranches-Granville. Aussi périnatalité et accompagnement à la parentalité font de ce moment de la vie des patientes et de leurs familles un parcours important.

Le diagnostic a permis de constater :

- Des difficultés de recrutements de médecins de PMI sur le territoire
- Un défaut d'accompagnement à la parentalité
- Et au final un parcours encore peu formalisé sur le territoire

Synthèse des échanges sur le parcours périnatalité

Les échanges concernant les soins périnataux et l'accompagnement à la parentalité mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients.

Voici une synthèse des points principaux :

Points de ruptures identifiés

- 1. Défaut de coordination et de communication entre acteurs :**
 - o Manque d'interconnaissance entre les professionnels de santé (PS), notamment entre les libéraux, la PMI, et les maternités.
 - o Protocoles non uniformes et absence de lien fort entre les différents acteurs du parcours périnatal.
- 2. Difficultés d'accès aux Soins :**
 - o Difficultés de mobilité pour les parents et les enfants, notamment dans les zones rurales.
 - o Problèmes de transport pour les rendez-vous médicaux.
- 3. Manque d'accompagnement et de soutien psychologique :**
 - o Insuffisance d'accompagnement pour les parents souffrant de dépression post-partum et d'épuisement parental.
 - o Manque de soutien psychologique pour renforcer le lien parent-enfant.
- 4. Besoins de plus d'information et de suivi :**
 - o Inégalités dans l'information et le suivi des grossesses et des jeunes parents.
 - o Difficultés à développer et à faire connaître les projets de naissance pour tous les parents.



Instances favorisant les échanges

1. **Staff médico-psycho-social :**
 - Réunion mensuelle en maternité à Avranches, impliquant des professionnels de la maternité, pédiatrie, néonatalogie, PMI, SF libérales, CH Estran, et services d'addictologie.
2. **Liens et espaces de parentalité :**
 - Collaboration entre CMPP et PMI à Granville et St Hilaire.
 - Espaces parents créés par des associations de parentalité et dans les crèches. Et articulation avec les projets de CLS et la CAF.

Innovations et actions proposées

1. **Outils utilisés :**
 - Dossier médical partagé de grossesse.
 - Développement de l'entretien prénatal précoce (liens CPTS)
 - Carnet de santé de l'enfant.
 - Protocoles du réseau périnatalité.
 - Padlet parentalité développé dans la Baie de Mont St Michel.
2. **Coordination des urgences :**
 - Accord SMUR/Pompiers pour l'adressage des urgences, bien que nécessitant des ajustements pour éviter les erreurs d'aiguillage.
3. **Renforcement de l'offre de transport :**
 - Mise en place du « réseau pouce » pour le transport solidaire des parents.

Actions à mener

1. **À court terme :**
 - **Développer l'Interconnaissance :** Entre les professionnels de santé, mieux identifier et faire connaître les acteurs.
 - **Déployer la promotion de la Santé :** Actions d'éducation à la santé familiale (Granville-MSA), réflexe santé (Avranches-ARS), et appui sur le CLS (++)
 - **Proposer une participation croisée avec les CPTS :** Impliquer les acteurs du secteur médico-social. Promouvoir la réflexion partagée sur le parcours périnatal.
 - **Mettre en place le projet de naissance** pour tous les parents.
2. **À moyen terme :**
 - **Mettre en place des projets prévention et prise en charge des dépressions du post-partum :** soutien aux parents souffrant de dépression post-partum et d'épuisement parental.
 - **Déployer la télémédecine :** Utiliser Omni doc pour des avis spécialisés auprès des professionnels.
 - **Prendre en compte les problématiques de mobilité :** Travailler sur l'accessibilité des parents aux soins pour leurs enfants.
 - **Déployer l'accompagnement périnatal en psychiatrie :** Soutenir le lien parent-enfant avec l'aide du CH Estran.



3. À plus long terme :

- **Créer une maison des 1000 Premiers Jours** : structure dédiée, en s'appuyant sur les dispositifs existants.
- **Développer des interfaces numériques** compatibles entre CH, ville, PMI, et santé scolaire.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges mettent en lumière plusieurs problèmes critiques dans le parcours périnatal, notamment en termes de coordination, d'accessibilité aux soins, et de soutien psychologique. Les actions proposées visent à :

- Renforcer la communication entre les différents acteurs, faire connaître l'existant
- Améliorer l'accès aux soins et au transport,
- Offrir un meilleur soutien psychologique aux parents.
- Et in fine créer un parcours de soin plus intégré, accessible et efficace pour les parents et leurs enfants...

Cohérence avec le PRS :

Le Plan Régional de Santé (PRS) pointe les priorités suivantes concernant la santé de la femme et ans le Plan Régional de Santé (PRS) de Normandie, les priorités concernant la santé de la femme et de l'enfant incluent plusieurs aspects clés :

- **Renforcement des Soins Périnataux** : Développer et harmoniser l'offre périnatale, notamment en renforçant l'accès aux soins de proximité via les Centres Périnataux de Proximité (CPP) et les consultations avancées. Cela inclut aussi le développement de l'hébergement temporaire non médicalisé pour les femmes enceintes.
- **Lien Mère-Enfant** : Mettre en place des dispositifs pour renforcer le lien mère-enfant à la naissance, comme les chambres mère-nouveau-né, et promouvoir l'allaitement maternel en soutenant des initiatives telles que l'« Initiative hôpital ami des bébés » (IHAB).
- **Suivi à Domicile** : Développer la prise en charge des nouveau-nés à domicile, afin d'assurer un suivi continu et réduire les séjours hospitaliers prolongés.
- **Prévention et Dépistage** : Augmenter le taux de réalisation des entretiens prénataux précoces et postnataux, sensibiliser les professionnels de santé aux besoins spécifiques des femmes enceintes, et mettre en place des actions pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale.
- **Coordination et Numérisation** : Rendre opérationnel le dossier périnatal partagé normand pour améliorer la coordination des soins et la communication entre les professionnels de santé.



VII. PARCOURS SANTE MENTALE

Rappel du diagnostic :

La structuration du parcours en santé mentale s'opère à l'échelle départementale, dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de la Manche, décliné de façon opérationnelle par un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) 2021 – 2025 conclu entre l'ARS et les partenaires participant à la mise en œuvre des actions. Ce CTSM est évolutif, et a une capacité d'adaptation dans le temps, en ajoutant de nouvelles actions par voie d'avenants notamment. Il est animé par un coordonnateur qui initie, pilote et met en œuvre des actions, dans une dynamique partenariale et d'animation de réseau, fonctionnant en commission spécialisée en santé mentale et en réunions techniques pour la mise en œuvre des actions du CTSM.

Sur le territoire le Projet Territorial en Santé Mentale de la Manche, met en oeuvre la priorité du « Repérage précoce des troubles psychiques, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements » ainsi que l'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement, et l'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi.

Des démarches sont portées par les collectivités, au moyen des Contrats Locaux de Santé (CLS), le CLS Granville Terre et Mer contenant des actions en santé mentale (dont l'accès au logement). A terme, l'objectif est de pouvoir développer des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) ; des réflexions sont amorcées dans le cadre du CLS 2022 – 2027 de la Communauté d'agglomération du Mont Saint-Michel – Normandie, qui portent sur la prévention en santé mentale et la mise en place d'un CLSM.

Concernant l'entraide et la vie sociale, des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) se déploient :

- 2 GEM, à Granville (Advocacy Normandie) et à Val-Saint-Pair (Club M'Aide Sud Manche) ;
- 1 GEM expérimental en milieu rural à Saint-Hilaire-du-Harcouët, où des problèmes d'addictions et de santé mentale sont repérés.

Synthèse problématisée des échanges sur le parcours santé mentale

Les échanges concernant la santé mentale mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients.

Points de ruptures identifiés

- 1. Isolement des aidants :**
 - Les aidants des personnes atteintes de troubles mentaux se trouvent souvent isolés, ce qui complique leur capacité à fournir un soutien continu et efficace.
- 2. Manque de coordination et d'information :**
 - L'absence d'un dossier de coordination partagé et des indicateurs clairs de parcours.
 - Les échanges d'informations sont insuffisants entre les différents acteurs des secteurs médical médico-social et social.
- 3. Absence de structure de coordination :**
 - Il n'existe pas d'instance dédiée à l'analyse collective des parcours de soins, ce qui limite l'efficacité des interventions.



4. Ruptures spécifiques :

- Difficultés de parcours des patients candidats à la chirurgie de l'obésité, reposant sur l'organisation de la filière de l'amont à l'aval, et plus précisément, du bilan, de la prise en charge et du suivi du patient, sur le plan médical et éducatif d'une part, et psychologiques et/ou psychiatriques d'autre part.
- Accès difficile à un logement et problèmes de mobilité (ETP St James), difficultés d'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap intellectuel et défaut d'accessibilité dans l'offre de vie sociale, de loisirs et culturelle.
- Difficultés d'accès aux soins somatiques

Instances favorisant les échanges

1. Réunions Interprofessionnelles :

- Rencontres régulières entre les différents professionnels de santé mentale pour discuter des cas complexes et partager des informations.

2. Structures de coordination :

- Le CLIC et le CLSM sont des plateformes permettant de coordonner les efforts des divers acteurs impliqués dans la santé mentale.

3. Instances du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) : Commission spécialisée en Santé Mentale (2x par an), réunions techniques pour la mise en œuvre des actions

4. Comité de pilotage départemental du parcours adolescent (CH Estran, Mado, Fondation Bon Sauveur)

5. Cellule d'Appui aux Parcours d'Enfants aux difficultés (CAPEA) (secteur St Hilaire-du-Harcouët, Mortainais) avec un objectif de déploiement sur le secteur d'Avranches et de Granville, en lien avec la Communauté 360

Innovations existantes et à proposer

1. Déployer les usages des outils disponibles :

- Utilisation de Norm'Uni pour le partage d'informations via un dossier de coordination.
- Annuaire du DAC pour identifier et contacter les professionnels et services.
- Fiche-action du CTSM : Déploiement du e-parcours en santé mentale et psychiatrie – intégration des acteurs qui œuvrent dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie dans la démarche territoriale e-parcours dans le sud manche (Pilote : GCS e-santé)

2. Réaliser une cartographie de l'offre et des besoins et sensibiliser les acteurs :

- Réaliser une cartographie des ressources existantes pour une meilleure connaissance des services disponibles.
- Organiser des temps d'interconnaissance et des journées de rencontres interprofessionnelles pour sensibiliser et informer les acteurs de première ligne.

3. Poursuivre le projet autour de l'« Amélioration de la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie sur le sud Manche » : Centre hospitalier de l'Estran, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) et l'hôpital privé de la Baie



4. Réorganiser la filière Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) avec le CH de l'Estran, en lien avec l'ARS, CPAM et MSA : Projet retenu dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) en 2023

Cadre d'analyse et de remontée des informations

1. **Développer la culture de réhabilitation psychosociale** avec le CH de l'Estran : projets personnalisés, outils et méthodes de réhabilitation psychosociale
2. **Développer un panel d'Indicateurs :**
 - Mettre en place des indicateurs spécifiques pour suivre les parcours en santé mentale et leurs ruptures
 - Organiser des mises à jour des diagnostics de besoins pour élaborer des outils de communication communs.

Actions à mener

1. **À court terme :**
 - **Renforcer l'offre :** Renforcer les conventions entre structures pour une meilleure coopération, mettre à jour les documents de référence pour diffuser les ressources et les services disponibles, développer les équipes mobiles : équipe mobile adolescents, équipe mobile de la MADO 50, équipe mobile pédopsychiatrique, ...
 - Relayer, en s'appuyant sur les deux CPTS, les projets de parcours en santé mentale, en formant les professionnels et étudier la possibilité de mise en place de consultations avancées par des psychologues, des IDE, des IPA dans les PSLA ou les cabinets.
 - **Structurer l'accès aux soins somatiques** des patients atteints de pathologies psychiatrique (en cours). Un partenariat entre l'hôpital de l'Estran, les hôpitaux d'Avranches (public et privé) les CPTS et le DAC se structure pour faciliter l'accès aux soins de premier et second recours.
 - **Informier et communiquer :** Sensibiliser les acteurs de première ligne sur la mission 1 du DAC et les outils disponibles comme l'annuaire du DAC.
 - **Instaurer des temps d'interconnaissance réguliers :** Organiser des réunions pour améliorer la connaissance mutuelle entre les acteurs.
 - **Cartographier des ressources :** Réaliser une cartographie des ressources existantes pour mieux orienter les usagers et organiser la mise à jour.
2. **À moyen terme :**
 - **Mettre à jour régulièrement et multiplier les conventions de partenariat :** Renouveler et initier les conventions entre les structures pour garantir une coopération continue.
 - **Réunions Multipartites :** Intégrer les champs social et médico-social dans les approches et moments de concertation pour une prise en charge holistique des patients.
3. **À long terme :**
 - **Déployer Norm'Uni :** Assurer le déploiement complet et les usages de Norm'Uni pour faciliter le partage d'informations.
 - **Analyser et mieux suivre :** Mettre en place des outils d'analyse pour suivre les parcours de soins et évaluer les besoins.



Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges mettent en lumière plusieurs problèmes critiques dans le parcours en santé mentale (certains points renvoient au parcours enfance/adolescence), notamment termes de coordination, d'isolement des aidants, et de partage d'informations. Les actions proposées visent à :

- Renforcer les structures de coordination existantes : équipes mobiles +++
- Améliorer la communication entre les différents acteurs,
- Mettre en place des indicateurs pour suivre et analyser les parcours de soins.
- Former et informer
- Formaliser des conventions entre partenaires.

Cohérence avec le PRS :

Le Plan Régional de Santé (PRS) les priorités pour la santé mentale incluent les aspects suivants :

- Approche territorialisée des parcours de soins : Le PRS met en avant l'importance de structurer les parcours de soins en santé mentale en s'appuyant sur les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). L'objectif est d'améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic, et aux soins psychiques pour tous les âges, en favorisant une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire, social, et médico-social.
- Prévention et repérage précoce : Il est essentiel de renforcer la prévention et le repérage précoce des troubles psychiques. Cela passe par la formation et la sensibilisation des professionnels susceptibles d'être en contact avec des personnes en souffrance, notamment dans les secteurs de la petite enfance, de l'éducation nationale, et de l'aide sociale à l'enfance.
- Psychiatrie périnatale : Le PRS prévoit le développement d'une offre dédiée à la psychiatrie périnatale, avec un renforcement des compétences des professionnels et la structuration d'un parcours de soins spécifique pour les troubles mentaux périnataux.
- Promotion de la santé mentale positive : Le plan met également l'accent sur la promotion de la santé mentale positive, avec des actions visant à renforcer les compétences psychosociales, particulièrement chez les enfants et les jeunes, pour prévenir l'apparition de troubles mentaux.
- Amélioration des conditions de travail des professionnels de la santé mentale : La nécessité d'améliorer les conditions de travail dans les services de psychiatrie est soulignée, en raison de la pénibilité accrue et du manque d'attractivité de ces postes, qui entraînent des départs fréquents de professionnels.



VIII. PARCOURS PRECARITE ET BESOINS SOCIAUX

Rappel du diagnostic :

Le diagnostic a montré l'importance de prendre en compte les problématiques sociales et d'inégalités d'accès aux soins et à la santé en général. La connaissance croisée -sanitaire, médico-sociale et sociale- des acteurs du territoire des parcours de soins, de santé et de vie des personnes en situation de précarité est à développer. Les secteurs et leurs acteurs sont encore trop cloisonnés et la visibilité des besoins insuffisamment partagée.

Synthèse des échanges sur le parcours précarité et besoins sociaux

Les échanges concernant la précarité mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients.

Voici une synthèse des points principaux :

Points de Rupture Identifiés

1. Absence de coordination et d'espaces dédiés :

- Il manque un espace d'échange dédié spécifiquement à la thématique de la précarité, ce qui entraîne une mauvaise coordination des acteurs et des actions. Celle-ci pourrait corriger l'interconnaissance insuffisante entre les acteurs.
- Les réunions existantes (CLIC, réunions de l'EMPE -équipe mobile précarité exclusion, réseau Violences Intra-Familiales) sont limitées et ne couvrent pas tous les aspects de la précarité.

2. Isolement et accès aux services :

- Les personnes en situation de précarité font face à des barrières significatives pour accéder aux services, notamment en raison de l'isolement géographique, de la mobilité réduite, de l'illettrisme et de la fracture numérique.
- Les publics spécifiques comme les gens du voyage et les migrants présentent des difficultés particulières, notamment en matière de continuité des soins et de méconnaissance des services.

3. Manque de Formation et de ressources :

- Les bénévoles et certains professionnels manquent de formation adéquate pour repérer et accompagner les personnes en situation de précarité.
- Le manque d'outils partagés et de solutions de communication entre les acteurs limite l'efficacité des interventions.



Instances et outils favorisant les échanges

1. Structures existantes :

- La CPAM, le Centre Médico-Social, les PASS, et les équipes mobiles précarité exclusion (EMPE) sont des structures ou services qui contribuent à la prise en charge des personnes en situation de précarité.
- Les CCAS et le SIAO ont des missions d'observation sociale locale.

2. Actions de prévention et promotion de la santé :

- Actions « aller-vers » pour toucher les publics précaires.
- Promotion de la vaccination et des dépistages (cancers, IST) par des structures comme le CHU de Caen et la Fondation hospitalière de la Miséricorde.

3. Déployer les usages des outils disponibles :

- Annuaire des ressources développé par le DAC, bien qu'il mériterait une entrée spécifiquement « précarité ».
- Systèmes d'information comme Norm'Uni / Normand-eSanté, bien qu'ils ne soient pas accessibles à tous les partenaires.

Actions à mener

1. Créer un espace territorial d'échange et faire connaître l'existant :

- Réunir l'ensemble des acteurs locaux intervenant auprès des personnes en situation de précarité pour améliorer la coordination des actions et la remontée des besoins.
- Faire connaître les actions de prévention et promotion de la santé destinées spécifiquement aux personnes en situation de précarité, avec une démarche d'« aller-vers ». Actions mises en œuvre au sein des Centre Médicosocial, et par des équipes mobiles.
- Rendre lisible les missions d'accompagnement santé réalisées par la CPAM, les aides aux démarches administratives réalisées par la Mission Locale, les interventions du CAARUD pour les personnes souffrant d'addictions.
- Emploi et Insertion : diffuser la possibilité de Parcours Emploi Santé (France Travail) pour les personnes en recherche d'emploi depuis plus d'un an. Faire connaître la Médiation en santé par SOLIHA pour les communautés spécifiques comme les gens du voyage et les migrants.

2. Organiser des réunions de concertation :

- Sur des situations individuelles complexes pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.

3. Compléter l'annuaire du DAC en mettant davantage en lumière la précarité et les besoins sociaux :

- Mettre en avant les ressources locales dédiées aux personnes en situation de précarité, assurer la diffusion et la mise à jour régulière des informations.

4. Élargir aux travailleurs sociaux l'accès au système d'Information partagé :

- Optimiser la communication entre les acteurs et faciliter les échanges pour alerter précocement sur les situations à risque de rupture.

5. Créer une Fiche « Vigilance Précarité » :

- Assurer un repérage et une prise en charge précoces des personnes en situation de précarité.



6. Former les bénévoles associatifs :

- Renforcer l'expertise des bénévoles pour améliorer le repérage précoce des personnes en situation de précarité.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges mettent en lumière plusieurs problèmes critiques dans le parcours en santé des populations en situation de précarité (certains points renvoient au parcours santé mentale), notamment en termes de coordination, d'accès aux services, et de formation des acteurs impliqués. Les actions proposées visent à :

- Créer un espace territorial d'échange et faire connaître l'existant
- Améliorer la communication et la coordination entre les différents acteurs,
- Mettre en place des outils pour un suivi plus efficace des personnes en situation de précarité.

Cohérence avec le PRS :

Le document du Plan Régional de Santé (PRS) de Normandie met en avant plusieurs priorités concernant la santé des populations en situation de précarité. Voici les points essentiels :

- Réduction des Inégalités Sociales de Santé : Le PRS accorde une attention particulière aux inégalités sociales de santé qui touchent les populations en situation de précarité. Il s'agit de réduire ces inégalités en adaptant les actions de santé aux situations de vulnérabilité spécifiques, en particulier pour les populations les plus démunies.
- Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus Démunis (PRAPS) : Le PRAPS est un programme spécifique visant à faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes les plus éloignées du système de santé. Ce programme cible les personnes en précarité financière, sociale, professionnelle, ainsi que les populations spécifiques comme les sans-abris, les migrants, les gens du voyage, etc.
- Stratégie "Aller Vers" : Le PRS propose une approche proactive pour aller vers les personnes en situation de précarité afin de les intégrer dans les dispositifs de soins et de prévention. Cela inclut l'intensification des actions sur les déterminants de santé et l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins.
- Focus sur les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) et Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) : Les zones urbaines sensibles et les zones rurales défavorisées reçoivent une attention particulière pour assurer que les populations y résidant aient accès aux services de santé nécessaires. Des efforts sont faits pour améliorer l'attractivité de ces territoires pour les professionnels de santé.



IX. PARCOURS PERSONNES AGEES

Rappel du diagnostic :

Bien que des initiatives notables soient en cours sur le territoire, un morcellement du parcours de santé des personnes âgées est constaté. Les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social fonctionnant « en silo », les réponses apportées aux principaux besoins de santé des personnes âgées évoluent, mais de façon encore trop cloisonnée, sans vision globale et systémique.

La dimension sanitaire des dispositifs facilitant l'accès à une expertise gériatrique est principalement portée par le Groupe Hospitalier Mont-Saint-Michel. Ces dispositifs incluent une Plateforme d'Expertise Gériatrique (PEG) pour les personnes de plus de 75 ans, visant à fluidifier les parcours patients et prévenir les hospitalisations. Une Unité Mobile d'Orientation et d'Évaluation Gériatrique (UMOEG) et une Équipe Mobile Expertise Gériatrique Territoriale (EMET) offrent une prise en charge multidisciplinaire des patients âgés, favorisant le maintien à domicile. La CPTS Sud-Manche développe des projets pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, incluant des actions de prévention et d'évaluation des risques avec le DAC.

Concernant la dimension préventive, les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC) de Villedieu Intercom et Sud Manche travaillent en partenariat avec diverses structures locales pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Ils organisent des Réunions d'Information et de Coordination (RIC) mensuelles pour mieux connaître les missions des différentes structures, informer sur les offres existantes, et développer des actions collectives de prévention. Les Secteurs d'Actions Gérontologiques (SAG), animés par les CLIC, impliquent des réseaux de bénévoles à l'échelle cantonale pour garantir la visibilité des besoins locaux et leur remontée.

Synthèse des échanges sur le parcours personnes âgées

Les échanges concernant le parcours des personnes âgées mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients.

Voici une synthèse des points principaux :

Points de rupture identifiés

1. Ruptures dans la prise en charge :

- Un manque de coordination lors des transitions domicile – ville – hôpital – EHPAD (accueil de jour, hébergement temporaire), notamment en termes de suivi post-hospitalisation est souligné car susceptible d'accélérer ou d'aggraver la dépendance des personnes âgées.
- Surcout financier par manque d'intervention au bon moment avec les bonnes personnes.
- Un manque de réactivité en situation d'urgence est générateur de rupture (ex : des défaillances soudaines de l'aidant, les fermetures temporaires d'accueil de jour, ...), ou pour des usagers atteints de troubles cognitifs ou de troubles psychiques.
- Le déficit de solutions pour les situations complexes nécessitant un suivi continu et personnalisé est également un point de rupture.
- Les patients et leurs familles attendent souvent la crise avant de solliciter des actions de prévention, surchargeant ainsi les services d'urgence.



2. Coordination et échanges :

- L'absence d'un espace d'échange dédié spécifiquement aux personnes âgées entraîne une mauvaise coordination des actions. Les réunions existantes (RIC du CLIC, réunions interprofessionnelles) sont limitées en termes de fréquence, de participation et *in fine* de portée.
- Un manque d'interconnexion entre les différents acteurs, notamment les CLIC, DAC, et CMS est constaté.
- Les services d'aide à domicile et les SSAD manquent de coordination, entraînant des interventions en urgence mal préparées. Une saturation des SAAD et des SSIAD avec chevauchement des missions menées par les SAAD (tâches d'accompagnement des actes de la vie quotidienne) et les SSIAD (prodiguent et coordonnent des soins) est constatée.

3. Accès à l'information et aux services :

- Des difficultés d'accès à l'information pour les professionnels et les personnes âgées sont exacerbées par l'hétérogénéité des dispositifs existants.
- L'annuaire DAC actuel mérite encore d'être complété.
- L'absence de calendrier partagé des actions de santé, conduit à des chevauchements et une mauvaise diffusion de l'information.

4. Problèmes de mobilité et de transport :

- De nombreux problèmes de transport sont évoqués pour les personnes âgées, notamment pour les rendez-vous médicaux et les sorties d'hospitalisation.

Instances et outils favorisant les Échanges

1. Structures existantes :

- Avec l'appui du DAC, le GHT et les CPTS organisent des réunions tous les 2 à 3 mois pour discuter des situations complexes, mais la collaboration inter-CPTS est encore limitée.
- RIC du CLIC, plateformes de repérage des fragilités, et réunions interprofessionnelles jouent un rôle clé dans la coordination mais nécessitent des améliorations.
- Au sein des Centres Médico-Sociaux (CMS) : réunions de territoire (tous les 2 mois), des groupes de travail transversaux (Autonomie, Insertion, Enfance) (dimension médico-sociale et sociale)
- Existence d'un Groupement de Coopération Social et Médico-social (GCSMS)

2. Outils de coordination :

- Le dossier de coordination via Norm'Uni en place nécessite une meilleure utilisation et promotion de ses usages.
- Les conventions avec le SDIS (Le service départemental d'incendie et de secours) pour des fiches de signalement sont en cours de développement.



Innovations et actions proposées

1. Mettre en place des projets innovants :
 - Accueil de jour itinérant,
 - Projet de Télémédecine, ...
 - Mise en place de dispositifs renforcés de maintien à domicile –Un Ehpad à domicile
 - HDJ bilan d'autonomie, chutes , ergonomie
 - EHPAD hors les murs
2. **Améliorer la coordination :**
 - Créer un guichet unique regroupant toutes les informations et services disponibles pour les personnes âgées.
 - Proposer un programme de formation et d'outillage des secrétaires de mairie dans les petites communes rurales pour l'orientation initiale des PA et leurs aidants
 - Mettre en place des réunions de synthèse régulières pour discuter des cas particuliers et améliorer la coordination de parcours.
 - Développer des actions de prévention à la demande des professionnels et intégrer des propositions de prévention avec le DAC, les CPTS et les CLS.
3. **Renforcer les usages des outils d'Information :**
 - Consolider et promouvoir l'annuaire DAC, et poursuivre la formation et sensibilisation des secrétaires de mairie et des agents de France Services pour une meilleure diffusion de l'information.
 - Créer un calendrier partagé pour les journées santé et les réunions d'instances, accessible aux professionnels de santé et aux acteurs sociaux.
4. **Proposition de nouvelles structures :**
 - Renforcer les équipes mobiles de gériatrie et les intégrer dans le circuit de soins.
 - Développer des solutions de téléconsultation et de téléexpertise pour pallier le manque de spécialistes.
 - Développer des structures intermédiaires d'hébergement pour désengorger les hôpitaux et les EHPAD.
 - Mettre en place des solutions de mobilité adaptées pour faciliter les déplacements des personnes âgées pour raisons médicales ou sociales.
5. **Soutenir les aidants :**
 - Créer des relais pour les aidants, notamment des haltes répit et des services d'accompagnement à domicile pour soulager les familles.
 - Développer des formations pour les aidants et les bénévoles pour améliorer leur capacité à repérer et accompagner les personnes âgées.



Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges mettent en lumière plusieurs problèmes critiques dans le parcours des personnes âgées, notamment en termes de coordination, d'accès à l'information et aux services – soins, prévention et accompagnement -, ainsi que de mobilité. Les actions proposées visent à :

- Renforcer les structures existantes : équipes mobiles gériatriques ++
- Améliorer la communication et la coordination entre les différents acteurs,
- Mettre en place des outils pour un suivi plus efficace des personnes âgées.
- Mettre en place des projets innovants : Accueil de jour itinérant, Projet de Télémédecine, ...

Cohérence avec le PRS :

Le Plan Régional de Santé (PRS) met en avant plusieurs priorités concernant la santé des personnes âgées, notamment en lien avec le vieillissement de la population :

- Virage domiciliaire : Encourager et faciliter le maintien à domicile des personnes âgées aussi longtemps que possible. Cela inclut la mise en place de services de soutien à domicile adaptés pour prévenir la perte d'autonomie.
- Augmentation des besoins de soins : Répondre à l'augmentation des besoins de soins due au vieillissement, notamment en structurant des parcours de soins centrés sur la personne. Cela implique une meilleure coordination entre les professionnels de santé de ville, les services sociaux, médico-sociaux, et hospitaliers.
- Adaptation des établissements et services sociaux et médico-sociaux : Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et autres services aux besoins croissants, avec une attention particulière à la qualité de vie et à la sécurité des résidents.
- Importance des aidants : Renforcer le soutien aux aidants familiaux en développant des offres de répit et des services d'accompagnement adaptés, pour prévenir l'épuisement des aidants.



X. PARCOURS ENFANTS / ADOLESCENTS

Rappel du diagnostic :

La phase de diagnostic n'a pas permis de relever dans le détail les difficultés liées à ce parcours. Plusieurs problématiques se superposent et rejoignent parfois d'autres parcours de prise en charge et d'accompagnement (périnatalité-parentalité et santé mentale par exemple) :

- L'accueil des 16-18 ans : pas de lits d'hospitalisation pour cette tranche d'âge
- Les enfants ou adolescents en urgence santé mentale
- Les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance
- Le repérage précoce des déficiences et de l'orientation vers les bons interlocuteurs pour éviter l'errance diagnostique

Synthèse des échanges sur le parcours enfants/adolescents

Les échanges concernant les parcours enfants/adolescents mettent en évidence plusieurs difficultés majeures et actions nécessaires pour améliorer le parcours de soin des patients.

Voici une synthèse des points principaux :

Points de rupture identifiés

- 1. Un manque de coordination et de structures adaptées :**
 - o Difficultés d'identification des structures existantes et de leurs manques spécifiques.
 - o Absence de circuits d'orientation clairs pour les adolescents présentant des troubles spécifiques.
 - o Besoin de structures ou services d'évaluation adaptés aux troubles des adolescents.
- 2. Accès à l'information et échanges d'Informations :**
 - o Manque de visibilité des ressources disponibles pour les adolescents et leurs familles.
 - o Problèmes de communication et de transmission d'informations entre les différents acteurs de l'enfance et de la jeunesse.
- 3. Insuffisance des offres de soins et d'accompagnement :**
 - o Insuffisance de lits d'accueil en pédopsychiatrie et de lieux de répit pour les adolescents.
 - o Carences relatives de filières de proximité pour certains troubles comme les troubles des conduites alimentaires (TCA).
 - o Retard ou insuffisance de repérage et de prise en charge des problèmes somatiques des adolescents
 - o Difficultés d'orientation et d'accompagnement des jeunes vers le soin vers un médecin généraliste / médecin-traitant/ équipe de soins, CPAM et/ou MSA, Mission locale, Maison des Adolescents ...).



Instances favorisant les échanges

1. Structures existantes :

- Maison des Adolescents espace offrant un accueil inconditionnel, neutre et confidentiel. Potentielle première ligne pour le repérage, l'organisation d'un premier bilan de santé, de prévention et des droits aux prestations, et l'orientation vers un partenaire adéquat.
- CLS (Contrats Locaux de Santé)
- DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)
- C360
- CApEA (Cellule d'Appui Enfant Ados)
- PESL (Projet Educatif Social Local)

2. Outils de coordination :

- Plateforme Trouve ton Offre De Soins (Normand-eSanté) pour faciliter l'accès aux informations.
- Conventions entre structures pour améliorer la coopération.
- Outils numériques pour faciliter la transmission des informations entre les professionnels.

Innovations et actions proposées

1. Améliorer la coordination :

- Créer des conventions entre les structures pour développer les échanges et la coopération.
- Mettre en place un COPIL de continuité éducative entre CLS, PESL, et PNNS.

2. Renforcer les usages des outils d'information :

- Créer un moteur de recherche pour rendre visibles les ressources disponibles pour les adolescents et leurs familles.
- Développer une application à destination des familles pour les aider à naviguer dans le système de soins.
- Formation des acteurs de l'enfance et de la jeunesse pour améliorer la transmission des informations

3. Proposer de nouvelles structures ou services :

- Développer des équipes mobiles pour intervenir rapidement auprès des adolescents en difficulté.
- Renforcer les lits d'accueil en pédopsychiatrie pour répondre à la demande croissante.
- Mettre en place des lieux de répit pour offrir un soutien temporaire aux adolescents et à leurs familles.
- Créer des circuits d'orientation et une cellule pluridisciplinaire d'évaluation pour les adolescents présentant des troubles spécifiques.



4. Former et sensibiliser :

- Organiser des formations au sein des structures sur les troubles de l'attachement.
- Mettre en place des formations socles pour les professionnels intervenant auprès des adolescents.
- Améliorer la visibilité des formations de base et assurer leur pérennisation.

5. Soutenir et prévenir :

- Travailler les 1000^{er} jours des parents pour assurer un soutien précoce et continu
- Créer un pôle ressources formation/recherche pour centraliser les informations et les ressources disponibles.

Les préconisations du groupe de travail sont de :

Les échanges mettent en lumière plusieurs problèmes critiques dans le parcours des enfants et adolescents, notamment en termes de coordination, d'accès à l'information et aux services – soins, prévention et accompagnement –, ainsi que de formation des intervenants et professionnels. Les actions proposées visent à :

- Renforcer les structures existantes : lits d'accueil en pédopsychiatrie ++ et développer une équipe mobile adolescents
- Améliorer la communication et la coordination entre les différents acteurs,
- Mettre en place des outils pour un suivi plus efficace des adolescents.

Cohérence avec le PRS :

Dans le Plan Régional de Santé (PRS), les priorités concernant la santé des enfants et des adolescents sont centrées sur plusieurs axes clés pour améliorer leur bien-être et leur état de santé à long terme :

- Prévention et Promotion de la Santé : La prévention est au cœur des actions pour les enfants et les adolescents, avec un accent particulier sur la promotion de la santé dès la petite enfance. Il est souligné que les inégalités de santé se construisent dès l'enfance et même pendant la grossesse, d'où la nécessité d'agir précocement sur les déterminants de la santé.
- Santé Mentale des Jeunes : La santé mentale des jeunes est une priorité majeure en Normandie, en raison des indicateurs préoccupants, tels que le taux élevé de tentatives de suicide. Des actions de prévention en faveur de la santé mentale et le renforcement des compétences psychosociales chez les jeunes sont fortement encouragés.
- Conduites Addictives : La lutte contre les conduites addictives chez les jeunes est également une priorité. La Normandie se classe parmi les régions les plus concernées par l'usage quotidien de tabac et d'alcool chez les adolescents. Des efforts sont faits pour prévenir ces comportements à risque dès le plus jeune âge.
- Soutien aux Étudiants : La santé des étudiants est une préoccupation particulière, avec des actions visant à améliorer leur bien-être physique et mental, en tenant compte des risques accrus auxquels ils sont exposés, comme les violences sexistes et sexuelles ou les troubles alimentaires.
- Éducation à la Santé : tout au long du parcours scolaire, de la crèche à l'université. Intégrer cette éducation dans les programmes scolaires pour sensibiliser aux comportements favorables à la santé.



XI. PROPOSITION DE FEUILLE DE ROUTE POUR LE DAC SUD MANCHE

1. REMARQUES ACSANTIS

Remarques

--+ Les échanges ont peu traité de la problématique des conduites addictives. Ce champ -inclus selon l'OMS dans la santé mentale- mériterait d'être traité de la même manière.

Sont en lien avec les autres parcours (précarité, personnes âgées, handicap, enfants/adolescents) un certain nombre d'initiatives :

- Enfants / Adolescents :
 - o Médecin spécialisé en génétique au CH de l'Estran, besoin d'expertise sur le repérage et diagnostic des TND ;
 - o Besoin d'une unité médico-sociale relais (UMSR) pour des jeunes en situation complexe, avec des troubles ajoutés ;
- Santé mentale et vieillissement :
 - o Situations de souffrances psychiques de personnes âgées à domicile, besoin d'accompagner la montée en compétence des professionnels du domicile / EHPAD
 - o Liens avec le centre de ressources de psychogériatrie à Caen
- Personnes en situation de handicap intellectuel
 - o Prédominance de situations de souffrances psychiques chez les personnes en situation de déficience intellectuelle (convention CH Estran – ETP St James pour la mise à disposition d'une IDE en santé mentale 1 AM par semaine)

--+ En termes de maladies chroniques les échanges ont peu creusé :

- Les organisations émergentes en ESS (Équipes de Soins Spécialisées)
 - o En dermatologie
 - o En cardiologie
 - o En pédiatrie
- Les modalités d'intégration du groupe « parcours » existant initié par le CHAG
- La connaissance du Mammobile de la Manche pour les territoires éloignés des centres de mammographie

--+ La question des transports évoquée dans tous les parcours n'a pas permis de faire émerger des solutions

- Exemples :
 - o En cancérologie pour les chimiothérapie et radiothérapie (patients éloignés) et de même pour les soins de support
 - o Dans les maladies chroniques pour les examens de suivi
 - o Etc.

L'analyse croisée PRS et travaux du DAC montre que les stratégies sont en grande partie alignées avec les objectifs du PRS. Le DAC pourrait affiner ses actions en intégrant certaines priorités spécifiques du PRS, notamment la réduction des disparités géographiques, la structuration des services de santé mentale, et l'accent sur les inégalités de santé dans les maladies chroniques.



2. L'OBSERVATOIRE DE RUPTURE DES PARCOURS

Durant cette journée et de manière transversale la mission de l'Observatoire des Ruptures de Parcours du DAC Sud Manche s'est bien positionnée. Elle doit être de surveiller, analyser et améliorer la continuité des soins pour les patients en identifiant et en corrigeant les points de rupture dans leurs parcours de soins.

Les missions clés attendues et communes à tous les parcours sont :

1. Concertation multipartenaire
 - Dynamiser et maintenir la concertation entre acteurs via un séminaire annuel pour :
 - Noter les avancées et points de blocages
 - Proposer des nouvelles fonctions humaines de coordination entre partenaires (exemple : IDE de coordination parcours adossée à ville et /ou hôpital)
 - Répondre en groupement à des appels à projets relevant des parcours
2. Surveillance et Identification des Ruptures
 - Collecter des données :
 - Recueillir des données qualitatives et quantitatives sur les parcours de soins à partir de différentes sources (professionnels de santé, patients, structures de soins ou d'accompagnement médico-social).
 - Utiliser des questionnaires standardisés pour recueillir des informations sur les ruptures de parcours.
 - Analyser les ruptures :
 - Analyser les données pour identifier les points de rupture fréquents dans les parcours de soins à partir de la mission 1 et 2 du DAC et au sein de la mission 3 avec les partenaires dans le cadre de l'animation territoriale ;
 - Réaliser des études de cas pour approfondir la compréhension des ruptures spécifiques.
3. Coordination et Communication
 - Échanger des informations de manière fluide et continue :
 - Faciliter la communication entre les différents acteurs de soins (professionnels, établissements, patients) pour une meilleure coordination.
 - Utiliser des systèmes numériques sécurisés (comme Norm'Uni) pour le partage d'informations.
 - Réagir et outiller :
 - Fournir des rapports réguliers aux parties prenantes et aux institutions sur les points de rupture identifiés et les solutions mises en place.
 - Organiser des réunions de synthèse régulières pour discuter des cas particuliers et des solutions potentielles.
4. Développement et mise en oeuvre de solutions :
 - Protocoliser des situations fréquentes et de gestion des crises :
 - Développer des protocoles pour gérer les situations de crise et les ruptures de parcours.
 - Créer des accords anticipés sur la conduite à tenir en cas de crises pour certaines situations se répétant dans certains parcours
 - Former et Sensibiliser :



Synthèse des ateliers partenariaux réalisés à l'initiative du DAC en Santé Sud Manche

- Contribuer à la formation des professionnels pour identifier et gérer les ruptures de parcours.
 - Sensibiliser les patients et leurs familles aux ressources disponibles pour éviter les ruptures.
5. Suivi et Évaluation
- Proposer des indicateurs de performance :
 - Mettre en place des indicateurs pour suivre l'efficacité des interventions et des solutions mises en œuvre.
 - Évaluer régulièrement l'impact des actions de l'Observatoire sur la continuité des soins.
 - Améliorer en continu les pratiques :
 - Utiliser les retours d'expérience pour améliorer les processus et les outils de l'Observatoire.
 - Adapter les stratégies en fonction des évolutions des besoins et des contextes locaux.
6. Innovation et Partenariats
- Proposer des projets Innovants avec les partenaires :
 - Piloter des projets innovants pour tester de nouvelles approches et solutions aux ruptures de parcours.
 - Animer la collaboration avec les acteurs locaux :
 - Travailler en partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres hospitaliers, et autres structures locales.
 - Impliquer les associations de patients et les structures médico-sociales dans les initiatives de l'Observatoire.

Les résultats attendus de cette mission du DAC Sud Manche sont *in fine* :

- La réduction des ruptures de parcours :
 - Diminution du nombre et de la gravité des ruptures de parcours grâce à une meilleure coordination et des solutions adaptées.
- L'amélioration de la qualité des prises en charge (soins et accompagnement) :
 - Amélioration de la qualité de vie des patients grâce à une continuité des soins plus fluide et efficace.
- L'efficacité des interventions :
 - Optimisation des ressources et des interventions des professionnels de santé pour une prise en charge plus cohérente et intégrée.



3. FEUILLE DE ROUTE PROPOSEE

a. LES ACTIONS TRANSVERSALES ISSUES DES TRAVAUX

Un certain nombre de chantiers apparaissent comme transversaux. Ces chantiers peuvent permettre d'avancer vers plus de connaissance réciproque des acteurs (très attendue), de mettre en place un plan de formation partagé en lien avec les CPTS, de compléter l'annuaire ou les annuaires des ressources et mettre les informations à disposition.

Ainsi peut-on relever les besoins inter-parcours :

- Structurer l'observation des ruptures récurrentes via des questionnaires standardisés et faire remonter les informations jusqu'aux acteurs (mission observatoire du DAC attendue) ;
- Créer ou compléter des annuaires spécifiques sur les ressources (médicales / para médicales spécialisées/ médicosociales, sociales) et éventuellement faire des ponts entre eux ;
- Mettre en places des formations / journée d'information à destination des professionnels ou des aidants voire des patients ;
- Travailler le lien GHT / inter CPTS / DAC et autres structures de type communauté 360, PTSM, CLIC, CLS, établissements privés, selon les thématiques et dans ce cadre structurer et outiller des parcours type (exemple faire entrer le groupe de travail parcours du GHT dans cette réflexion, en prenant des premiers sujets demandés par les professionnels comme l'Insuffisance Cardiaque en lien avec l'Équipe de Soins Spécialisée) ;
- Participer aux instances régionales et faire des retours d'informations aux acteurs locaux sur les projets en gestation, les orientations régionales ou pour faire remonter les besoins spécifiques du Sud Manche ;
- Organiser la remontée régulière des besoins en ressources humaines à l'ARS au CD (travail de lobbying) ;
- Travailler collectivement sur des créations de poste de type IDE de coordination / IPA à positionner aux interfaces GHT/ CPTS/ PSLA/ établissements de santé, acteurs sociaux – médicaux sociaux et solliciter conjointement des financeurs potentiels en se mettant d'accord sur la structure de rattachement, le profil de poste, la demande de financement et évaluer l'impact médico économique avec les financeurs ;
- Créer des guichets uniques pour information et orientation des patients / aidants (avant tout pour PA PH)
- Organiser une rencontre annuelle thématique multipartenaires et multi parcours ;
- Harmoniser les pratiques à l'échelle des 2 CC et des 2 CPTS



b. FEUILLE DE ROUTE PAR PARCOURS

Parcours	Court terme	Moyen terme	Long terme
Cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Former davantage de professionnels IPA et améliorer le lien avec les IDEC - Utiliser des questionnaires pour identifier les ruptures et organiser les remontées d'information vers le DAC - Déployer des dossiers de coordination ville-établissements - Diffuser l'information et former (repérage, diagnostic, accompagnement post-cancer) via les CPTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Amplifier le partenariat avec la CARSAT pour le retour à l'emploi - Développer des ressources pour les soins de support (SOS) - Développer la télémédecine (participation RCP, suivis cancers, expertises...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une structure intermédiaire pour les soins palliatifs
Handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des services temporaires pour soulager les aidants (hébergement temporaire) - Articuler les actions entre DAC et C360 et assurer la place du DAC dans les instances départementales 	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux coordonner les ressources disponibles pour organiser les parcours - Réévaluer continuellement les besoins et solutions 	<ul style="list-style-type: none"> - Repenser le parcours en profondeur - Augmenter le nombre de prestataires de services à domicile (SAAD, SIAD).
Pathologies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le dépistage à travers des mois thématiques de dépistage et sensibilisation à la prévention - Former les professionnels au repérage - Rendre visible l'offre d'accompagnement social des patients les plus fragiles - Assurer la coordination entre les CPTS et GHT : parcours partagé & intégrer le DAC dans le groupe « parcours » du GHT 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des équipes mobiles d'éducation thérapeutique - Développer des parcours ETP via l'inclusion de fiches de liaison et de temps dédié des équipes pour intervenir pendant les hospitalisations puis organiser le relai en ville 	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des dispositifs mobiles : Comme des bus de prévention pour atteindre les populations isolées.
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'EMSP avec des moyens en médecins, psychologues et IDE - Informer et impliquer les acteurs Améliorer l'Identification des Patients : - Création et diffusion d'une fiche urgence palliative. - Utilisation accrue du Dossier Médical Partagé (DMP). - Création d'une commission soins palliatifs avec un binôme médecin-IDE de l'EMSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et former les professionnels par thématiques (soins palliatifs et fin de vie) Pilote EMSP/USP - Établir un cadre de concertation formelle : processus de concertation entre les professionnels de santé. - Développer les liens entre les structures de ville et les établissements de santé et HAD 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une structure intermédiaire pour les soins palliatifs - Financer un poste IDE pour astreinte de nuit en EHPAD et à domicile



Synthèse des ateliers partenariaux réalisés à l'initiative du DAC en Santé Sud Manche

Périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'interconnaissance entre professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des projets de prévention des dépressions post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une maison des 1000 premiers jours
	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les actions d'éducation à la santé familiale (Granville-MSA), réflexe santé (Avranches-ARS), et appui sur le CLS (++). - Proposer une participation croisée avec les CPTS : Impliquer le secteur médico-social. - Mettre en place le projet de naissance pour tous les parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer la télémédecine pour les avis spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des interfaces numériques compatibles entre CH, ville, PMI et santé scolaire
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les conventions entre structures pour une meilleure coopération 	<ul style="list-style-type: none"> - Renouveler et multiplier les conventions de partenariat 	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer Norm'Uni pour faciliter le partage d'informations - Analyser et mieux suivre les parcours de soins
	<ul style="list-style-type: none"> - Informer et sensibiliser les acteurs de première ligne et mettre à jour les documents de référence pour diffuser les ressources et les services disponibles, - Relayer, en s'appuyant sur les deux CPTS, les projets de parcours en santé mentale, en formant les professionnels et étudier la possibilité de mise en place de consultations avancées par des psychologues, des IDE, des IPA dans les PSLA ou les cabinets. - Structurer l'accès aux soins somatiques des patients atteints de pathologies psychiatrique (en cours). - Instaurer des temps d'interconnaissance réguliers = réunions entre les acteurs. - Cartographier des ressources : Réaliser une cartographie des ressources existantes pour mieux orienter les usagers et organiser la mise à jour. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des réunions multipartites pour une prise en charge holistique - Développer les équipes mobiles : équipe mobile adolescents équipe mobile de la MADO 50, équipe mobile pédopsychiatrique, ... 	
Précarité et besoins sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un espace territorial d'échange et faire connaître l'existant 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des réunions de concertation sur des situations individuelles complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Élargir l'accès des travailleurs sociaux au système d'information partagé
	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter l'annuaire du DAC en mettant davantage en lumière la précarité et les besoins sociaux : Mettre en avant les ressources locales dédiées aux personnes en situation de précarité, assurer la diffusion et la mise à jour régulière des informations - Former les bénévoles associatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une Fiche « Vigilance Précarité » pour assurer un repérage et une prise en charge précoces des personnes en situation de précarité. 	



Synthèse des ateliers partenariaux réalisés à l'initiative du DAC en Santé Sud Manche

Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des réunions de synthèse régulières pour discuter des cas particuliers et améliorer la coordination de parcours. - Développer des actions de prévention à la demande des professionnels et intégrer des propositions de prévention avec le DAC, les CPTS et les CLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des actions de prévention à la demande des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les équipes mobiles de gériatrie
	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les aidants via des relais pour les aidants, haltes répit et services d'accompagnement à domicile - Améliorer la coordination via un guichet unique 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des projets innovants comme l'accueil de jour itinérant - Développer des formations pour les aidants et les bénévoles pour améliorer leur capacité à repérer et accompagner les personnes âgées - Proposer des formations aux secrétaires de mairie pour orienter les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des solutions de mobilité adaptées
Enfants / adolescents	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coordination avec la mise en place de conventions entre structures - Renforcer les usages des outils d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des équipes mobiles pour intervenir rapidement auprès des adolescents en difficulté - Renforcer les lits d'accueil en pédopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un pôle ressources formation/recherche
Conduites addictives (rajout des acteurs de l'addiction en post-ateliers après remarques Acsantis)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Repérage des pathologies liées à l'addiction : formation et information des médecins généralistes (notamment sur les pathologies duelles)</i> - <i>Formation des médecins généraliste du territoire au repérage et aux règles de prescription des traitements de substitution.</i> - <i>Au niveau du sud manche, renforcer la coopération avec le CSAPA CAARUD RESPAAD</i> - <i>TRAVAIL EN réseau, renforcer le travail des ELSA</i> - <i>Cartographier les lieux de sevrage, groupes d'entre-aide et groupes de paroles de la région</i> - <i>Cartographier les lieux de cure, post cure, SSR addictologie</i> - <i>Développer les partenariats : Addictions France, consultations jeunes consommateurs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Formation durant l'internat au repérage de ces pathologies.</i> - <i>Multiplier les formations internes au CH Estran, repérage et connaissance clinique des addictions.</i> - <i>Formation DU addictologie et IPA (pathologies duelles : addictologie-psychiatrie).</i> - <i>Accélérer l'action du DAC au sein des structures hospitalières</i> 	



Légende des Abréviations

- IPA: Infirmiers en Pratique Avancée
- IDEC: Infirmiers de Coordination
- CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- DAC: Dispositif d'Appui à la Coordination
- C360: Centre de Coordination à 360°
- GHT: Groupement Hospitalier de Territoire
- EMSP: Équipe Mobile de Soins Palliatifs
- COPIL: Comité de Pilotage
- PSLA: Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires
- CH: Centre Hospitalier
- PMI: Protection Maternelle et Infantile
- PNNS: Programme National Nutrition Santé



XII. PROCHAINES ETAPES

METHODE DE TRAVAIL POUR POURSUIVRE LE CADRE DE LA MISSION 3

- Travail avec la direction du DAC
- Priorisation de quelques parcours
- Validation du principe de la journée annuelle ;
- Présentation ARS & CPAM & MSA ;
- Consolidation de la feuille de route en précisant :
 - o Les chantiers transverses : Annuaires (selon les parcours le promoteur peut être différent)
 - o La fonction du DAC dans les parcours : où doit intervenir le DAC (complémentarité avec CPTS, parcours hospitaliers...)
 - o Les outils de l'observatoire : questionnaires des ruptures par exemple
 - o Les référents et les sponsors par parcours
- RDVs bilatéraux pour lever des obstacles ou compléter ;
- Validation en CA.



XIII. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Résultats du questionnaire de satisfaction concernant la journée « Ateliers partenariaux » du 20/06/2024

Les acteurs intervenants sur les parcours de santé du territoire Sud Manche se sont mobilisés lors de la journée « ateliers partenariaux » organisée par le DAC en Santé Sud Manche le 20 juin 2024.

Les objectifs de la journée étaient de :

- *Partager entre acteurs concernés et le plus finement possible les dysfonctionnements repérés par parcours*
- *Penser l'organisation future des remontées d'information pour tout dysfonctionnement observé sur le terrain (interfaces DAC / Partenaires) et repérer les partenaires sur lesquels le DAC pourrait s'appuyer*
- *Identifier les outils / processus attendus pour mieux travailler collégalement*

Sur 164 acteurs repérés pour contribuer à ces ateliers :

- *104 acteurs se sont inscrits à la journée*
- *42 se sont excusés pour indisponibilité*
- *18 invitations sont restées sans réponse*
- *13 personnes ont été absentes à la journée*

Soit 91 personnes présentes le 20/06/2024.

Les retours quant à l'organisation de la journée et l'atteinte des objectifs sont positifs.

Vous trouverez ci-dessous la synthèse du questionnaire de satisfaction qui fait état :

- *D'une journée très riche en échanges, avec un gain prononcé d'interconnaissance, un intérêt marqué pour la connaissance des ressources : les offres libérales, sanitaires, médico-sociales et sociales et une meilleure appréhension du périmètre des missions des différents acteurs pour faciliter l'orientation et la demande d'expertise.*



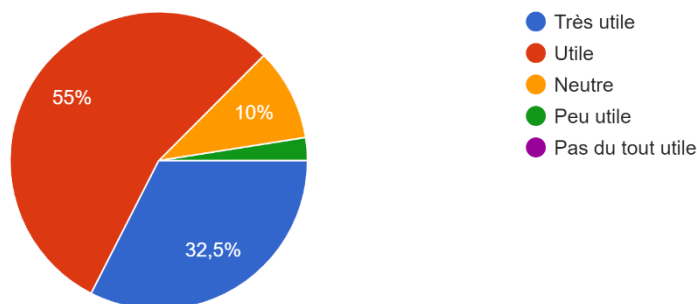
- *En point d'amélioration le besoin de créer du lien, de coconstruire les réponses, de travailler à la coordination des acteurs, de sensibiliser et former les acteurs, est souligné.*

Le taux de réponse est très satisfaisant avec 40 réponses pour 91 personnes présentes soit 44% de retour.

Question 1

Dans quelle mesure avez-vous trouvé l'atelier utile pour votre exercice professionnel ?

40 réponses



Les points positifs :

Interconnaissance / information sur les ressources et missions / stratégie territoriale / partenariat / lien entre professionnels de santé.

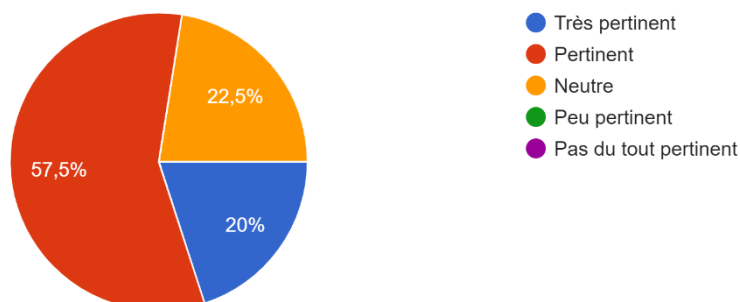
Les points à améliorer :

Pas de commentaire

Question 2

Comment évaluez-vous la pertinence du contenu de l'atelier par rapport à vos besoins et attentes ?

40 réponses



Les points positifs :

Meilleure connaissance du périmètre d'intervention des différents acteurs / partage d'expérience / faire connaître ses prestations

Les points à améliorer :

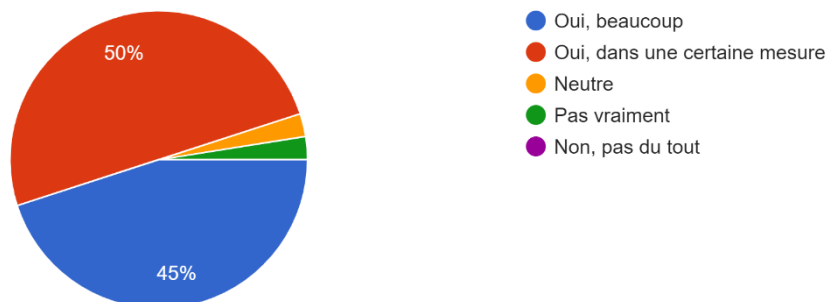


Cible sanitaire / vue limitée des différentes étapes du parcours / absence de certains acteurs essentiels / élargir les échanges à d'autres parcours

Question 3

Avez-vous trouvé que l'atelier était interactif et engageant ?

40 réponses



Les points positifs :

Mobilisation / réflexion partagée / expertise des acteurs sur certaines tables

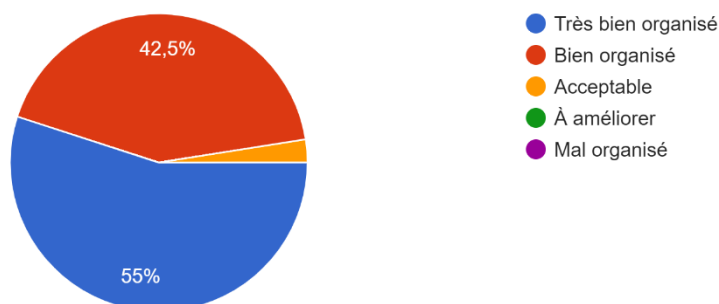
Les points à améliorer :

Peu de participants à certaines tables / manque d'expertise pour approfondir le débat

Question 4

Comment évaluez-vous l'organisation de l'atelier en termes de planning, de durée et de rythme et de restauration ?

40 réponses



Les points positifs

Pas de commentaire

Les points à améliorer :

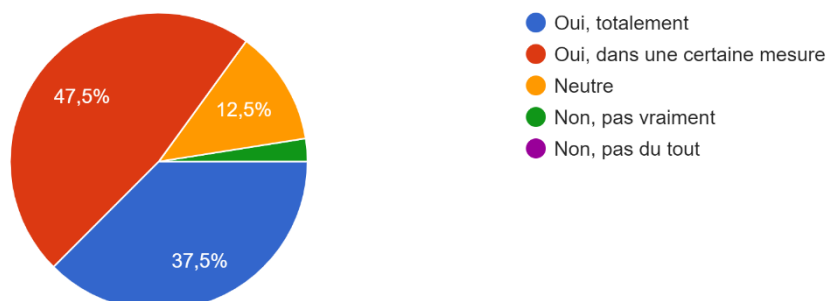
Anticiper les dates pour faciliter la participation des médecins / Salle bruyante / intégrer plus d'acteurs de soins primaires / temps de restitution orale difficile à suivre



Question 5

Avez-vous trouvé les supports visuels et matériels fournis pendant l'atelier adéquats ?

40 réponses



Les points positifs :

Matériel suffisant

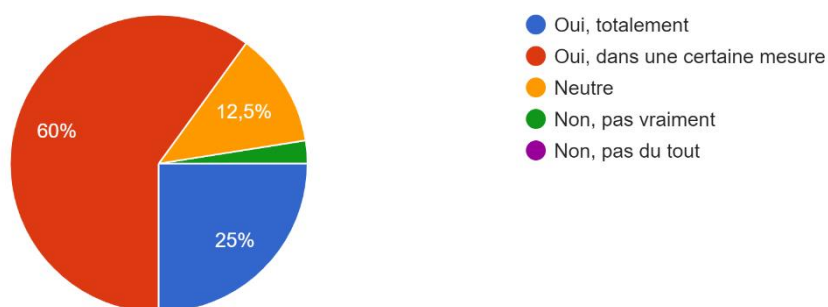
Les points à améliorer :

Lisibilité des supports pour la compréhension / besoin d'un mode d'emploi / manque de clarté dans les énoncés / difficulté pour faire le lien pour la restitution / restitution compliquée pour lister les points de rupture.

Question 6

Selon vous, l'événement a-t-il atteint ses objectifs ?

40 réponses



Les points positifs

Les échanges sont des leviers / contacts à poursuivre / faire du lien / avoir en suivi les mesures concrètes

Les points à améliorer

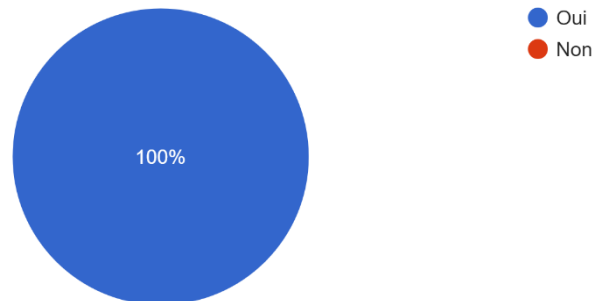
Temps de restitution à revoir



Question 7

Participeriez-vous à un autre événement de ce type à l'avenir ?

35 réponses



Les points positifs :

Très riche / envie de continuer la réflexion et participer à la mise en place des actions / garder les liens avec les partenaires

Les points à améliorer :

Pas de commentaire



ANNEXE - EMARGEMENT DES ATELIERS PARTENARIAUX DU 20/06/2024

parcours santé mentale				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	DARDENNE	Justine	Faisant fonction cadre de santé	Centre Hospitalier de l'Estran
présente	PERRIER	Tatiana	Cadre de santé	Centre Hospitalier de l'Estran
présente	DR LETRILLIART	Anne	Médecin référent départemental/psychiatre	Maison des Adolescents (MADO) Manche
excusée	Dr PERROT	Laure	Médecin coordonnateur	CSAPA Avranches/ CCARUD
présente	HUCHET	Marie-Paule	Directrice	EHPAD SSIAD Brecey Refuveille
excusé	NIVIERE	Philippe	Président	Association UNAFAM
excusé	N'GUYEN	Cyrille	Administrateur	Association ADVOCACY
excusée	REBILLON	Marie	Coordinatrice PTSM	Projet Territorial Santé Mentale (PTSM) Manche
présente	MONTEIRO	Juliette	Coordinatrice Contrat Local de Santé (CLS)	Communauté de communes Granville Terre et Mer (CC GTM)
présent	OLLIVIER	Alex	Chef de projet	GCS Normand'e-santé
présente	SEMMER	Delphine	Gestionnaire de parcours	DAC en Santé Sud manche
parcours maladies chroniques				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	Dr CHEMERY	Laetitia	Médecin pneumologue	Hôpitaux Sud Manche-Médecin des parcours, médecin DIM, coordonnatrice HdJ, vice-PCMG GHT MSM
présente	HENRY	Nicole	Cadre supérieure de santé	Hôpitaux Sud Manche-
présente	Dr COSTENTIN-PIGNOL	Valérie	Médecin Rhumatologue	Hôpitaux Sud Manche- chef de service DIM territoire
présent	Dr DUQUENNOY	Simon	Néphrologue	AUB Santé
présente après-midi	LESUEUR	Magali	Directrice	Planeth Patient
présente matin	CORNEILLE	Floriane	Chargée de projet en éducation thérapeutique du patient (ETP)	Planeth Patient
présente	VAULTIER	Flavie	Coordinatrice éducation thérapeutique du patient (ETP)	Planeth Patient
présente	MANCEL	Margot	Coordinatrice	CPTS Sud Manche
présente	DUFOUR BONNEL	Swanie	Infirmière, en formation infirmière en pratique avancée (IPA)	ASALEE
présente	MILLON	Véronique	Présidente	Maison sport santé
présente	LETELIER	Claire	Présidente	Association France Rein normandie
/	LEHOUSSEL	Claude	Président	Association des diabétiques de la Manche
excusée	LEMENNAIS	Françoise	Présidente	Association RESPIRE (maladies respiratoires)
présente	MEZEL	Julie	Référente parcours et établissements	CPAM
présente	GARNIER	Vanessa	Gestionnaire de parcours	DAC en Santé Sud Manche
parcours cancers- oncologie				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
excusé	Dr MIAADI	Naoufel	Médecin Urologue	Hôpitaux Sud Manche- président Fédération oncologie GHT, chef de service urologie
/	Dr DUMITRIU	Oana	Médecin, oncologue général	Hôpitaux Sud Manche- Médecin oncologue, vice-présidente fédération oncologie GHT
présente	Dr MOISE	Laura	Oncologue médicale	Hoptal Privé de la Baie
présente	FOURNIER	Agathe	Coordinatrice administrative	Hoptal Privé de la Baie - 3C Avranches
présente	HIRTZ	Prisca	Chef de projet	GCS Normand'e-santé
présente	ANFRAY	Fanny	Cheffe de projet du Contrat Local de Santé (CLS)	Communauté d'agglomération Mont Saint-Michel (CA MSM)
présente	FRANDEMICHE	Charline	Responsable projet soins oncologiques de support- lien ville hopital	ONCO Normandie
excusé	GERVILLA	Fabien	Enseignant en activités physiques adaptées	Maison sport santé
excusé	BAILLACHE	Rémi	Président	Association Ligue contre le cancer
présent	Dr SABATHIER	Philippe	Directeur medical	DAC en Santé Sud Manche
parcours personnes âgées table 1				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	LOUET	Aurélié	Responsable des affaires médico-sociales	Centre Hospitalier de l'Estran
présente	Dr BISIAUX	Aurora	Médecin gériatre	Hôpitaux Sud Manche-Vice-PCME , chef de service CSG Avranches
/	Dr KOCH-CAILLARD	Laure	Médecin gériatre	Hôpitaux Sud Manche- Responsable service UCC
présente	GOUTTE	Alexandra	Directrice	UNA Manche
présente	MARTINE	Chantal	Referente Sud Manche	Association France Alzheimer
présente	DE MONTGOLFIER	Cécile	Directrice	CLIC Sud Manche
présente	MAUCHAUFFEE	Elodie	Coordinatrice	Plateforme de répit Sud Manche
présent	PYSSON	Frédéric	Responsable territorial Mortain	Centre Médico Social (CMS)
présente matin	FRANCOIS	Claire	Chargé de mission, organisation des parcours	ARS Normandie
présente	HUE	Amélie	Animatrice territoriale sud manche	GCS Normand'e-santé
présent	GUIRAL	Alex	Consultant	Cabinet ACSANTIS
parcours personnes âgées table 2				
présente	REBELLE	Anne-Cécile	Cadre supérieure	Hôpitaux Sud Manche-Responsable EMET et PEG
excusée	Dr FAHSS	Florence	Médecin gériatre	Hôpitaux Sud Manche-Chef de pôle 4 gériatrie , chef de service Arc en see
présent matin	Dr LEMENNAIS	Yves	Administrateur -médecin	Maison sport santé
présente matin	ZIELINSKY	Sarah	Coordinatrice	ASEPT
présente	ADONEL	Sophie	Directrice	EHPAD Maison Saint Michel Saint Pair sur mer
présente	ALVES SALDANHA	Aurore	Infirmière	CIAS Brecey
présente	DADEVILLE	Annabelle	Chargée secteur avranches	ADMR
excusée	LEBASLE	Mariène	Directrice	SSIAD Granville Santé
présente	LOSLIER	Elodie	Coordinatrice service CLIC	CLIC Granville Terre et Mer et Villedieu les Poêles
présente	GOUJON	Nelly	Conseillère	Service social maritime
présente	MADELEINE	Karine	Chef de projet	GCS Normand'e-santé
présente	THIEURMEL	Elisa	Gestionnaire de parcours	DAC en Santé Sud Manche
présent	GUIRAL	Alex	Consultant	Cabinet ACSANTIS
parcours patients soins palliatifs				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
excusée	Dr REGNIER	Valérie	Médecin	Hôpitaux Sud Manche- Unité de Soins palliatifs + Equipe mobile Soins Palliatifs
excusée	FURON	Agnès	Cadre de santé	Hôpitaux Sud Manche- Unité Soins Palliatifs (USP)
excusée	Dr DOUCET	Clémence	Médecin	Hôpitaux Sud Manche- Pdt CME St James, médecin hôpital St James + Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)
présent	Dr JOULAUD	Olivier	Médecin	Hôpitaux Sud Manche- Médecin Hospitalisation à Domicile (HAD), responsable de service
présente	COUENNE	Anne-Celine	IDE	Hôpitaux Sud Manche- Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP)
/	Dr HAUTEMANIERE	Alexis	Médecin	Hôpitaux Sud Manche- Pdt CME Mortain, médecin service SMR + LISP
présente	Dr ZIRABE	Valentine	Gériatre et soins palliatifs	Hôpital Privé de La Baie - médecine polyvalente
présente	OZENNE	Coralie	Chargée de mission	Cellule d'animation régionale des soins palliatifs
excusé	BEASSE	Jean-René	Directeur	EHPAD Au Bocage Hayland et Péreau-Lejamtel
présent	EBENGA ZULA	Norbert	Directeur	GCSMS/EHPAD Saint Senier de Beuvron
excusé	HERVIEU	Jean-Philippe	Président	Association Soins Palliatifs (ASP) Sud Manche
présente après-midi	FEREY	Céline	Chargée de développement territorial	ARS Normandie
présent	Dr DEPINOY	Dominique	Médecin consultant	Cabinet ACSANTIS



Synthèse des ateliers partenariaux réalisés à l'initiative du DAC en Santé Sud Manche

parcours handicap adulte				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	POUPIN	Linda	Cadre de santé	Centre Hospitalier de l'Estran
excusée	PONTAIS	Chantal	Coordinatrice des soins	Hôpitaux Sud Manche- Coordonnatrice des soins Hopital Saint James, responsable handicap
présente	BEAUQUESNE	Annabelle	Directrice des soins	Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRSF) Le Normandy
présent mat	GENEST	Sébastien	Coordinateur	Communauté 360 (C360) de la Manche
excusée	VAULTIER	Alexandra	Responsable pôle juridique	ATMPM
excusé	LEMEE	Aurélien	Directeur adjoint	ETP Saint James
/	LEBRETON	MAGALI	Directrice adjointe	APEIA FOA
excusée	DOUENAU	Karine	Directrice	CFPA/FAM AGAPEI (administratrice GCSMS ambition inclusive)
présente après-midi	GERMAIN	Joëlle	Responsable secteur	UDAF
excusée	CHAMPIN	Céline	Chargée des projets de santé	RSVA
présente	JOUQUAN	Christine	Présidente	Association HANDIBAIE
excusée	NOUET	Véronique	Référente parcours	Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)
excusé	DEGRAVE	Marc	Chargé de mission	PEMR maladies rares
/	RABEC	Sabine	Assistante	Cap emploi manche
présente	BARBOT	Christelle	Assistante de coordination	DAC en Santé Sud Manche
présente	SCHNELL	Emma	Consultante	Cabinet ACSANTIS
parcours enfants adolescents				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	GENOUVRIER	Claudie	Cadre de santé	Centre Hospitalier de l'Estran- Pôle Santé Mentale Enfant-Adolescent (PSMEA)
présente	LERIQUIER	Christele	Cadre de santé	Hôpitaux Sud Manche- pédiatrie
/	Dr CAUVIN	Jean-Charles	Médecin pédiatre	Hôpitaux Sud Manche-Chef de service pédiatrie, chef de pôle 1
excusée	Dr MARIE	Camille	Médecin	Hôpitaux Sud Manche-Médecin Centre de périnatalité de proximité
présente	LE FEVRE	Katia	Directrice	Maison des Adolescents (MADO) Manche
présente	PAULET	Elodie	Infirmière d'appui à la coordination	Réseau régional Normandie pédiatrie
présente	DA SILVA	Johanne	Référente sud Manche	Communauté 360 (C360) de la Manche
excusé	BOURDON	Stéphane	Directeur	AGAPEI (DIHW)
présent	PRIETO	Michel	Directeur adjoint	PREAMIS
présente	LETELLIER	Mathilde	Chef de service	PREAMIS
excusée	MARECHAL	Nadia	Conseillère technique promotion de la santé	Protection Judiciaire de la Jeunesse(PJJ)
présente après-midi	HUGEL	Sabine	Responsable d'unité	Protection Judiciaire de la Jeunesse(PJJ)
/	ESCRIGNAC	Eric	Directeur	ADSEAM
/	DESDOITS	Anthony	Directeur pôle enfance	APEIA Dispositif de soutien et de formation de l'avranchin
excusée	DR VIAL-GAILLARD	Sylvie	Médecin conseiller technique	Education Nationale- Academie rectorat Normandie
présente	MENETREY	Anne	Responsable des cadres territoriaux	Département- Aide Sociale à l'Enfance
présent	HELAIN	Johann	Coordinateur	PESL Mont Saint Michel
présente	GHAZALI	Latifa	Directrice	DAC en Santé Sud Manche
parcours périnatalité				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
excusée	Dr MERCIER	Anne	Médecin-Pédiatre	Centre Hospitalier de l'Estran- Chef de Pôle Santé Mentale Enfants Adolescents
excusée	LEBIS	Cindy	Sage-femme	Hôpitaux Sud Manche- Sage femme coordonnatrice Gynéco-obstétrique
excusé	Dr PHILIPPART	Jérôme	Médecin Gynécologue	Hôpitaux Sud Manche- Chef de service Gynécologie obstétrique
présente	LETARDIF	Annie	Directrice régionale	Réseau périnatalité Normandie
excusée	ANQUETIL	Nadette	Directrice locale de l'action sociale	Association La Croix Rouge
présente matin	GUERENDEL	Magali	Puéricultrice conseillère technique	PMI- territoire Mortainais
présente matin	HUBERT	Sylvie	Prévention santé	MSA Côtes Normandes
présente matin	Dr LE ROUZIC	Maëlenn	Médecin	PMI
présente	CAPELLE	Emilie	Coordinatrice	PESL Mont Saint Michel
/	THOMAS	Julie	Puéricultrice conseillère technique	PMI-territoire d'Avranches
présent	MONTIER	Sébastien	Assistant administratif communication	DAC en Santé Sud Manche
présent	Dr DEPINOY	Dominique	Médecin consultant	ACSANTIS
parcours précarité et besoins sociaux				
EMARGEMENT	NOM	PRENOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
présente	BEAUDOUIN	Claudine	Infirmière	Centre Hospitalier de l'Estran- EMPE-MPPA
/	Dr LEMEE	Samuel	Médecin	Hôpitaux Sud Manche- Médecin de la PASS, responsable du service SMR + LISP Villedieu
/	DUBOIS	Mélanie	Infirmière	Hôpitaux Sud Manche-PASS
/	BAGOT	Mélanie	Assistante sociale	Hôpitaux Sud Manche-PASS
présente	OSOUF	Julie	Responsable de service - assistante sociale	Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRSF) Le Normandy
présente après-midi	ERNOUF	Caroline	Responsable	ADSEAM CHRS et appartement de coordination thérapeutique
excusée	DA SILVA	Odette	Responsable du pôle social	SOLHA Normandie
présente	BRIAND	Solena	Médiatrice en santé	SOLHA Normandie
présent matin	Dr MANCEAU	Stéphane	Médecin responsable	UC IRSA (CPAM)
excusée	NOCQUET	Sylvie	Directrice	PETR
présente	GOBIN	Erika	Conseillère en insertion sociale et professionnelle/référente santé	Mission locale
présente	PATRIX	Karlen	Chef de projet santé	Département Manche
excusé	ROUXELIN	David	Chargé de développement territorial en santé	MSA Côtes Normandes
/	CANUET	Jean	DGS Villedieu Intercom	Villedieu Intercom
présent	GAUTIER	Baptiste	gestionnaire de parcours	DAC en Santé Sud Manche
présente	Dr CAN-DIOT	Agathe	Médecin consultante	CabinetACSANTIS
Membres Bureau DAC en Santé Sud Manche				
excusée	Dr JOSROLAND	Suzy	Présidente DAC en Santé Sud Manche	Médecin Généraliste, PSLA Villedieu Les Poêles
excusée	Dr MORVAN	Maud	Vice-présidente DAC en Santé Sud Manche	Médecin Gnéraliste, PSLA Villedieu Les Poêles
présent midi	BLOT	Stéphane	Vice-Président DAC en Santé Sud Manche	Directeur, Centre Hospitalier de l'Estran
présent matin	ALLOMBERT	Joanny	Trésorier DAC en Santé Sud Manche	Directeur, Hopitaux Sud Manche, Saint James, Mortain, Saint Hillaire
excusé	GERVAISE	Vincent	Secrétaire DAC en Santé Sud Manche	Directeur, Hopital Privé de La Baie
Médecins DAC en Santé Sud Manche				
présent	Dr SABATHIER	Philippe	directeur médical DAC en Santé Sud Manche	Médecin Généraliste, PSLA Villedieu Les Poêles
excusé	Dr LE BAS	Francois	médecin DAC en Santé Sud Manche	Médecin Généraliste, PSLA Le Port à Granville
excusé	Dr BOYER	Nicolas	médecin DAC en Santé Sud Manche	Médecin Généraliste, PSLA Villedieu Les Poêles
présent midi	Dr TRÉNIER	Thomas	médecin DAC en Santé Sud Manche	Médecin Généraliste, PSLA Villedieu Les Poêles
Présidents CME, CMG, CPTS				
excusé	Dr GODDÉ	Frédéric	Président CMG GHT	Anesthésiste, responsable service réanimation, Hopitaux Sud Manche
excusé	Dr MIGNOT	Loïc	Président CME HSM	Biologiste, chef de service, Hopitaux Sud Manche
excusé	DR SERRAND	Philippe	Président CME CH Estran	Pharmacien hospitalier, Centre Hospitalier de l'Estran
présente midi	COUASSON	Jessy	Affaires médicales, coordination filières parcours de soins et coopérations	Directrice adjointe, Centre Hospitalier de l'Estran
excusée	Dr PESKINE	Anne	Medecin Coordinateur	Medecine physique et de réadaptation, CRF Le Normandy
excusée	Dr RICHARD	Anne-Laure	Présidente CPTS Sud Manche	Pharmacien Hospitalier, Hopitaux Sud Manche
/	Dr HUET	Anne-Laure	Présidente CPTS Mont Saint Michel	Médecin Généraliste, PSLA Ducey- Les Chéris
URPS				
/	URPS Infirmiers			
/	URPS Pharmaciens			
/	URPS Masseurs-Kiné			

