



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

---

**Diagnostic territorial**

**Mars 2024**

# 1 Introduction et méthode

## 1.1 Introduction

Les pouvoirs publics accordent depuis plusieurs années une attention particulière à **l'amélioration de la prise en charge des parcours complexes**, qui s'est notamment manifestée par **la création de nombreux dispositifs de coordination**, avec un focus sur le public des personnes âgées (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA, programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie – PAERPA, centres locaux d'information et de coordination – CLIC, service PRADO personnes âgées) ou une ouverture tous publics (réseaux de santé, autres services PRADO). Toutefois, la diversité et la fragmentation de ces dispositifs ont limité la visibilité et l'efficacité de leur action.

Aussi, une ambition **de convergence des dispositifs** a été amorcée par la Loi de Modernisation de notre système de santé en 2016 avec la création des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). À l'initiative des professionnels de santé et résultats du fruit de la fusion des réseaux de santé de différentes thématiques selon les territoires, ces dispositifs ont constitué les premiers « guichets uniques et intégrés » à destination des professionnels.

Cette recherche d'intégration a été confortée par la Loi Ma Santé 2022 en juillet 2019, avec la mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) qui proposent la fusion des MAIA, des réseaux de santé et/ou des PTA, voire des CLIC sur décision des départements. L'enjeu est de **mutualiser les compétences** des acteurs impliqués dans la coordination de parcours jugés complexes sur un territoire, en fusionnant les dispositifs dans lesquels ils opèrent et en **préservant les dynamiques territoriales** déjà à l'œuvre. En effet, les fonctions de coordination et d'appui ne peuvent s'opérer efficacement que si elles sont exercées selon **un principe de subsidiarité**, qui signifie que la mission doit être réalisée au niveau le plus compétent et pertinent, sans chevauchement, en s'appuyant sur les structures qui gravitent autour du DAC.

Les DAC doivent remplir **trois missions principales** [voir synthèse du cadre national d'orientation en annexe 1] :

- **Mission 1** : assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels et acteurs de santé ;
- **Mission 2** : contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants ;
- **Mission 3** : participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Tous les territoires sont couverts par un DAC depuis **juillet 2022**.

Le parcours se construit dans une **approche globale, structurée et continue des patients**, s'appuyant sur l'imbrication de différentes dimensions : préventive, sanitaire, médico-sociale et sociale. Face au foisonnement des ressources et des initiatives sur le territoire, et afin de structurer les démarches de construction de parcours, une graduation des parcours est pensée : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie.

Parcours	Définition	Acteurs / Dispositifs « Chef de file »
<b>Parcours de soins</b>	Soins de 1er recours, hospitalisations, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de Soins de Longue durée, sortie d'hospitalisation et EHPAD → Prise en charge globale et pluriprofessionnelle, centrée sur le patient → Prise en charge reposant sur la complémentarité des compétences (professions médicales, de la pharmacie, paramédicales (IDE, psychologues, diététicien, kinésithérapeute, ...) et les lieux de soins : ambulatoire, en établissement	<b>GHT – Projet Médical Partagé</b>  <b>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé</b>  <b>Pôle Santé Libéral Ambulatoire</b>
<b>Parcours de santé</b>	Parcours de soins élargi, articulé en amont, avec la prévention primaire et sociale, et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile	<b>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / Pôle Santé Libéral Ambulatoire</b>  <b>Dispositif d'Appui à la Coordination</b>
<b>Parcours de vie</b>	Cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne	<b>Contrat local de Santé</b>  <b>Associations d'usagers</b>

## 1.2 Programme d'étude

L'**objectif général** de l'accompagnement consiste à structurer la mission 3 du DAC, et notamment accompagner la mise en place d'un observatoire des ruptures de parcours. Les finalités opérationnelles sont diverses :

- Recenser les **ruptures** de parcours récurrentes
- Faire remonter les **difficultés** rencontrées et identifier les **dysfonctionnements** réguliers dans la coordination des parcours :
  - ⊗ Méconnaissances du domaine d'intervention
  - ⊗ Organisations cloisonnées
  - ⊗ Absence de procédures organisationnelles précises
  - ⊗ Défaut d'outils de liaison et de partage d'informations aux différentes interfaces
- Permettre aux équipes d'**adapter leurs pratiques / organisation** en termes d'information, d'orientation et d'appui à la coordination de parcours individuels complexes
- Repérer les **bonnes pratiques** et les **leviers d'amélioration** des parcours

Les **objectifs spécifiques** sont de plusieurs ordres :

- Définir un **angle pertinent** pour structurer et animer de nouveaux, voire existants, espaces de concertation autour des parcours à l'échelle du territoire de coordination
- Interroger la **bonne maille à filer pour animer la concertation territoriale autour des parcours de santé**, en termes d'angles thématiques, de formats, de profils de participants, d'échelles territoriales
- Mettre en place les conditions pour **accompagner l'émergence et la structuration des équipes sanitaires et médico-sociales élargies** (traversant les frontières ville/hôpital et interprofessionnelles)

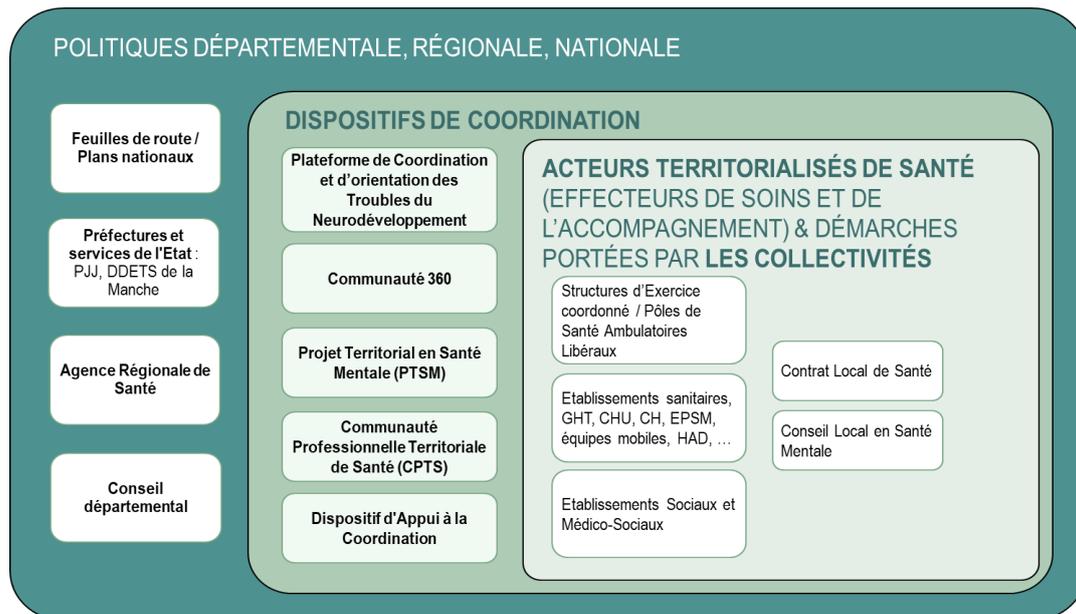
Les **enjeux** sont triples :

- L'inscription de la mission 3 du DAC dans un **écosystème territorial (I)**
- La catégorisation des parcours de santé et les **enjeux organisationnels (II)**
- La construction d'une **position sur le territoire (III)**

## L'INSCRIPTION DE LA MISSION 3 DU DAC DANS UN ECOSYSTEME TERRITORIAL (I)

A la croisée **des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux**, le DAC est l'interface de différentes **politiques publiques** (politique de recomposition de l'offre de soins, de soins primaires, politique de l'autonomie (personnes âgées, personnes en situation de handicap, politique de l'enfance et de la jeunesse, précarité et politiques sociales, conseils territoriaux en santé ...). Cette position implique de gagner en transversalité et en coordination à la fois à **l'échelle des organisations et des professionnels** intervenant auprès des personnes, et à **l'échelle de la conduite de cette politique**, au niveau régional comme national<sup>1</sup>.

LA



## CATEGORISATION DES PARCOURS DE SANTE ET LES ENJEUX ORGANISATIONNELS (II)

Les objectifs poursuivis dans le cadre de la phase 1 de l'accompagnement étaient de :

- Avoir une **analyse comparative** des parcours, sur la base de critères de comparaison
- Analyser les **pratiques actuelles** et les **ressources existantes**, les forces et des faiblesses, les lacunes
- Situer les parcours entre eux, pour identifier **les parcours les plus matures**, et ceux dont la **structuration est à un stade moins avancé**

Afin de permettre **l'analyse comparative**, des critères de comparaison pour définir le niveau de la coordination – coopération autour des parcours de santé ont été définis :

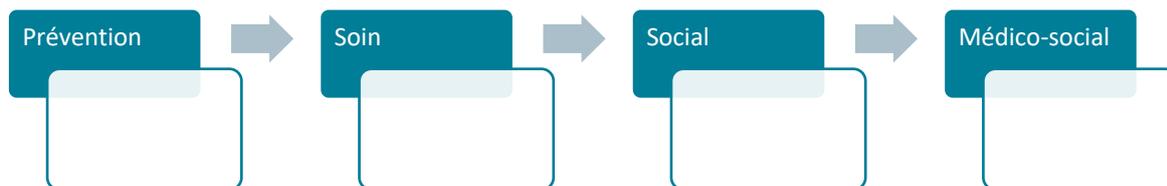
- L'aménagement d'espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et des ruptures de parcours sur le territoire
- La facilitation des échanges d'informations : outils de liaison, outils numériques, veille partagée
- La protocolisation de la gestion de certaines situations de crise, visant à créer des accords anticipés sur la « conduite à tenir »
- L'état des ressources disponibles sur le territoire, et la capacité à les mobiliser / activer
- La formalisation d'un cadre d'analyse et de gestion des risques de ruptures

<sup>1</sup>[https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/L%27%C3%A9valuation%20du%20projet%20r%C3%A9gional%20de%20sant%C3%A9%20\(PRS\)%20d%27Ile-de-France.pdf](https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/L%27%C3%A9valuation%20du%20projet%20r%C3%A9gional%20de%20sant%C3%A9%20(PRS)%20d%27Ile-de-France.pdf)

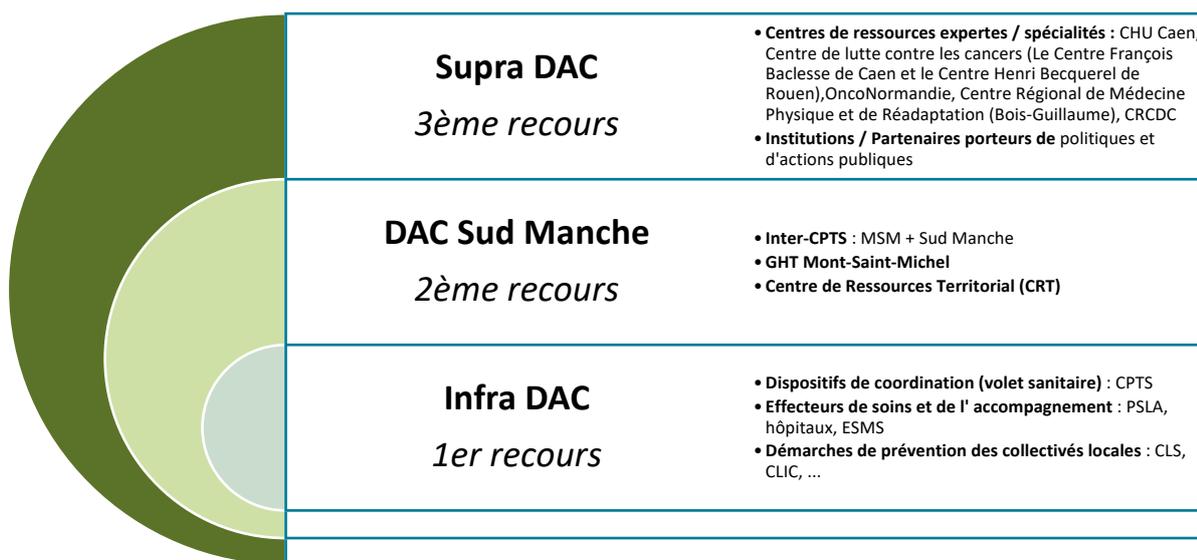
**Objectifs :**

- Placer l'observatoire des parcours du DAC, en complémentarité des espaces et des dispositifs existants en matière de parcours
- 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

*Les étapes de parcours observés*



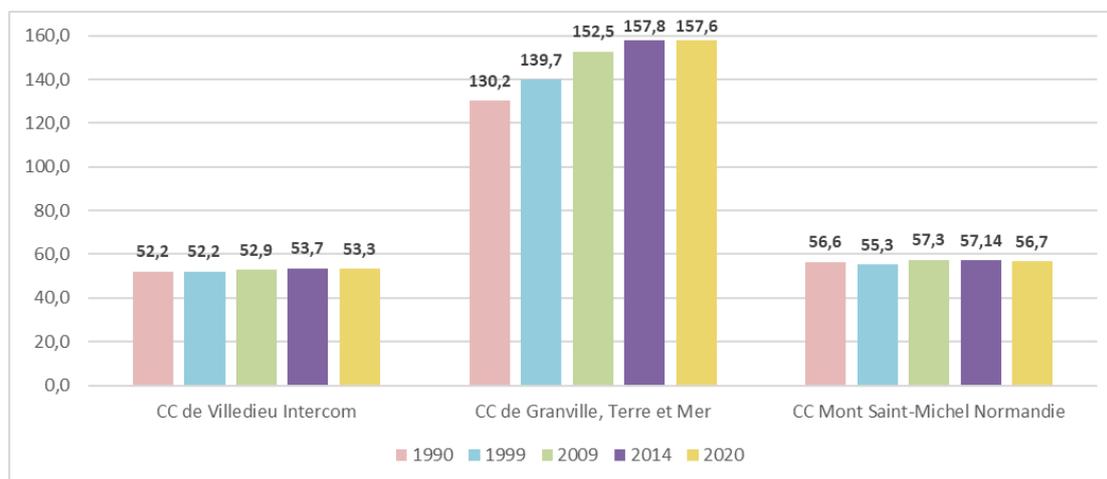
*L'angle territorial adopté*



 A ce jour, environ **50 entretiens ont été menés** (Annexe 2) avec les partenaires du territoire. Les travaux de la phase 2 seront l'opportunité d'approfondir certains parcours peu évoqués lors des entretiens : le parcours Cancers (maladies chroniques), le parcours Aidants (personnes âgées et personnes en situation de précarité).

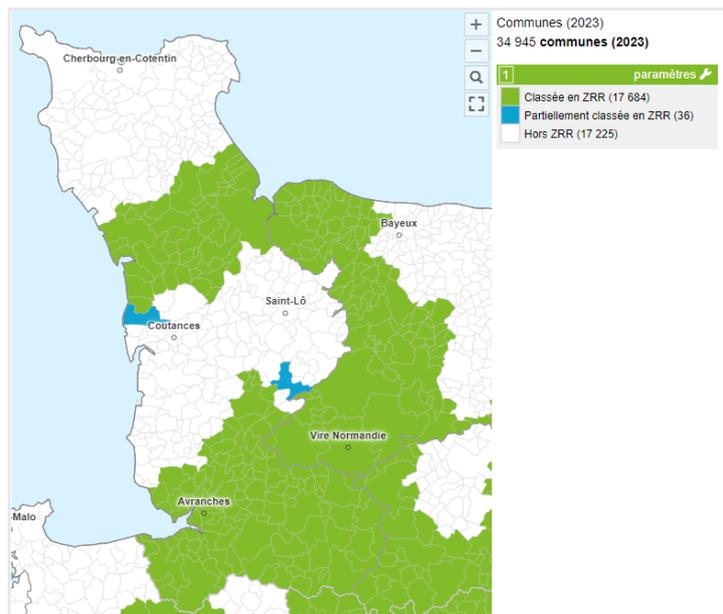
## 2 Portrait du territoire

Alors que le territoire français enregistre une densité moyenne de 106,15 habitants par km<sup>2</sup>, il existe une **grande disparité entre les 3 communautés de communes couvertes par le DAC Sud Manche** : la CC de Villedieu Intercom et la CC Mont Saint Michel Normandie ont respectivement une densité de 53,3 hab./km<sup>2</sup> et de 56,7 hab./km<sup>2</sup> en 2020 ; contre 157,6 hab./km<sup>2</sup> sur la CC de Granville, Terre et Mer.



**Tableau x.** Evolution de la densité de population (hab./km<sup>2</sup>) entre 1990 et 2020 – Source : Observatoire des Territoires

Par ailleurs, le territoire du Sud Manche fait partie d'une zone de revitalisation rurale (cf. Carte 1), autrement dit caractérisé par des territoires ruraux qui présentent des difficultés économiques et sociales, notamment une faible densité démographique, un déclin de la population totale (ou active) ou une forte proportion d'emplois agricoles.



**Carte 1.** Zone de revitalisation rurale – Source : Observatoire des Territoires



**Carte 2.** Carte Normandie, zoom Sud Manche



L'éloignement géographique du Sud Manche par rapport à l'ensemble de la région normande est une des spécificités du territoire du DAC. En effet, d'importants pôles urbains tels que Caen ou Rouen sont davantage pourvus en termes d'unités de recours spécialisées et d'expertise médicale spécialisée et peu facile d'accès. De plus, la **ruralisation du territoire** engendre des difficultés notables en termes de **mobilité des habitants**, rendant compliqués les déplacements pour accéder aux soins.

### Une situation socio-économique variée

La situation socio-économique du Sud Manche paraît variée entre les 3 communautés de communes, comme l'indique la lecture croisée de plusieurs indicateurs. La CC de Villedieu Intercom se détache néanmoins des 2 autres, avec une situation socio-économique plus défavorable :

- Le **taux de pauvreté**<sup>2</sup> : 14,1% sur la CC de Villedieu Intercom, 12,6% sur la CA Mont Saint Michel-Normandie et 10,0% sur la CC de Granville, Terre et Mer contre 11,7% dans la Manche ;
- La **part des ménages fiscaux imposés** : 52,7% sur la CC de Granville, Terre et Mer, 44,6% sur la CA Mont Saint Michel-Normandie et 40,8% sur la CC de Villedieu Intercom contre 49,1% dans la Manche ;
- La **médiane du revenu disponible par unité de consommation** : 23 520€ sur la CC de Granville, Terre et Mer, 21 780€ sur la CA Mont Saint Michel-Normandie et 21 250€ sur la CC de Villedieu Intercom contre 22 480€ dans la Manche.

Par ailleurs, la répartition de la population en fonction de la catégorie socioprofessionnelle semble globalement équivalente entre les 3 territoires ciblés, avec une majorité de retraités suivie des employés et ouvriers. La catégorie « autres personnes sans activité professionnelle » représente une part plus importante sur la CC Granville, Terre et Mer (12,2% contre 10,9% sur la CA Mont St Michel-Normandie et 10% sur la CC Villedieu Intercom) (Tableau 2).

Tableau 1 : Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle Source : INSEE RP 2020

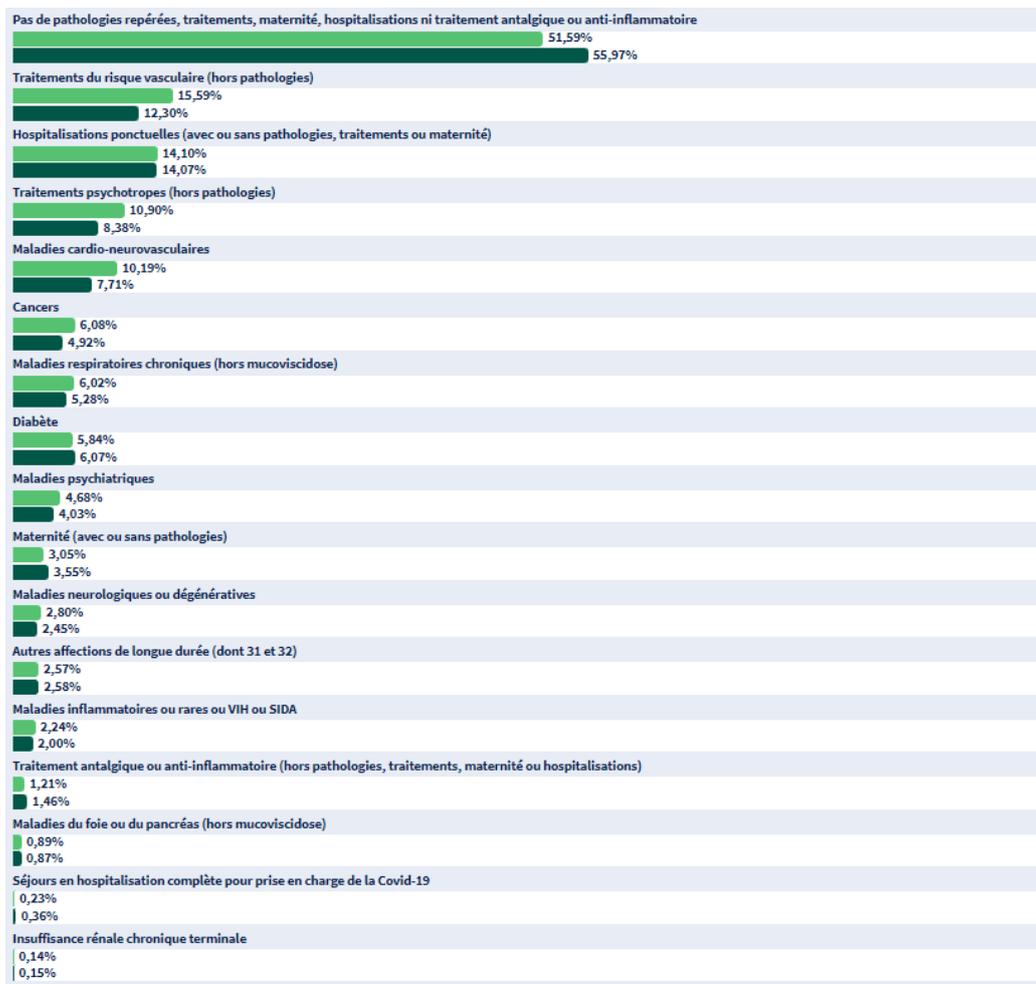
	CA Mont St Michel – Normandie	CC Granville, Terre et Mer	CC de Villedieu Intercom	Manche
<b>Agriculteurs exploitants</b>	2,9	1	4	1,9
<b>Artisans. Commerçants. Chefs entreprise</b>	3,6	4,4	4	3,4
<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	3,9	5	2,3	5,3
<b>Professions intermédiaires</b>	11,1	10,6	9,2	12,8
<b>Employés</b>	<b>13,8</b>	<b>13,7</b>	<b>15,4</b>	15
<b>Ouvriers</b>	<b>15,7</b>	10,3	<b>18,8</b>	14,4
<b>Retraités</b>	<b>38,1</b>	<b>42,8</b>	<b>36,3</b>	35
<b>Autres personnes sans activité professionnelle</b>	10,9	<b>12,2</b>	10,0	15,4

Des populations ayant des besoins en santé et une offre de soins fragile

<sup>2</sup> Le **taux de pauvreté** correspond au pourcentage de personnes dont le revenu est inférieur à un seuil fixé par rapport à la médiane du revenu de l'ensemble de la population. À défaut d'autres précisions, ce seuil est défini à 60 % dans la plupart des statistiques françaises et européennes. Un taux de pauvreté de 10 % signifie donc que 10 % de la population gagne moins de 60 % du revenu médian (qui correspond au chiffre séparant la population en deux moitiés égales, l'une gagnant plus et l'autre moins que ce revenu). Si le revenu médian est par exemple de 1000 €, un taux de pauvreté de 10 % signifie qu'un dixième de la population gagne moins de 600 €.

Les habitants du département de la Manche semblent être en moins bonne santé que la moyenne des Français. En effet, le département de la Manche est marqué par des prévalences de pathologies globalement plus élevées en comparaison à l'échelle nationale, notamment sur les traitements du risque vasculaire (15,6% contre 12,3%) ou encore les maladies cardio-neurovasculaires (10,2% contre 7,7%), alors que la catégorie « pas de pathologies repérées » est inférieure (51,6% contre 55,9%).

*Tableau x : Comparaison des prévalences<sup>3</sup> (%) par groupe de pathologies en 2021, entre le département de la Manche (vert clair) et l'échelle nationale (vert foncé) – Source : Data Ameli*



Plus précisément qu'à l'échelle départementale, le territoire englobé par la CPTS Sud Manche recense une **prévalence importante en Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique** par rapport aux différents échelons géographiques supérieurs (5,5% contre 4,7% sur la CPTS Mont St Michel ainsi que dans le département, 4,2% à l'échelle régionale et 3,8% au niveau national). Les affections psychiatriques de longue durée sont, en comparaison, plus faibles (2,3% contre 2,8% dans la Manche, 2,7% en Normandie et 2,5% sur le CPTS Mont St Michel et en France).

<sup>3</sup> La prévalence, une année donnée, correspond à la proportion de patients pris en charge pour une pathologie (ou traitement chronique ou épisode de soins) dans une population (en %).

Quant au territoire couvert par la CPTS Mont St Michel, les prévalences majeures se situent globalement dans les moyennes des différents échelons géographiques étudiés. Seule la prévalence du diabète de type 1 et 2 est légèrement inférieure (5% contre 5,3% dans la Manche, 5,6% en Normandie et 5,4% en France) alors qu'il s'agit de la prévalence la plus importante identifiée sur le territoire.

*Tableau : Indication des 5 Prévalences majeures par pathologie sur la CPTS Mont St Michel (95 communes mais taux de communes neutralisées pour cet indicateur : 71.6 %,soit 68 communes neutralisées) et CPTS Sud Manche (59 communes mais taux de communes neutralisées pour cet indicateur : 71,2%, soit 42 communes neutralisées) – Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2022 au 30/06/2023)*

	CPTS Mont St Michel	CPTS Sud Manche	Départ. Manche	Rég. Normandie	France
<b>Diabète de type 1 et de type 2</b>	5%	5,2%	5.3%	5,6%	5,4%
<b>Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique</b>	4,7%	5,5%	4,7%	4,2%	3,8%
<b>Insuffisance cardiaque grave, et cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme</b>	2,9%	3,5%	3,1%	2,7%	2,3%
<b>Maladie coronaire</b>	2,8%	3,5%	3,2%	2,6%	2,3%
<b>Affections psychiatriques de longue durée</b>	2,5%	2,3%	2,8%	2,7%	2,5%

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%).

*Tableau : Dépistage des Cancers sur la CPTS Mont St Michel et la CPTS Sud Manche – Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2022 au 30/06/2023)*

	CPTS Mont St Michel	CPTS Sud Manche	Départ. Manche	Rég. Normandie	France
<b>Dépistage cancer du sein<sup>4</sup></b>	63,8% (4 communes neutralisées)	66,4% (3 communes neutralisées)	66,3%	64,4%	62,6%
<b>Dépistage cancer colorectal<sup>5</sup></b>	38,2% (7 communes neutralisées)	37,4% (5 communes neutralisées)	38,2%	36,1%	33%
<b>Dépistage cancer col de l'utérus<sup>6</sup></b>	52,9% (6 communes neutralisées)	53,4% (3 communes neutralisées)	52,9%	52%	54,8%

<sup>4</sup> Rapport entre la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein (au moins un remboursement pour les actes CCAM ciblés) et le nombre de femmes entre 50 et 74 ans

<sup>5</sup> Rapport entre la part des patients consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés) et la population consommatrice de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années en ville ou en consultation externe à l'hôpital (FIDES) ou dans les 4 dernières années à l'hôpital (historique disponible PMSI)

<sup>6</sup> Rapport entre la part des femmes de 25 à 30 ans ayant bénéficié d'une cytologie au cours des 3 dernières années + part des femmes de 30 à 65 ans ayant bénéficié d'un test HPV au cours des 5 dernières années et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans

### 3 Organisation des parcours de santé en Sud Manche : diagnostic

#### *En synthèse*

- L'organisation des parcours de santé semble différer selon l'approche thématique ou populationnelle ainsi :
  - Les parcours « **Santé mentale** », « **Maladies chroniques** » et « **cancers** » sont **les plus matures**
  - Les parcours « **Soins palliatifs** » et « **Personnes âgées** » sont à un **stade intermédiaire**
  - Les autres parcours (**Handicap, Périnatalité, Précarité, Enfants/Adolescents**), dont le portage stratégique semble être porté par des partenaires du territoire (Conseil départemental, CPAM, réseau de partenaires établi autour de la périnatalité, ...) méritent un effort de formalisation.
- Il existe une nécessité de mieux définir **la place du DAC** au regard des organisations existantes – CPTS\*, PSLA\*, GHT – PMP\*, C360\*, CTSM\*, CLS\*, CLIC<sup>7</sup> – et ce, à un double niveau :
  - **Niveau stratégique** : le DAC se doit d'organiser la concertation des acteurs du territoire autour des parcours de santé complexes au sein d'instances existantes ou à créer, pour anticiper et prendre en compte l'évolution des politiques et stratégies propres à chaque institution ; pour formaliser une stratégie partenariale de recherche et de mobilisation des compétences manquantes ;
  - **Niveau opérationnel** : le DAC doit assurer l'organisation de la remontée et centralisation des ruptures de parcours, animation des relations avec les partenaires, actions de prospection, de communication, de protocolisation, déploiement de formations/de montée en compétences, de méthodes et d'outils, d'innovations organisationnelles ;
- Il existe un besoin de **partager et définir collectivement** l'organisation et les missions de l'observatoire des ruptures de parcours (process, outils...) et les parcours de santé à travailler à court, moyen, long terme, en se basant sur la maturité des organisations existantes ;
- Les **organisations locales existantes**, portées par des PSLA / centres de santé, la dynamique partenariale des CLS, des associations (ex : Granville Santé) ...doivent être respectées → ce qui souligne un enjeu d'**équilibre territorial** pour les territoires les moins bien pourvus ;
- Des **zones blanches** sur le territoire, posant des difficultés récurrentes d'accès pour l'ensemble des parcours de santé doivent être prioritairement comblées : par exemple, le renflement au sud-est de la Manche, rural et enclavé (le mortainais), cumule des **problématiques de mobilités (lien Pôle D'Équilibre Territorial Et Rural) et des problématiques d'accès aux soins** (carences de médecins traitants, urgences, spécialistes)

<sup>6</sup> CPTS = communauté professionnelle territoriale de santé, PSLA=pôle de santé libéral ambulatoire, GHT – PMP=projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, C360= communauté 360 pour le handicap, CTSM=communauté territoriale de santé mentale, CLS=contrat local de santé, CLIC= Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

### 3.1 Parcours de vie et de santé mentale

#### En synthèse

<p><b>Existence d'espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et ruptures de parcours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Instances du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) :</b> Commission spécialisée en Santé Mentale (2x par an), réunions techniques pour la mise en œuvre des actions</li> <li>– <b>Comité de pilotage départemental du Parcours Adolescent</b> (CH Estran, Mado, Fondation Bon Sauveur)</li> <li>– <b>Cellule d'Appui aux Parcours d'Enfants aux difficultés (CAPEA)</b> (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</li> </ul>	
<p><b>Facilitation des échanges d'informations</b> (via des outils de liaison, outils numériques, veille partagée) <b>et mise en place d'outils de coordination et de coopération</b> (via des outils juridiques, des formations, ...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fiche-action du CTSM :</b> Déploiement du <b>e-parcours en santé mentale</b> 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)</li> </ul>	
<p><b>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 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Projet autour de l'« <b>Amélioration de la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie sur le sud Manche</b> » : Centre hospitalier de l'Estran, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) et l'hôpital privé de la Baie</li> <li>– <b>Projet retenu dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) en 2023 :</b> réorganisation globale de la filière Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) (CH de l'Estran, en lien avec l'ARS, CPAM et MSA)</li> </ul>	
<p><b>Renforcement de l'offre : ressources disponibles, et capacité à les mobiliser et les activer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Création d'une unité médico-sociale relais (UMSR) :</b> sas entre l'unité d'hospitalisation pour adolescents et une structure sociale ou médico-sociale ;</li> <li>– <b>Recrutement d'un médecin spécialisé en génétique</b> au CH de l'Estran, enjeu de développer et mettre à disposition son expertise (faire examiner les résultats TND)</li> <li>– <b>Création de places d'hospitalisation (x5)</b> à la Fondation Bon Sauveur pour les jeunes (adolescents) (à rayonnement départemental) ;</li> <li>– <b>Ouverture d'un hôpital de jour pour enfants et adolescents de Saint-Hilaire-du-Harcouët</b> (octobre 2023) ;</li> <li>– <b>Développement d'équipes mobiles :</b> équipe mobile adolescents équipe mobile de la MADO 50, équipe mobile pédopsychiatrique, ...</li> </ul>	
<p><b>Existence d'un cadre d'analyse et de gestion des risques de ruptures</b> Pour les enfants et les adolescents, via la Cellule d'Appui aux Parcours d'Enfants aux difficultés</p>	

Une structuration du parcours en santé mentale s'opère à l'échelle départementale, au moyen du **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** de la Manche, arrêté le 10/12/2020, et 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.

Le 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.

#### *Le Contrat Territorial de Santé Mentale 2021 - 2025*

<b>Axes</b>	<b>Actions</b>
<b>Appui à la gouvernance</b>	✓ Élaborer un guide de santé mentale et un site WEB
<b>Déstigmatisation – sensibilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Former des formateurs au premiers secours en santé mentale et déployer un plan de formation pour le territoire</li> <li>✓ Formation de formateurs « Changer de Regards »</li> <li>✓ Poursuite des actions de formation de prévention Suicide</li> <li>✓ Prévention suicide : déploiement de Vigilans (Département)</li> </ul>
<b>Déploiement du e parcours en santé mentale et psychiatrie</b>	✓ Intégrer les acteurs qui œuvrent dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie dans la démarche territoriale e parcours dans le Sud Manche
<b>Parcours Enfants – Adolescents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre en place un dispositif territorial coordonné d'évaluation d'accompagnement et d'organisation du parcours de santé, pour les ados du département 50</li> <li>✓ Améliorer l'efficacité et les conditions d'hospitalisation des mineurs en rapport avec des troubles mentaux</li> </ul>
<b>Création d'une unité médico-sociale relais (UMSR) – accueil temporaire entre l'unité d'hospitalisation pour adolescents et une structure sociale ou médicosociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Nécessite l'établissement d'un diagnostic préalable pour identifier les structures d'accueil des jeunes en difficultés, d'amont et d'aval de l'hospitalisation, et recenser les besoins <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Projet à destination de jeunes en situations complexes, « incasables » en raison de troubles multiples</li> <li>→ Projet devant être construit en partenariat entre le secteur sanitaire et médico-social</li> </ul> </li> </ul>
<b>Rétablissement, Réhabilitation, Autonomisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Évaluation pluriprofessionnelle pluri partenariale sanitaire et médicosociale et proposition de programmes de soins de réhabilitation psychosociale</li> <li>✓ Développement formation réhabilitation psycho sociale</li> <li>✓ Développement de l'ETP et ateliers pro famille</li> <li>✓ Soutien au déploiement de la pair-aidance</li> <li>✓ Développement d'un GEM handicap psychique en milieu rural</li> </ul>
<b>Parcours psychiatrie et santé mentale des personnes en situation de précarité</b>	✓ Renforcer les EMPP et faciliter le parcours psychiatrie et santé mentale des personnes en situation de précarité

Le parcours en santé mentale se scinde en trois parties : les soins (prévention/dépistage, soins somatiques, soins psychiatriques), l'accompagnement (logement, enseignement, emploi...), l'entraide et la vie sociale.

- A. Concernant **le parcours soins**, des réflexions sur la **gradation des prises en charge** ont été menées sur le territoire, autour de **l'accès aux soins somatiques**, autour du **public adolescent** et au sujet des **troubles du comportement alimentaire (TCA)**.

**La structuration de l'accès aux soins somatiques** des patients atteints de pathologies psychiatrique est 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.

**La structuration de la gradation des prises en charge en santé mentale du public adolescent** associe la Maison des adolescents (la Mado), le Centre Médico-psycho-pédagogique (CMPP), le Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA), le Centre Médico-Psychologique (CMP), l'Équipe Mobile Adolescents (EMA). Une structuration à **deux niveaux** a été pensée :

- **Niveau 1. Orientation vers la Maison des adolescents de jeunes de 11 à 25 ans :**
  - **Détresses de première intention :** détresse psychologique réactionnelle - troubles émotionnels, des difficultés scolaires (prise en charge par les psychologues, éducateurs)
  - **En attente de prise en charge dans les services de soins (CMPP, CMPEA, CMP),** car craintes d'un « lâcher prise » chez le jeune
  - **Suivi temporaire d'adolescents relevant d'une prise en charge par les services de soins,** mais en état de refus de soins, ou difficultés pour identifier la structure de soins adéquate, ... (à la marge)
- **Niveau 2. Orientation vers les services de soins :** CMP, CMPP, CMPEA, Hôpital de jour, ...
  - Jeunes atteints de troubles pathologiques, relevant de la psychiatrie



Le **repérage et la prise en charge des problèmes somatiques** des adolescents est une rupture fréquemment observée par les professionnels de la Maison des adolescents. L'orientation et l'accompagnement des jeunes vers le soin est à travailler (vers un médecin généraliste / médecin-traitant/ équipe, la CPAM et/ou la MSA, la Mission locale, ...). La Mado serait un espace intéressant à investir, en raison de son accueil inconditionnel, neutre et confidentiel. Cette structure pourrait être une première ligne de soins 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.

**La structuration d'un parcours de soins gradués des troubles du comportement alimentaire (TCA)** consiste à développer une offre graduée et coordonnée de repérage, d'évaluation et de suivi adapté (niveau 1 à 3), en mobilisant à bon escient les ressources territoriales :

- **Niveau 1.** Premier recours, porté par les professionnels de santé libéraux (formation sur la prévention, le repérage, le dépistage, l'accompagnement, et les particularités des TCA)
- **Niveau 2.** Deuxième recours de prise en charge des TCA, porté par le CH de l'Estran (formation et implication d'infirmiers, psychologues, psychomotriciens, diététiciens volontaires, organisation de réunions cliniques hebdomadaires, ...)
- **Niveau 3.** Troisième recours, porté par le Centre Support Régional TCA du CHU de Rouen (Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles régionales de cas complexes, ...)



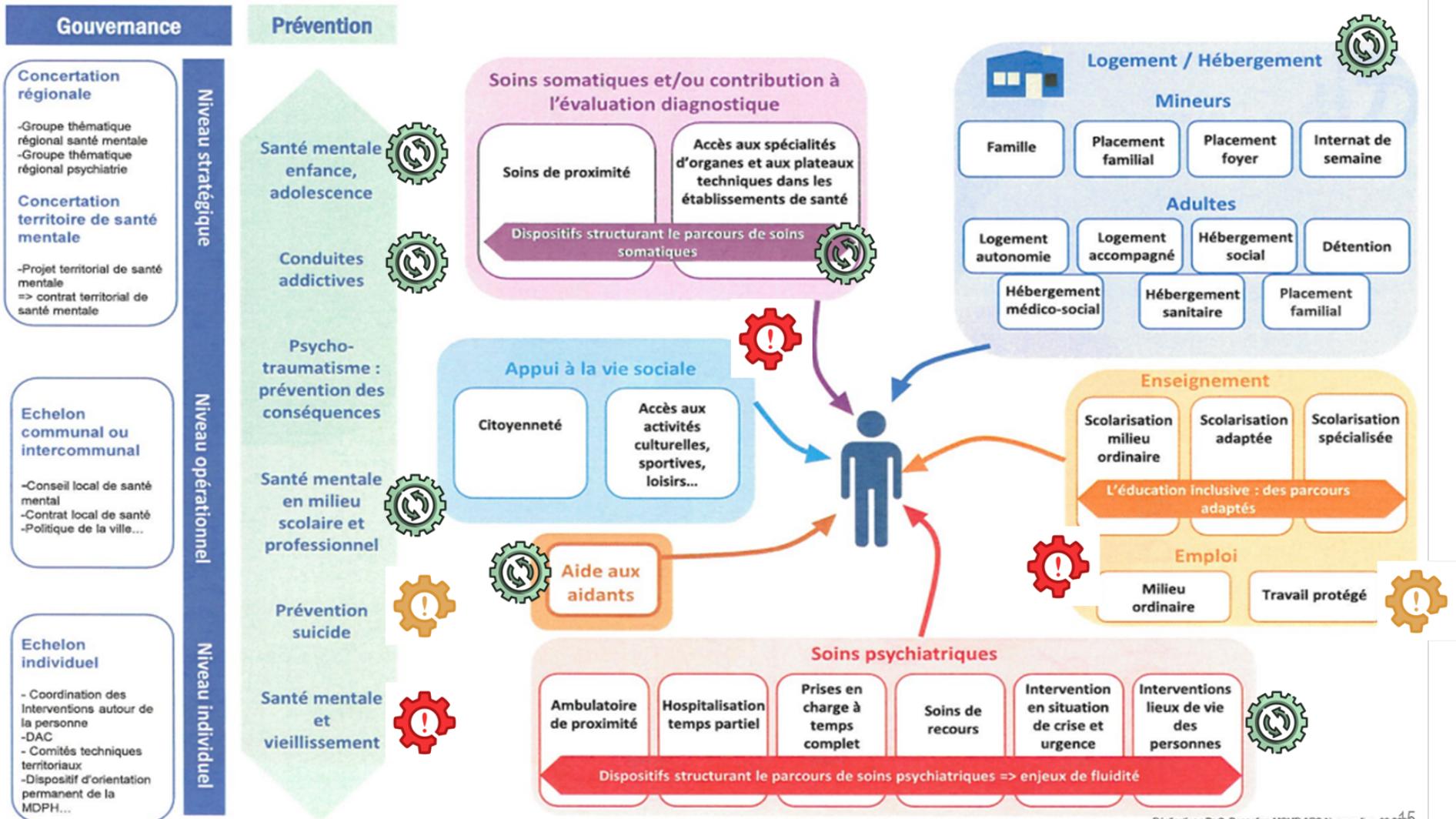
La nécessité de structurer le **parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité** a été émis, reposant sur l'organisation de la filière de l'amont à l'aval, et plus précisément, du bilan, de la prise en charge et du suivi du patient, sur le plan médical et éducatif d'une part, et psychologiques et/ou psychiatriques d'autre part.

- B. Concernant **l'accompagnement** (logement, enseignement, emploi, vie sociale), les réflexions sont en construction, et des ressources existent sur le territoire :
- Le **Centre Support Normandie Réhab**, qui a pour missions de diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale, fournir un appui à la structuration des offres de proximité, soutenir leur fonctionnement au travers d'une animation territoriale et de faire avancer la recherche et l'évaluation.
  - Le **Projet Territorial en Santé Mentale de la Manche**, dont la **Priorité n°1** est le « **Repérage précoce des troubles psychiques, accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements** » : 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
  - Une **équipe de réhabilitation psychosociale au CH de l'Estran**, ayant un rayonnement territorial limité (Pontorson et ses environs) – il est envisagé, à terme, que le CH de l'Estran soit *Centre de Proximité en Réhabilitation psychosociale*, mais le développement d'une culture commune du projet personnalisé, des outils et méthodes de réhabilitation psychosociale est un préalable indispensable pour la mise en œuvre de ce projet.
  - **Démarches 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 Conseil Local de Santé Mentale.



Des initiatives existent sur le territoire en matière d'accompagnement et de réhabilitation psychosociale, qui seraient à coordonner. Des faiblesses ont également été remontées, concernant **les accès difficiles à un logement et problèmes de mobilités** (ETP St James), des difficultés pour **l'insertion professionnelle en milieu ordinaire** des personnes en **situation de handicap intellectuel** et un **défaut d'accessibilité dans l'offre de vie sociale, de loisirs et culturelle**

- C. Concernant **l'entraide et la vie sociale**, des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) se déploient sur le territoire :
- 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.



### POINTS FORTS DU PARCOURS

#### ***Un accès territorial aux soins psychiatriques qui se renforce***

- Mise en place d'équipes mobiles : pédopsychiatrie, adolescents, personne âgée, précarité psychiatrie exclusion
- Renforcement de l'offre SMR (ex SSR) en addictologie (CH Estran)
- Ouverture d'un hôpital de jour pour enfants et adolescents de Saint-Hilaire-du-Harcouët (octobre 2023)

#### ***Existence d'espaces d'échanges et concertation parcours enfant-ados***

- Comité de pilotage départemental du parcours Adolescents (CH Estran, Mado, Fondation Bon Sauveur)
- Cellule d'appui aux parcours d'enfants en difficultés (CAPEA), secteur Sud Manche, St Hilaire et Mortain - développement suspendu, lien à venir avec la C360 pour un développement à Avranches et Granville

#### ***Implication des collectivités dans la santé mentale***

- Via les Contrats Locaux de Santé et souhait Conseil Local en Santé Mentale (Granville)
- Projets d'accès au logement (réhabilitation psychosociale) – lien PTSM

#### ***Développement de Groupes d'entraide Mutuelle, dont 1 GEM expérimental en milieu rural (Saint-Hilaire-du-Harcouët)***

#### ***Projets d'innovation organisationnelle (CH Estran / CPTS / DAC)***

- Amélioration de la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie sur le sud Manche (Centre hospitalier de l'Estran, le DAC et l'hôpital privé de la Baie) (AAP Fonds d'innovation en psychiatrie)
- Réorganisation de la filière Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) (CH de l'Estran, en lien avec l'ARS, CPAM et MSA) (FIOP)

### PISTES D'AMÉLIORATION DU PARCOURS

#### ***Accès aux soins somatiques***

- Besoin de poursuivre la réflexion en mode filière organisée pour l'accès aux soins somatiques (diagnostic et suivi)

#### ***Enfants / Adolescents***

- Médecin spécialisé en génétique au CH de l'Estran, projet de développer et mettre à disposition son expertise sur le territoire autour du repérage et diagnostic des TND
- Projet de création d'une unité médico-sociale relais (UMSR) pour des jeunes en situation complexe, avec des troubles se superposant, diagnostic préalable demandé par l'ARS

#### ***Déploiement à venir d'un e-parcours en santé mentale et psychiatrie***

- Projet inscrit au Contrat Territorial de Santé Mentale (2021 – 2025), mais non mis en œuvre actuellement

#### ***Santé mentale et vieillissement***

- Situations de souffrances psychiques de personnes âgées à domicile, besoin d'accompagner la montée en compétences des professionnels du domicile / EHPAD → confusion entre troubles cognitifs et troubles psychiques
- Liens avec le centre de ressources de psychogériatrie à Caen

#### ***Personnes en situation de handicap intellectuel***

- Prédominance de situations de souffrances psychiques chez les personnes en situations de déficiences intellectuelle (convention CH Estran – ETP St James pour la mise à disposition d'une IDE en santé mentale 1 AM par semaine)

## 3.2 Parcours Maladies chroniques / Parcours Cancers

### En synthèse

<p><b>Existence d'espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et des ruptures de parcours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>2 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)</b> : CPTS Sud Manche et CPTS de la Baie et Mont-Saint-Michel ayant inscrit ce parcours dans leur mission</li> <li>– <b>Des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP)</b> organisées au sein des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoire (PSLA)</li> <li>– <b>Un Lab'Santé de la CPAM de la Manche à Avranches</b> pour le déployer des parcours de soins visant à réduire les ruptures de prise en charge des patients ayant des pathologies chroniques</li> <li>– <b>Un travail en mode projet entre le GHT, les CPTS, avec l'appui du DAC</b> : BPCO, Insuffisance rénale chronique (IRC), Parcours 1000 premiers jours, Cancer colorectal, Hanche traumatique (personnes âgées), ESS Cardiovasculaire du Sud Manche, Insuffisance cardiaque, Prise en charge somatique en santé mentale adulte, pathologies du sommeil, parcours anémie, parcours TCA de l'adulte, parcours TCA &lt; 18 ans, troubles socio-éducatifs, parcours épilepsie...</li> </ul>	
<p><b>Facilitation des échanges d'informations</b> (via des outils de liaison, outils numériques, veille partagée) <b>et mise en place d'outils facilitant la coordination et la coopération</b> (via des outils juridiques, des formations, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Groupement de Coopération Sanitaire Sud Manche (GCS)</b> : mutualise des moyens humains en gestion des ressources humaines / Portage privé - public - ville/ hôpital</li> </ul>	
<p><b>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,</b></p> <p><b>Appui du Lab'Santé pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Le déploiement du parcours de soins Insuffisance cardiaque</b> : élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de sortie d'hospitalisation pour les patients insuffisants cardiaques ;</li> <li>– <b>La structuration d'une Équipe de Soins Spécialisés</b> - ESS néphrologie cardiovasculaires du Sud Manche (harmonisation des pratiques, protocoles d'adressage, Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle, accueil d'une Infirmière en Pratique Avancée, déploiement de la téléexpertise) ;</li> </ul>	
<p><b>État des ressources disponibles sur le territoire, et capacité à les mobiliser et les activer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Accès de plus en plus difficiles à un médecin traitant et à une médecine de spécialités</li> <li>– Une offre riche en cancérologie mais un déficit en gastroentérologie</li> </ul>	
<p><b>Existence d'un cadre d'analyse et de gestion des risques de ruptures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Échanges permis par les groupes de travail établis dans le cadre des CPTS et de PSLA, et le déploiement de protocoles</li> </ul>	

Le **parcours de santé des patients atteints de maladies chroniques** nécessite une organisation de soins cohérente, apportant une réponse aux besoins de santé et de prévention, ainsi qu'aux besoins d'accompagnement sociaux et médico-sociaux. Plus précisément, le parcours de santé s'échelonne sur plusieurs étapes, allant de la prévention des facteurs de risques des maladies chroniques jusqu'à l'accompagnement social et psychosocial, et l'(ré)insertion professionnelle, en passant par le diagnostic et l'élaboration d'un plan personnalisé de santé, la prévention et le diagnostic précoce des complications associées et l'observance thérapeutique.

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...), le Dispositif d'Appui à la Coordination, ....

Les **CPTS** sont un maillon fort du **parcours de soins** d'une part, en ce qu'ils apportent une réponse aux besoins de santé, en intégrant les soins de ville et hospitaliers (soins de premier recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, ...), et du **parcours de santé** d'autre part, en articulant les parcours de soins avec les actions de prévention et le retour à domicile, et dans une moindre mesure, l'accompagnement social et médico-social (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile, ...).



La **CPTS Sud Manche** a priorisé 3 parcours concernant différentes pathologies chroniques : parcours Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), parcours insuffisance cardiaque, parcours insuffisance rénale :

- **Parcours BPCO** : organisation de journées de dépistages de la BPCO (information et sensibilisation), sensibilisation et formation des professionnels au sevrage tabagique / prescription de substituts nicotiniques ;
- **Parcours Insuffisance Cardiaque**, élaboration d'un protocole d'adressage du patient pour le médecins généralistes, développement de créneaux de soin non programmés en cardiologie, organisation de formation sur l'IC pour les professionnels de santé du territoire, organisation des sorties d'hospitalisation, développement d'une Équipe de Soins Spécialisés Cardio-Vasculaire ;
- **Parcours Insuffisance Rénale** : le dépistage et la prévention, élaboration d'un programme d'Éducation Thérapeutique sur l'IRC, en collaboration avec le pôle éducatif partagé des Hôpitaux Sud – Manche ;
- Pour chaque parcours, des **groupes projets** sont constitués, associant largement les partenaires du territoire (CPTS, CPAM, professionnels de santé libéraux / PSLA, établissements sanitaires (AUB Santé, polycliniques, CH Estran), des associations d'usagers (RESPIR).

Également, concernant le volet **Prévention**, et la **prévention tertiaire** en particulier, la CPTS Sud Manche, en lien avec le **Pôle Éducatif partagé du CHAG**, travaille à la mise à jour et à l'élaboration d'un livret de promotion et de communication du service d'éducation thérapeutique (cycle BPCO, asthme de l'enfant et de l'adulte, insuffisance cardiaque, anticoagulants, obésité / surpoids, cycle diabète 1 et 2).

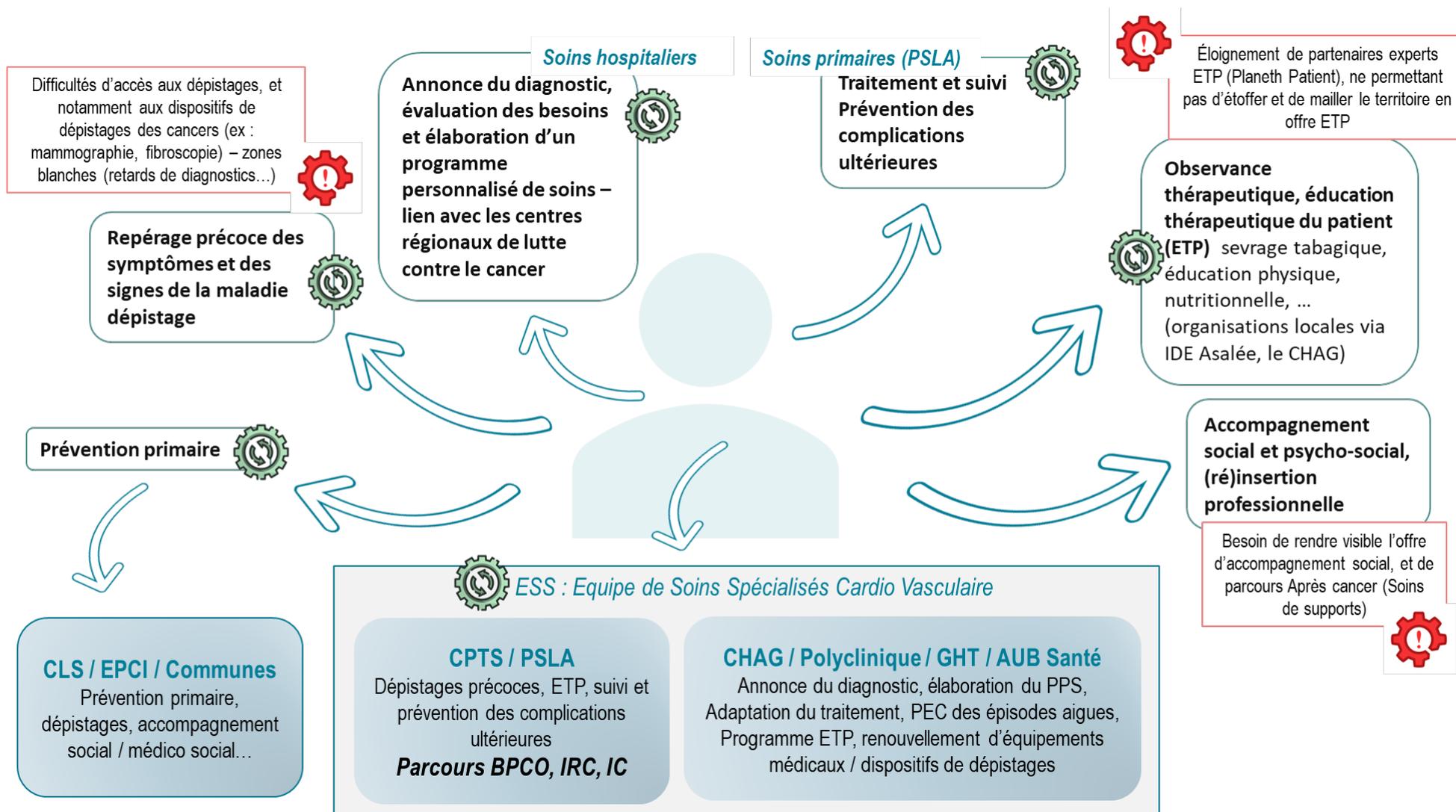
De plus, les **contrats locaux de santé (CLS)** agissent à différentes étapes des **parcours de santé** maladies chroniques avec une orientation plus marquée des CLS dans la prévention des facteurs de risque (prévention primaire), l'accès aux dépistages et l'accompagnement social et médico-social.

	<p>Deux CLS se déploient sur le territoire du Sud-Manche, le <b>CLS Granville Terre et Mer</b> et le <b>CLS Mont-Saint-Michel Normandie</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le <b>CLS Granville Terre et Mer</b> porte des actions sur le développement de l'éducation thérapeutique (en lien avec le CHAG et la CPTS), l'amélioration du maintien à domicile et les sorties d'hospitalisation (en lien avec le Conseil départemental 50), la promotion de la Maison Sport Santé auprès de la population et les professionnels (en lien avec Santé Sport Sud Manche), le développement des campagnes de prévention locales et l'amélioration des dépistages précoces (en lien avec les CPTS)</li> <li>– Le <b>CLS Mont-Saint-Michel Normandie</b> porte des actions relatives à la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers (campagne de dépistages, déploiement d'un programme d'action d'Activité Physique Adaptée et d'activité physique et sportive à destination des adolescents, déploiement d'un programme d'Éducation Thérapeutique), la prévention de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire (actions de sensibilisation à l'alimentation dès le plus jeune âge, développement des mobilités douces), et l'accompagnement médico-social (organisation d'une campagne de communication sur les services d'information et d'accompagnement médico-social et social, conception et actualisation du référentiel des missions des services existants).</li> <li>– La <b>CC Villedieu Intercom</b> ne porte pas de CLS, mais des projets autour de la nutrition (activité physique et sportive et l'alimentation), de l'accompagnement social, via la Maison des Services « Frances Services », se développent.</li> </ul>
---	---

A une plus fine échelle territoriale, les **Pôles de Santé Libéraux Ambulatoire (PSLA)** s'ouvrent sur le territoire. La dynamique souhaitée par ces organisations semble néanmoins hétérogène d'une structure à l'autre. En effet, certaines dynamiques s'essouffent face à la désertification médicale ; les territoires les plus fragiles sont localisés dans le « Sud » Sud-Manche (le mortainais et les communes frontalières au département de l'Orne).

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

	<p>Des <b>ruptures thérapeutiques de soins</b> 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.</p>
---	--



### 3.3 Parcours de santé Personnes âgées

#### En synthèse

<p><b>Existence d’espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et des ruptures de parcours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Travail en mode projet entre le GHT, les CPTS, avec l'appui du DAC</b> « Améliorer le parcours des personnes âgées - Hanche traumatique » (Dimension sanitaire)</li> <li>– <b>2 Centres locaux d’Information et de Coordination gérontologique (CLIC)</b> (Dimension prévention et médico-sociale)</li> <li>– <b>Secteurs d’Action Gérontologique (SAG)</b> (dimension sociale)</li> <li>– <b>Au sein des Centres Médico-Sociaux (CMS)</b> : réunions de territoire (tous les 2 mois), des groupes de travail transversaux (Autonomie, Insertion, Enfance) (dimension médico-sociale et sociale)</li> </ul>	
<p><b>Facilitation des échanges d’informations</b> (outils de liaison, outils numériques, veille partagée) <b>et mise en place d’outils facilitant la coordination et la coopération</b> (outils juridiques, formations, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Existence d’un Groupement de Coopération Social et Médico-social (GCSMS)</li> </ul>	
<p><b>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,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en place de projets innovants, via le GCSMS : accueil de jour itinérant, projet de Télémédecine, ...</li> </ul>	
<p><b>État des ressources disponibles sur le territoire, et la capacité à les mobiliser et les activer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Accès de plus en plus difficiles à un médecin traitant et à une médecine de spécialités</li> <li>– Saturation des SAAD et des SSIAD et chevauchement des missions menées par les SAAD (tâches d'accompagnement des actes de la vie quotidienne) et les SSIAD (prodiguent et coordonnent des soins)</li> <li>– Difficultés d’organisation des sorties d’hospitalisation conduisant à des prolongations non justifiées</li> </ul>	
<p><b>Existence d’un cadre d’analyse et de gestion des risques de ruptures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dimension sanitaire : échanges et projets permis par le travail partenarial entre le GH Mont-Saint-Michel, la CPTS et le DAC (protocole des chutes, hanches traumatiques, ...)</li> </ul>	

Bien que des initiatives notables soient en cours sur le territoire, un morcellement du parcours de santé des personnes âgées est constaté. Les acteurs du champ 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.

- A. Concernant la **dimension sanitaire**, des dispositifs facilitant l'accès à une expertise gériatrique se déploient, portés principalement par le Groupe Hospitalier Mont-Saint-Michel :
- Une **Plateforme d'Expertise Gériatrique (PEG)**, pour les personnes de plus de 75 ans. L'objectif est de fluidifier les parcours patients au sein de la filière gériatrique du territoire, faciliter l'accès à un avis d'expert en gériatrie (IDEC et médecin gériatre), prévenir les fragilités et éviter les hospitalisations. La PEG peut être saisie pour les professionnels de santé du territoire (médecins traitants, médecins coordonnateurs des EHPAD, Infirmiers libéraux, ...), via un numéro d'appel unique.
  - Une **Unité Mobile d'Orientation et d'Évaluation Gériatrique (UMOEG)**, qui propose une prise en charge multidisciplinaire des patients âgés de plus de 75 ans, fragiles et polyopathologiques à la demande des services de soins du centre hospitalier Avranches-Granville (Évaluation gériatrique pluridisciplinaire, Conseil aux patients, familles et des équipes, Accompagnement au retour à domicile et/ou orientation vers une solution alternative).
  - **L'Équipe Mobile Expertise Gériatrique Territoriale (EMET)**, qui propose une prise en charge multidisciplinaire des patients âgés de plus de 75 ans : Assister le médecin traitant, les intervenants, l'entourage par une évaluation pluridisciplinaire en fonction des besoins (infirmière, assistante de service social, ergothérapeute et gériatre), Favoriser les maintiens à domicile, Mettre en place des propositions à l'issue de la consultation
  - **L'Équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA)**

De plus, la **CPTS Sud-Manche** porte des projets autour de la filière gériatrique, en lien notamment avec les Hôpitaux du Sud-Manche, sur **les chutes chez la personne âgée**, et plus particulièrement sur l'amélioration du dépistage, de l'orientation et la prise en charge des personnes âgées à risque de chutes. Les objectifs sont : l'identification précoce des risques de chutes, l'évaluation des risques, l'intervention préventive, la coordination entre la ville et l'hôpital, le suivi et l'évaluation, et la sensibilisation communautaire. Plus concrètement, les actions s'orientent vers :

- La **diffusion de messages de prévention sur les signes de risques avant chutes**, via des supports en salle d'attentes, des mailings, les structures d'aides à domicile, les associations, centres sociaux etc.
- Un **auto-questionnaire de dépistage du risque de chutes** proposé aux usagers à risque (+ de 65 ans), testé sur 2 pôles de santé (PSLA de Villedieu et PSLA du Port de Granville).
- **L'élaboration d'un arbre décisionnel pour définir l'orientation et la prise en charge du patient**, avec 3 niveaux de prise en charge, selon le score résultant de l'auto-questionnaire (risque élevé de chute, risque modéré de chute, risque faible de chute)
- La **mise en place d'une prise en charge personnalisée** (suivi nutritionnel, activité physique adaptée, réévaluation du traitement, ...)

Enfin, une **organisation en mode projet** entre le Groupe Hospitalier du Mont-Saint-Michel, les CPTS et le DAC est mise en place pour améliorer le parcours des personnes âgées, sur notamment la fracture de la hanche chez la personne âgée.

- B. Concernant la **dimension préventive**, deux **Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC)** existent sur le territoire : le CLIC Villedieu Intercom et le CLIC Sud Manche. Les CLIC s'attachent, en lien avec les partenaires de proximité (centres médico-sociaux (CMS), centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), secteurs d'actions gérontologiques (SAG), associations locales, etc.) en faveur d'une meilleure prise en compte des attentes des personnes en situation de perte d'autonomie.

Plus particulièrement, les CLIC œuvrent au développement d'**actions collectives d'information et de prévention de la perte d'autonomie** (lutte contre l'isolement, l'aide aux aidants, les actions collectives de prévention, habitat et aides techniques, fracture numérique). Au sujet de l'aide aux aidants, le **CLIC Sud-Manche** dispose d'un **espace ressource itinérant pour les aidants**, circulant sur l'ensemble du territoire de l'agglomération Mont Saint Michel Normandie.

Les CLIC organisent mensuellement des **Réunions d'Information et de Coordination (RIC)** dont les objectifs sont de :

- Connaître plus clairement les missions et le fonctionnement de chaque structure intervenant dans le domaine de l'autonomie, afin d'améliorer la communication et la coordination
- S'informer sur l'offre existante sur le territoire en invitant des partenaires pour présenter une structure ou un dispositif à la demande des professionnels
- Participer au recueil des besoins collectifs en vue de développer des actions, des projets innovants collectifs pour mutualiser des moyens et des compétences afin de répondre aux besoins de la population du territoire
- Partager des informations diverses sur la vie locale dans le domaine de l'autonomie
- Avoir une action préventive

Les **participants** sont les professionnels des SSIAD, les professionnels de santé (UMOEG<sup>8</sup>, EMPPA<sup>9</sup>, HAD<sup>10</sup>, ESA<sup>11</sup>, Libéraux...), les professionnels des SAAD, les travailleurs sociaux du conseil départemental, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), des caisses de retraite, des hôpitaux, des CCAS, les professionnels des établissements sociaux et médico sociaux (CLIC, EHPAD, Résidences autonomie, MSAP<sup>12</sup>), le DAC.

Les **Secteurs d'Actions Gérontologiques (SAG)** sont animés par les CLIC. Les SAG sont des réseaux de bénévoles établis à une échelle fine du territoire (cantonale). Les bénévoles sont des personnes âgées, élus communaux (adjoints aux affaires sociales), professionnels retraités. Des référents sont nommés par commune, pour garantir la visibilité des besoins locaux, et leurs remontées.

---

<sup>8</sup> Unité Mobile d'Orientation et d'Évaluation Gériatrique

<sup>9</sup> Équipe Mobile de Soins Psychiatriques pour Personnes Âgées

<sup>10</sup> Hospitalisation à Domicile

<sup>11</sup> Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

<sup>12</sup> Maison de Services au public (MSAP)

- C. Concernant la **dimension médico-sociale et sociale**, un **Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale** existe sur le territoire Sud Manche, composé d'EHPAD (publics et privés) du territoire du Granvillais, de l'Avranchin, et du Mortainais. Créé en 2010, l'objectif est de réunir les établissements autour de projets transversaux et communs (dans le cadre d'Appels à projets par exemple), de mutualiser leurs besoins (recrutement de personnels ayant des qualifications particulières – temps d'ergothérapie, de psychologue – par exemple) et de développer des partenariats avec des acteurs locaux. Des projets emblématiques ont été déployés :
- Un **accueil de jour est organisé sur 4 EHPADs partenaires du territoire** (Les EHPAD de Saint-Hilaire, Saint-Senier-de-Beuvron, Ducey et au centre hospitalier de Mortain)
  - Le **développement de la télémédecine en EHPAD (téléconsultation et téléexpertise)**, pour garantir un accès aux soins médicaux et diminuer les recours aux hospitalisations. Le résident est accompagné par un médecin coordonnateur ou un.e infirmier.ère, disposant de dispositifs médicaux connectés, et des liens sont établis avec les médecins-généralistes du territoire, les centres hospitaliers, et les CHU de Caen et du CHU de Rouen, pour de la téléexpertise.

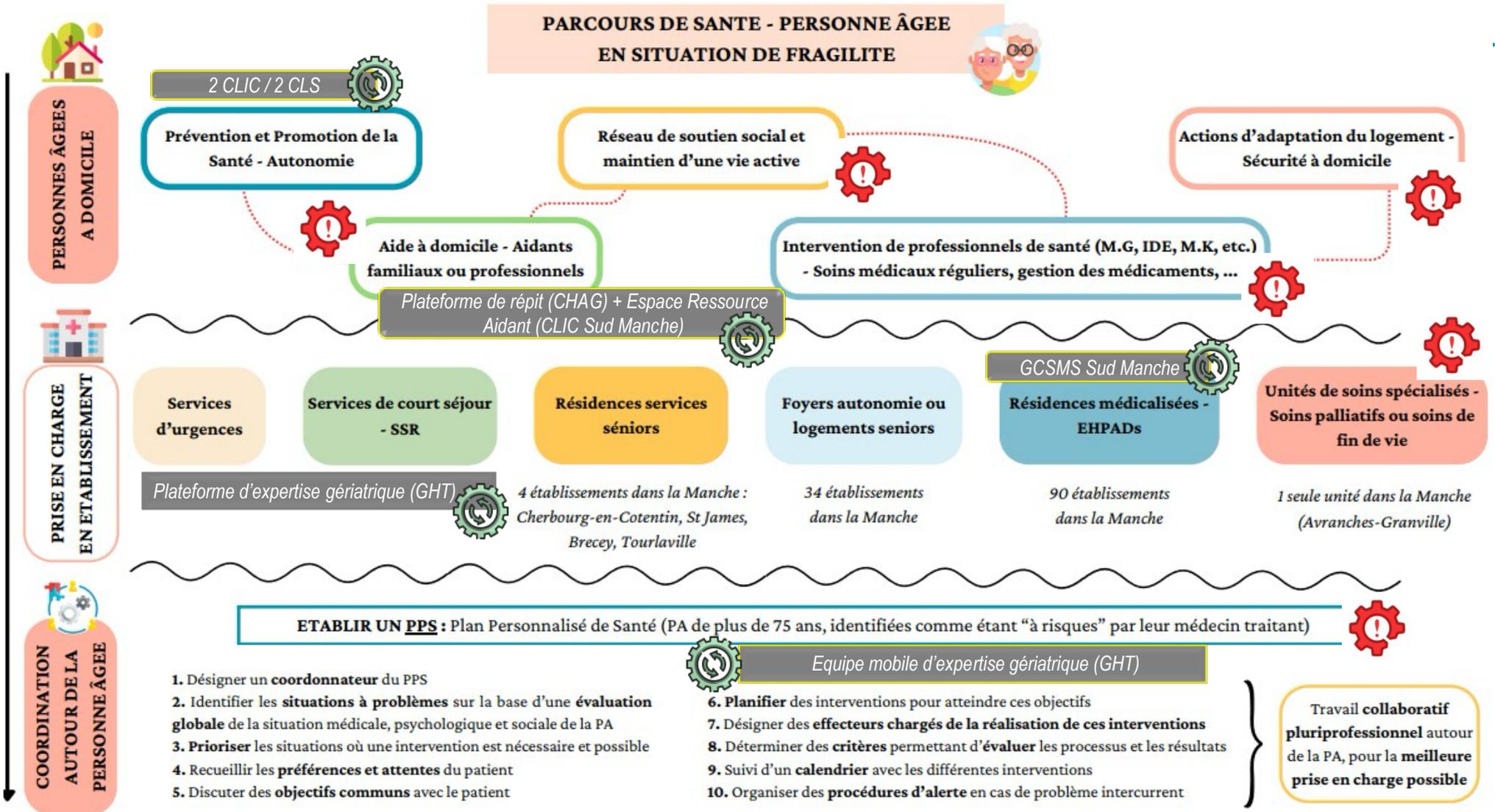


Les partenaires médico-sociaux et sociaux du territoire remontent des ruptures de prise en charge, notamment dans **les transitions domicile – ville – hôpital – EHPAD** (accueil de jour, hébergement temporaire), susceptible d'accélérer ou d'aggraver la dépendance des personnes âgées. Également, des réponses tardent à se mettre en place lors de **situations d'urgence** (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**.

Enfin, au sein des **Centres Médico-Sociaux (CMS)**,

- Des **réunions de territoire** sont organisées tous les 2 mois - communication descendante pour diffuser des informations des Directions siège du Conseil départemental et invitations de partenaires thématiques, selon l'ordre du jour
- Des **groupes de travail transversaux** (Autonomie, Insertion, Enfance) vont débuter courant 2024

## PARCOURS DE SANTE - PERSONNE ÂGÉE EN SITUATION DE FRAGILITE



### POINTS FORTS DU PARCOURS

**Des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées** qui se déploient sur le territoire, portés principalement par les Hôpitaux du Sud-Manche & GHT (Plateforme d'Expertises Gériatriques, **Équipe Mobile d'Expertise Gériatrique**)

**Des projets CPTS autour du parcours filière gériatrique : protocoles des chutes**

Une bonne **dynamique autour de la promotion du bien-vieillir et prévention de la perte d'autonomie** (CLIC, SAG, CLS, EPCI), participation à l'**Appel à Projets de la Conférence des financeurs**

**Des projets menés dans le cadre du GCSMS Sud – Manche**

- Accueil de jour mutualisé via la mutualisation des places autorisées d'AJ de 4 ETS (2018)
- Développement de la télémédecine en EHPAD, en lien avec GCSMS Sud-Manche, le GHT Mont-Saint-Michel, les Pôles de santé et AUB Santé (réponse AAP ARS 2017)

**Projets en cours à l'échelle du Pôle d'Équilibre Territorial et Rural (PETR) Sud-Manche** - Baie du Mont-Saint-Michel sur les mobilités (Mobilys)

**Des organisations locales : Granville Santé** : organisation du maintien à domicile, déploiement d'un programme de formations aux professionnels du domicile et de l'aide à domicile ; **Association Aide aux Malades à Domicile** (AMD 50) (St-Hilaire-du-Harcouët)

### PISTES D'AMÉLIORAION DU PARCOURS

#### ***Dimension sanitaire***

- Nécessité de mieux coordonner / d'appuyer le déploiement des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées se déployant sur le territoire
- Difficultés d'accès aux médecins traitants et à la médecine de spécialités

#### ***Dimension sociale & médico-sociale***

- Besoins sur l'accompagnement des personnes âgées à domicile (dimension sociale & médico-sociale) : aide à la vie quotidienne (aide à la gestion de RDV médicaux, aide pour se déplacer...)
- Chevauchement des missions menées par les SAAD (tâches d'accompagnement des actes de la vie quotidienne) et les SSIAD (prodiguent et coordonnent des soins), en raison d'une liste d'attente importante des SSIAD –situations de refus prises en charge, manque de personnel
- Ruptures observées dans l'accompagnement des fins de séjours d'hébergement temporaire et la préparation du retour à domicile, allongeant la durée de séjour en HT et retardant les admissions en amont (sorties d'hospitalisation ou relai de l'aidant)
- Etude à mener entre regroupement ou diffusion des places d'accueil de jour sur le territoire

### 3.4 Parcours des patients en soins palliatifs

#### En synthèse

<p><b>Existence d’espaces favorisant les échanges, la remontée des besoins et des ruptures de parcours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La Coordination Normande Soins Palliatifs (CNSP) (échelon régional, initiative ARS), aucun effet sur la prise en charge locale des patients (pas de coordination ni d’animation)</li> </ul>	
<p><b>Facilitation des échanges d’informations</b> (via des outils de liaison, outils numériques, veille partagée) <b>et mise en place d’outils facilitant la coordination et la coopération</b> (via des outils juridiques, formations, ...)</p>	
<p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Réponse à un appel à projets de l’ARS, rassemblant l’ensemble des structures de soins palliatifs du territoire</b> : développement de la formation (via l’hôpital privé de la Baie, projet en suspend), mise en place d’un projet commun public-privé (détachement d’une IDE de Mortain à mi-temps), aller-vers les structures médico-sociales (EHPAD, MAS, ...) pour identifier les besoins propres à leur structure</li> </ul>	
<p><b>État des ressources disponibles sur le territoire, et capacité à les mobiliser et les activer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 <b>Unité de Soins Palliatifs</b> (Granville) (septembre 2021)</li> <li>– 10 <b>lits identifiés en soins palliatifs</b> (Villedieu, Mortain, Saint-James, Hôpital de la Baie)</li> <li>– 1 <b>Équipe Mobile de Soins Palliatifs</b>, se déplaçant sur l’ensemble du territoire du GHT</li> </ul>	
<p><b>Existence d’un cadre d’analyse et de gestion des risques de ruptures</b></p>	

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 de fin de vie (niveau 3)
- 1 **Équipe Mobile de Soins Palliatifs** (Granville)

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Les missions des USP sont triples<sup>13</sup> :

- **1<sup>ère</sup> mission : soins et accompagnements complexes et de recours** : les USP prennent en charge au minimum pour le territoire de santé les personnes présentant les situations les plus complexes qui ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine. Elles assurent :
  - L'évaluation et le traitement des symptômes complexes ou réfractaires, pouvant nécessiter une compétence ou une technicité spécifique ou le recours à un plateau technique ;
  - La gestion des situations dans lesquelles des questions complexes relevant de l'éthique se posent ;
  - L'accompagnement des personnes malades et/ou de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes.
- **2<sup>ème</sup> mission : formation, en contribuant** :
  - À la **formation initiale** : elles assurent l'accompagnement des stagiaires dans le cadre de la formation initiale, elles participent à la mise en place et au fonctionnement des espaces éthiques régionaux pour les questions concernant la fin de vie, elles participent au fonctionnement des centres de référence et de documentation.
  - À la **formation continue** des professionnels, notamment des référents en soins palliatifs.
- **3<sup>ème</sup> mission : recherche et ressources**
  - Les USP assurent ou partagent la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre d'actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire souvent multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique en soins palliatifs et accompagnement, de l'éthique en fin de vie, des sciences humaines et sociales, et de la pédagogie...

	<p>L'USP est encore trop peu connue des acteurs du territoire, <b>les 3 missions sont à faire connaître d'une manière plus importante</b>, et notamment la mission de formation. Des projets sont en cours pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Organiser la formation continue auprès des professionnels des EHPAD du groupe hospitalier, et améliorer le repérage précoce des situations palliatives en leur sein</li><li>– Communiquer plus largement sur les critères d'admission en USP aux partenaires du territoire (en lien avec les gestionnaires du lit), en s'appuyant sur un document édité par le CHAG</li></ul>
---	---

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** ;

<sup>13</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_099\\_250308.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf)

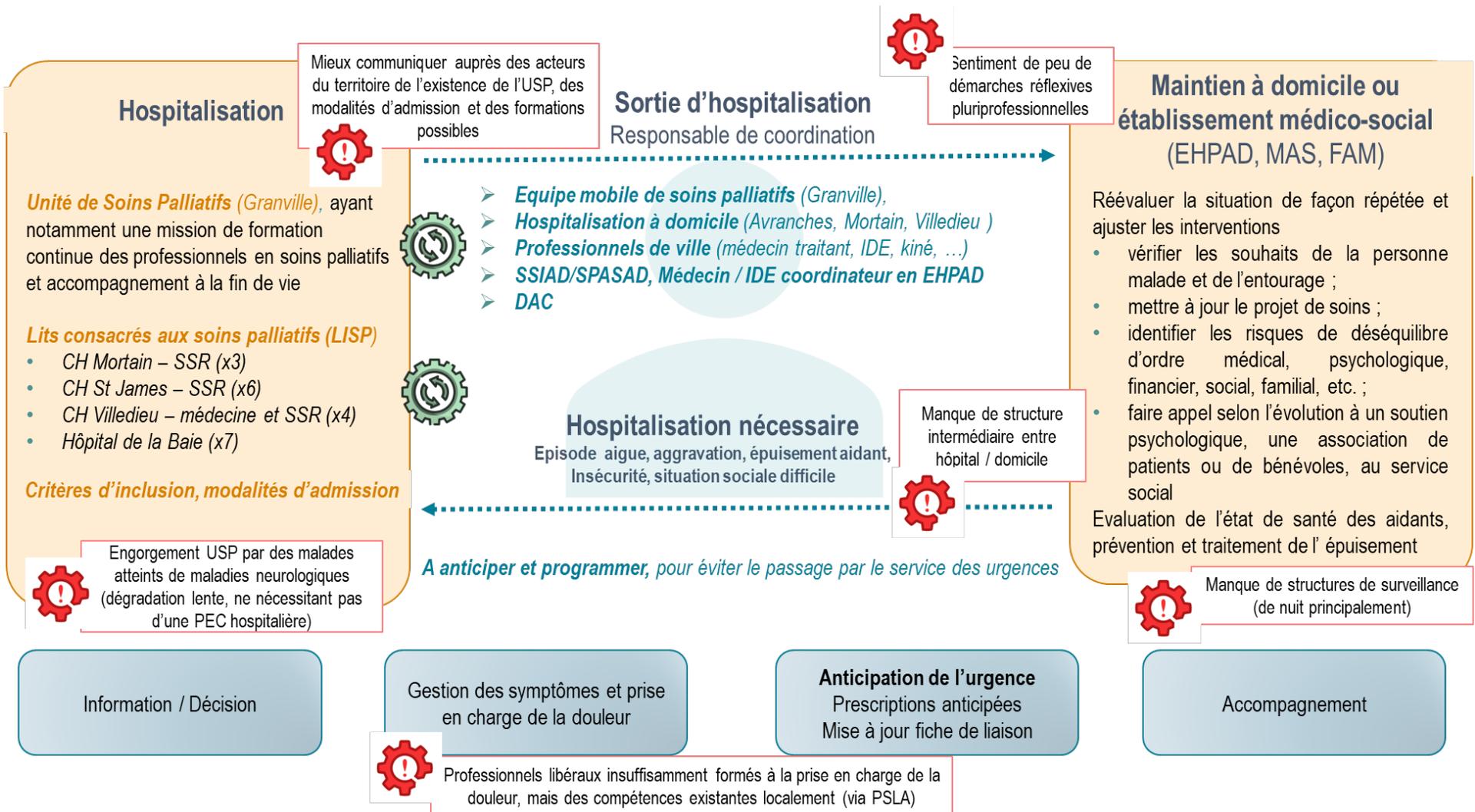


- Des ruptures dans l'aide et l'accompagnement quotidien sont constatées à **la sortie d'une hospitalisation temporaire en USP**, suite à un séjour de répit ou à un séjour pour équilibrer les traitements symptomatiques face à un symptôme réfractaire (douleur, sommeil, vomissements...); en effet, bien que des consultations avec les aidants soient proposées au sein de l'USP, ces derniers, en situation d'épuisement, souhaitent écarter le retour à domicile de la personne aidée, en requérant leur maintien en USP, alors même que leur état ne relève plus d'une prise en charge en USP.



De la même manière, un engorgement de l'USP est constaté par **des patients atteints de maladies neurologiques**, souvent jeunes, dont la dégradation de l'état de santé est progressive, ne relevant pas de prises en charges hospitalières car peu complexes techniquement – une prise en charge en accueil de jour serait plus adéquate, laissant la possibilité au conjoint de poursuivre son activité professionnelle. Les ruptures se situent ainsi

- Dans **la continuité des soins au domicile** : la surveillance régulière, y compris nuit et week-end, manque de solutions de répit pour l'aidant, la prise en charge de la douleur, etc. Sur ces derniers points, un manque de formations des professionnels libéraux à **la prise en charge de la douleur** est constaté, bien que des compétences existent localement (ex : PSLA de Villedieu-les-Poêles), le manque d'auxiliaires de vie, possible relai au domicile de l'aidant, ...
- Le manque de **structures intermédiaires** entre le domicile et l'hôpital, pour les patients dont l'état de santé ne requiert pas une hospitalisation



### 3.5 Autres parcours

Les parcours qui suivent semblent être des parcours dont la dynamique existe sur le territoire et est portée par des **acteurs institutionnels** (ex : Conseil départemental, CPAM), des **dispositifs de coordination émergents** (ex : Communauté 360), un **réseau de partenaires établi** (ex : maternités du CHAG, le CH de l'Estran, les services de PMI, ...).

L'enjeu pour le DAC, et plus particulièrement de la mission 3 et de l'observatoire des ruptures de parcours, est de développer un positionnement complémentaire, en valorisant son expertise et son réseau de partenaires, à mettre à disposition de ces dynamiques (ex : l'approche sanitaire des parcours).

	Situations de ruptures observées	Projets et ressources existantes
Parcours <b>Handicap Adulte</b>	<b>Adultes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès difficile à un logement et problèmes de mobilités (ETP St James)</li> <li>• Difficulté pour l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap intellectuel</li> <li>• Défaut d'accessibilité dans l'offre de vie sociale, de loisirs et culturelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C360 en cours de déploiement, réflexions autour de l'articulation avec le DAC</li> <li>• Réponse AAP du collectif HandiBaie pour encourager et aider les personnes en situation de handicap et leurs proches, à concevoir un séjour de répit</li> </ul>

	Situations de ruptures observées	Projets et ressources existantes
Parcours <b>Enfants Adolescents</b>	<b>Handicap</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptures de soins observées lors <b>d'emménagement de nouvelles familles sur le territoire</b>, dont les enfants étaient suivis en CMPEA (Centre Medico Psychologique Enfants et Adolescents), CAMPS (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) ou IME (Institut Médicoéducatif) dans leur ancien lieu de vie (longues listes d'attentes pour retrouver une structure d'accueil)</li> <li>• <b>Difficultés d'orientation et d'accompagnement à l'insertion professionnelle des jeunes en aménagement Creton</b> : insatisfaction au regard de leurs besoins et concrétisation de leurs projets de vie, engorgement des établissements d'accueils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilités de prendre appui sur les outils d'orientation du Conseil départemental : le Plan d'Accompagnement Global (PAG) et le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) (MDPH), mais l'enfant doit être inscrit à la MDPH pour être admis au GOS</li> <li>• Pour les enfants non-inscrits à la MDPH, sollicitation de d'infirmier.e coordinateur.trice de Normandie Pédiatrie</li> <li>• Intervention du Dispositif de Soutien et de Formation de l'Avranchin (DiSFA) sur les lieux de scolarisation de l'enfant, en attente d'une place en IME par exemple</li> </ul>

	<p><b>Maladies rares pédiatriques / Neurologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ruptures de prises en charge entre la première ligne de soins (repérage, dépistage, suivi quotidien) et les expertises locales et régionales sur les maladies rares (Centre de Référence des Maladies Rares au CHU de Caen) : manque de coordination et de concertation entre les médecins traitants / Pédiatres libéraux et les médecins spécialistes du CHU de Caen (Neuropédiatres par exemple)</li> </ul> <p><b>Santé sexuelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cloisonnement des structures : Centres gratuits de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) et Centre de Santé Sexuelle (CSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plateforme de coordination et d'orientation (PCO), mais accès limité pour les familles précaires : pas de bons de transports, contrairement à une prise en charge en CMPEA ou CAMPS, et les professionnels libéraux adhérents à la PCO sont indépendants, l'offre est également plus diffuse sur le territoire</li> </ul>
--	--	--

	Situations de ruptures observées	Projets et ressources existantes
<p>Parcours Périnatalité</p>	<p>Difficultés de recrutements de médecins de PMI sur le territoire</p> <p>Défaut d'accompagnement à la parentalité</p>	<p><b>Dynamique « Périnatalité », à l'initiative de la maternité du CH d'Avranches.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation d'un staff médico-social avec les professionnels du CH de l'Estran</li> <li>Psychiatrie de liaison adulte à la maternité assurée par le psychiatre qui participe au staff médico-social</li> <li>Mise en place d'une prise en charge en ambulatoire avec visite à domicile intensive lors de dépression du post partum repérée pendant la grossesse et à la maternité</li> </ul> <p><b>Innovations organisationnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Projet retenu / Mesures nouvelles en psychiatrie périnatale, de l'enfant et de l'adolescent (MNPPEA) 2023 « <b>Élaboration d'un parcours gradué de psychiatrie périnatalité 1000 premiers jours dans le Sud-Manche</b> » - travail conjoint entre le CH de l'Estran, services de PMI et maternités du secteur</li> </ul>

	Situations de ruptures observées	Projets et ressources existantes
Parcours  <b>Précarité et besoins sociaux</b>	<i>L'absence de remontée de ruptures dans le cadre de l'accompagnement interroge sur la bonne connaissance des acteurs du territoire des parcours de soins, de santé et de vie des personnes en situation de précarité, et la visibilité des besoins.</i>	<p><b>CPAM de la Manche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mission d'Accompagnement Santé (MisAS) :</b> renoncement/difficultés d'accès aux soins, de difficultés d'accès aux droits liées à un soin ou à un manque, d'autonomie/compréhension, de fragilités face au numérique, etc.</li> <li>• <b>Comité d'analyse MisAS à la CPAM</b> (1er semestre 2024)</li> </ul> <p><b>Expérimentation « Réseau pour l'Emploi »</b>, le Parcours Emploi Santé, et projet de recrutement de médiateurs santé pour de l'accompagnement physique des personnes vers les professionnels de santé</p> <p>Dans le cadre du <b>Programme Départemental pour l'Insertion et l'Emploi</b> (PDIE) du Conseil départemental de la Manche, lancement d'un marché public en 2023 pour l'accompagnement des bénéficiaires du RSA vers un parcours de soins. La structure retenue est <b>STIMULAB</b>, qui propose un accompagnement individuel par un référent santé, la réalisation d'un diagnostic santé avec le bénéficiaire, la co-construction d'un plan d'action et le suivi de la mise en œuvre de ce plan, la réalisation d'un bilan en lien avec le référent RSA du bénéficiaire RSA.</p>

## 4 Annexes

### 4.1 Les missions des DAC

#### Rappel du cadre national d'orientation

##### **Mission 1 : assurer une réponse globale aux demandes d'appui des acteurs de santé**

###### **A qui s'adresse le service ?**

- Les professionnels de santé de ville
- Les professionnels des établissements de santé
- Les professionnels de l'ensemble des établissements et service sociaux et médico-sociaux, des CCAS, des collectivités, de la MDPH ou des MDA, de l'Éducation nationale

###### **Le service rendu**

- Les professionnels ont un **accès simple et lisible** à une information sur les ressources disponibles dans le territoire pour répondre aux besoins des personnes qu'ils prennent en charge, et bénéficient de conseils dans des délais de réponse adaptés pour les orienter.
- Cette information et ces conseils **couvrent l'ensemble de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire**, et sont accessibles par l'intermédiaire d'un numéro de téléphone spécifique, voire d'autres moyens de communication (mail, extranet...). Ce numéro de téléphone ou extranet spécifiques peuvent prendre appui sur des outils préexistants.

##### **Mission 2 : contribuer à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants**

###### **Cinq principes**

- Adhésion des personnes
- Polyvalence
- Continuité et graduation
- Subsidiarité et non effectation
- Territorialité

###### **Trois étapes de l'accompagnement, en lien avec les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne**

- **Analyse et évaluation**
  - Étayage de la demande
  - Appréciation de la complexité et/ou de la fragilité des situations
- **Planification**
  - Plan personnalisé d'intervention
- **Coordination**
  - Suivi des actions avec les effecteurs
  - Ajustement de la planification
  - Partage d'information et traçabilité

##### **Mission 3 : participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé**

###### **Les principes**

- Responsabilité populationnelle
- Démarche qualité : identification des initiatives à envisager pour consolider les parcours
- Démarche d'intégration
- Subsidiarité

###### **Les modalités**

- Observation et analyse partagée des parcours de santé
- Développement d'outils servant la coordination
- Partenariats renforcés et mise en lien des professionnels
- Participation aux instances de concertation locales en place

## 4.2 Liste des entretiens menés

### *Équipe du DAC*

Nom / Prénom	Structure	Fonctions
<b>GHAZALI</b>	<b>Latifa</b>	Directrice / DAC Sud Manche
<b>Dr BOYER Nicolas</b>	DAC Sud Manche	Équipe médicale
<b>Dr LE BAS François</b>	DAC Sud Manche	Équipe médicale
<b>Dr SABATHIER Philippe</b>	DAC Sud Manche	Équipe médicale
<b>Dr TRENIER Thomas</b>	DAC Sud Manche	Équipe médicale
<b>Mme GARNIER Vanessa</b>	DAC Sud Manche	Gestionnaires de parcours
<b>M GAUTIER Baptiste</b>	DAC Sud Manche	Gestionnaires de parcours
<b>Mme SEMMER Delphine</b>	DAC Sud Manche	Gestionnaires de parcours
<b>Mme THIEURMEL Élixa</b>	DAC Sud Manche	Gestionnaires de parcours
<b>Mme BARBOT Christelle</b>	DAC Sud Manche	Assistante de coordination
<b>M MONTIER Sébastien</b>	DAC Sud Manche	Assistant administratif et communication

### *Membres du Conseil d'Administration du DAC*

NOM	Prénom	Établissement/Structure	Fonction
<b>GHAZALI</b>	<b>Latifa</b>	DAC Sud Manche	Directrice
<b>SABATHIER</b>	<b>Philippe</b>	DAC Sud Manche	Directeur Médical
<b>MONTIER</b>	<b>Sébastien</b>	DAC Sud Manche	Assistant DAC Sud Manche
<b>REBILLON</b>	<b>Marie</b>	CH de l'Estran (Pontorson)	Coordinatrice PTSM Manche
<b>MONTEIRO</b>	<b>Juliette</b>	Granville Terre et Mer	Coordinatrice CLIC/Santé Direction services à la population - Services CLIC Cheffe de projet du Contrat Local de Santé Granville Terre et Mer
<b>MANCEL</b>	<b>Margot</b>	CPTS Sud Manche	Coordinatrice CPTSE5:E7
<b>MORVAN</b>	<b>Maud</b>	Médecin généraliste	Médecin libéral
<b>PERONNE</b>	<b>Mélanie</b>	PSLA Villedieu Les Poêles- Rouffigny	Médecin libéral
<b>HUET</b>	<b>Anne-Laure</b>	CPTS Mont Saint Michel	Présidente CPTS- médecin libéral
<b>ALLOMBERT</b>	<b>Joanny</b>	CH Avranches-Granville Établissement support du GH Mont St-Michel	Directeur du CH Avranches-Granville (membre du bureau du DAC)
<b>GERVAISE</b>	<b>Vincent</b>	Hôpital Privé de la Baie (Saint-Martin-des-Champs) Clinique Notre-Dame (Vire)	Directeur Général Hôpital privé de la Baie (membre du bureau du DAC)
<b>BLOT</b>	<b>Stéphane</b>	CH de l'Estran (Pontorson)	Directeur CH de l'Estran (membre du bureau du DAC)
<b>LEMEE</b>	<b>Aurélien</b>	ETP Saint-James	Directeur par intérim

<b>BUTAULT</b>	Anne-Laure	GCSMS Sud Manche	Administrateur GCSMS (directrice EHPAD DELIVET à Ducey Les Cheris)
<b>GOUTTE</b>	Alexandra	UNA de la Manche	Directrice
<b>NGUYEN</b>	Cyrille	ADVOCACY Normandie	Vice-Président ADVOCACY Normandie
<b>JOUQUAN</b>	Christine	Association Handibaie	Présidente
<b>LEFEVRE</b>	Katia	Maison des adolescents	Directrice de la Maison des Adolescents de la Manche
<b>BREARD</b>	Mélanie		Ergothérapeute
<b>CHOLET</b>	Philippe	URML Normandie	Vice-Président
<b>GÂTE</b>	Sylvie	Conseil Départemental	Élu
<b>LEMOINE</b>	Martine	Villedieu Intercom	Élu
<b>ANFRAY</b>	Fanny		Directrice du pôle territorial du Val-de-Sée - direction des partenariats et de la relation aux communes Cheffe de projet du Contrat Local de Santé Mt St Michel - direction générale
<b>OSOUF</b>	Julie	EMPR "Le Normandy"	Assistante Sociale - Responsable de service

## Entretiens Partenaires

Prénom / Nom	Etablissement/Structure	Fonction
<b>Julie Mezel</b>	Assurance Maladie Département Accompagnement des professionnels de santé	Référente parcours et établissements
<b>Yoann BRIDOU</b>	ARS - Délégation départementale Manche	Directeur départemental
<b>Céline Ferey</b>	ARS - Délégation départementale Manche	Chargée de développement territorial
<b>Marie Gillot</b>	ARS - ARS Siège Normandie	Référent Parcours / DAC _ Stratégie
<b>Patric Karlen</b>	Département de la Manche	Cheffe de projet santé
<b>Maelenn Le Rouzic</b>	PMI Granville	Médecin de PMI
<b>Sabrina Lair</b>	Département de la Manche	Cheffe de service insertion sociale -Direction de l'insertion et de l'emploi
<b>Valérie Delemer</b>	Département de la Manche	Chargée du développement des actions santé, bien être, mobilité pour les bénéficiaires du RSA
<b>Frédéric Pysson</b>	Centre Médicaux Sociaux	Responsable CMS Mortain Saint Hilaire du Harcouet
<b>Sébastien Genest</b>	Communauté 360	Coordinateur Communauté 360 Manche
<b>Nadia Maréchal</b>	Services de l'État : Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse	Conseillère Technique Promotion de la Santé
<b>Elodie Loslier</b>	CLIC - Villedieu Intercomm / Granville	Coordinatrice CLIC
<b>Cécile de Montgolfier</b>	CLIC - Sud Manche	directrice
<b>Xavier Trincot</b>	CPTS Mont Saint Michel	Représentant des usagers
<b>DR Laetitia Chemery</b>	GHT Mont Saint Michel/CHAG	Référent Parcours _ V/H
<b>Dr Philippe Sérrand</b>	GHT Mont Saint Michel/CH estran	président CME/projet/ parcours
<b>Laurent Leveque</b>	CHAG - Unité de Soins Palliatifs	IDE Coordinateur
<b>Anne Mercier</b>	CH Estran	Pédiatre
<b>Marie Rebillon</b>	CH de l'Estran (Pontorson)	Coordinatrice PTSM Manche
<b>Juliette Monteiro</b>	Granville Terre et Mer	Coordinatrice CLIC/Santé
<b>Margot Mancel</b>	CPTS Sud Manche	Coordinatrice CPTS
<b>Julie Osouf</b>	EMPR "Le Normandy"	Assistante Sociale - Responsable de service
<b>Simon Duquennoy</b>	AUB Santé	Néphrologue