

PROJET DE SANTE



CPTS du Pays d'Auray



Projet accompagné par Hippocrate Développement

Version 1 | Etablie en date du : 28 septembre 2020



TABLE DES MATIERES

1	Préambule : les origines du projet.....	3
2	Diagnostic préalable	4
2.1	Territoire de la CPTS	4
2.2	Etat de santé de la population, consommation de soins et prévention	10
2.3	Organisation des soins sur le territoire.....	15
2.4	Les parcours de soin identifiés comme problématiques	21
2.5	L'action de la CPTS dans la période Covid-19	21
	Synthèse du diagnostic territorial	23
3	Projet de santé.....	24
3.1	Les axes du projet de la CPTS	24
3.2	AXE 1 : Améliorer l'accès des patients du territoire à un médecin traitant	25
3.3	AXE 2 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours non programmés (orientation des patients).....	27
3.4	AXE 3 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours via la téléconsultation	29
3.5	AXE 4 : Améliorer le lien entre la ville et l'hôpital sur l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance respiratoire. ..	31
3.6	AXE 5 : Améliorer la prise en charge pluri professionnelle des personnes en situation de fragilité pour éviter les hospitalisations	33
3.7	AXE 6 : Promouvoir la santé des soignants et de la population (prévention santé mentale et vaccination).....	36
3.8	AXE 7 : ONCOPARCOURS	
4	Partage d'information et coordination entre professionnels	40
5	Organisation et fonctionnement de la CPTS	41
5.1	Pilotage et fonctionnement	41
5.2	Organisation du projet	42
5.3	Professionnels impliqués dans la démarche	42
5.4	La fonction de coordination	45
5.5	Communication interne et vie de la structure.....	46
5.6	Budget :	46
6	Conclusion	47
	Annexes.....	49



1 Préambule : les origines du projet

Début 2018, un comité de pilotage rassemblant des professionnels de santé libéraux, des représentants des collectivités territoriales, de représentants des établissements de santé public et privé, de représentants du secteur médicosocial, et de représentants des patients s'est réuni pour entamer la réflexion sur la constitution d'une CPTS dans le Pays d'Auray. Ces acteurs ont accompagné les porteurs libéraux du projet dans la définition des attentes de chacun, des besoins du territoire et alimenté des réflexions sur les solutions que pourrait apporter la constitution d'une communauté professionnelle de santé sur le territoire du Pays d'Auray.

Ce projet de CPTS prend racine dans une dynamique plus ancienne, portée par la Fédération Bretonne interprofessionnelle (FBI) du Pays d'Auray. Cette association, née en 2010, a pour objet d'être « à l'origine de projets à l'impact positif sur l'organisation de l'offre de soins, la qualité du service de Santé aux patients, et surtout, l'organisation du travail en interprofessionnel »¹. Ayant été à l'origine de plusieurs projets interprofessionnels au niveau du Pays d'Auray (dispositif Resp'Breizh sur la BPCO, Projets de prévention sur la DMLA, service de prévention des risques suicidaires chez les soignants, etc.), elle fonctionne avant l'heure comme une préfiguration des CPTS. La FBI Santé d'Auray a donc été un atout pour le territoire, insufflant une dynamique visant à fédérer un plus grand nombre d'acteurs en communauté afin de correspondre aux critères permettant de rejoindre l'Accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2020.

La création d'une CPTS dans le Pays d'Auray est l'aboutissement de cette dynamique.

Sur un territoire où les professionnels de santé sont nombreux, le besoin de coordination est particulièrement évident, bien que difficile à mettre en œuvre (certaines professions sont dans une situation assez concurrentielle du fait de la densité de l'offre ; cela rend parfois difficile les relations entre pairs). Dans ce contexte, il est normal que la mobilisation des professionnels prenne du temps et nécessite de l'énergie. Un noyau fort doit donc exister pour animer des réunions, susciter le débat et l'échange et conduire les professionnels concernés à adhérer à un projet de CPTS rassembleur.

À cette fin, plusieurs actions de mobilisation et de réflexion se sont déroulées :

- 2 soirées d'information (avril et mai 2019)
- Avec Gecolib : 5 groupes de travail « projet de santé »
 - 22/10/19 : Pluvigner
 - 5/11/19 : Brech
 - 19/11/19 : Erdeven
 - 3/12/19 : Saint-Philibert
 - 17/12/19 : Auray
- Avec Hippocrate Développement :
 - 21/01/20 : Auray (réunion d'information et AG constitutive de l'association porteuse de la CPTS)
 - 4/02/20 :
 - Groupe de travail sur les statuts de l'association
 - Groupe de travail sur le projet de santé
 - 3/03/20 : Groupe de travail sur le projet de santé.

La CPTS est portée par l'association de loi 1901 « Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays d'Auray » dont les statuts ont été déposés le 21 mai en sous préfecture de Pontivy. A ce jour, les adhérents de la CPTS représentent 64 personnes, dont 55 professionnels de santé libéraux (soit environ 9 % des libéraux du territoire), parmi lesquels 14 médecins généralistes, soit 16 % de ceux recensés dans le Pays d'Auray.

¹ Article 4 des statuts de la FBI Santé.



2 Diagnostic préalable

Ce diagnostic est réalisé à partir :

- Des réunions d'expression de besoin organisées avec Gecolib
- Des données communiquées par l'INSEE, la CPAM, l'ORS et autres
- Des constats dressés par les professionnels de santé du territoire en réunion

2.1 Territoire de la CPTS

2.1.1 Un territoire marqué par la proximité avec l'Océan

La CPTS du Pays d'Auray est située dans le département du Morbihan (56), en région Bretagne. Elle est située sur le Territoire de démocratie en santé Vannes/Ploërmel/Malestroit.

Le territoire d'intervention de la CPTS du Pays d'Auray s'étend sur les 23 communes suivantes :

Auray	Crac'h	Ploemel
Baden	Erdeven	Plumergat
Belz	Etel	Pluneret
Le Bono	Landaul	Pluvigner
Brandivy	Landevant	Saint Philibert
Brech	Larmor Baden	Sainte Anne d'Auray
Camors	Locmariaquer	La Trinité sur Mer
Carnac	Locoal Mendon	

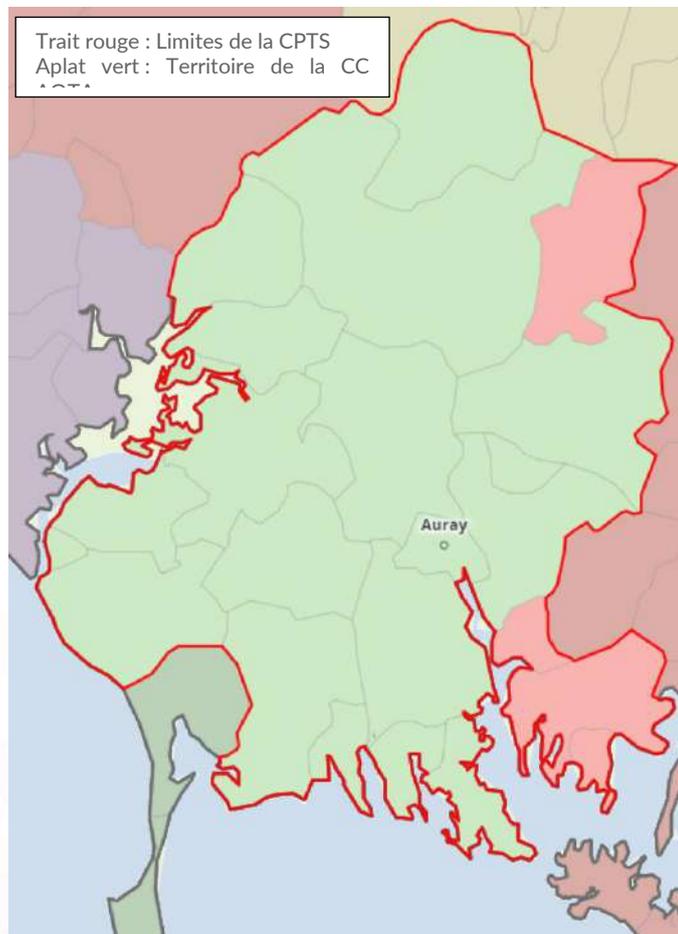
Ce territoire totalise 85 799 habitants (Insee, RP 2016), et correspond en grande partie (90 % de sa population) à la Communauté de communes Auray Quiberon Terre-Atlantique (AQTA) ². Les quatre autres communes (Baden, Le Bono, Brandivy et Larmor-Baden) sont situées dans l'intercommunalité Golfe du Morbihan Vannes Agglomération.

Le territoire de la CPTS se caractérise par :

- Sa proximité avec l'Océan (15 communes sont côtières)
- L'importance de son activité touristique (proximité avec le Golfe du Morbihan, communes côtières)
- L'importance des logements secondaires (30 % de la totalité des logements) et l'augmentation saisonnière (l'été) de la population
- Une population plutôt dense (157 habitants / km²)
- Une dichotomie entre la côte (tourisme, population plutôt dense et saisonnière, activité maritime) et les terres (population plus rurale)
- Une certaine ruralité dans le nord du territoire
- Une bonne desserte par le train (gare TGV à Auray, trajets directs depuis Paris) et par la route (territoire traversé par la RN 165, qui relie Nantes et Brest).

² NB : 5 communes d'AQTA ne sont pas comprises dans le territoire de la CPTS : Hoedic, Houat, Quiberon, Plouharnel et Saint Pierre Quiberon ; et 4 communes du territoire ne font pas partie d'AQTA (Baden, Le Bono, Brandivy et Larmor-Baden))





Le découpage territorial de la CPTS correspond globalement à la communauté de communes Auray Quiberon Territoire Atlantique, à quelques exceptions près :

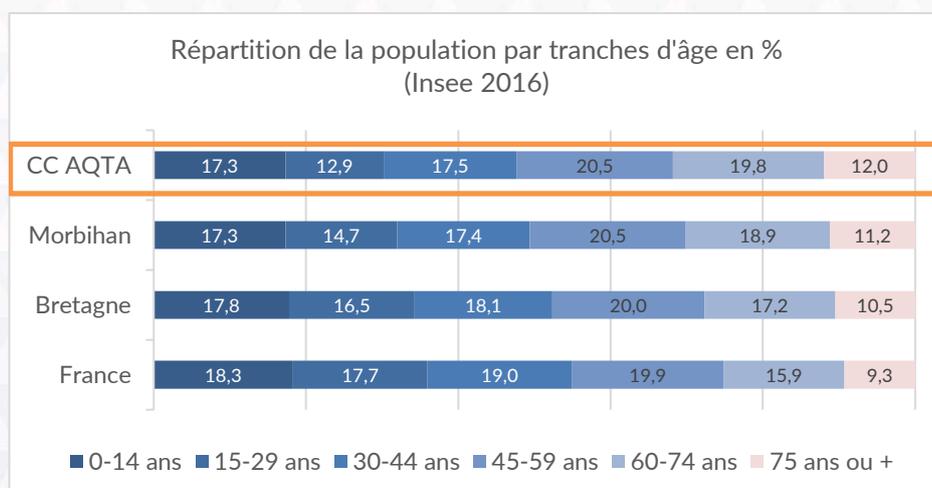
- Quiberon, Saint-Pierre Quiberon, Plouharnel et les îles ne font pas partie de la CPTS, car les acteurs de ces territoires souhaitent développer un projet de CPTS propre, dans la mesure où ils ont des enjeux très spécifiques (liés à l'insularité, notamment).
- Quatre communes de la métropole de Vannes (Brandivy, Larmor Baden, Baden et le Bono) sont intégrées au territoire de la CPTS car géographiquement plus proches d'Auray que de Vannes, et tournées vers Auray (par exemple, 16 % de la population active du Bono travaille sur Auray (Insee 2016)).



2.1.2 Une population plutôt âgée, mais des disparités démographiques territoriales

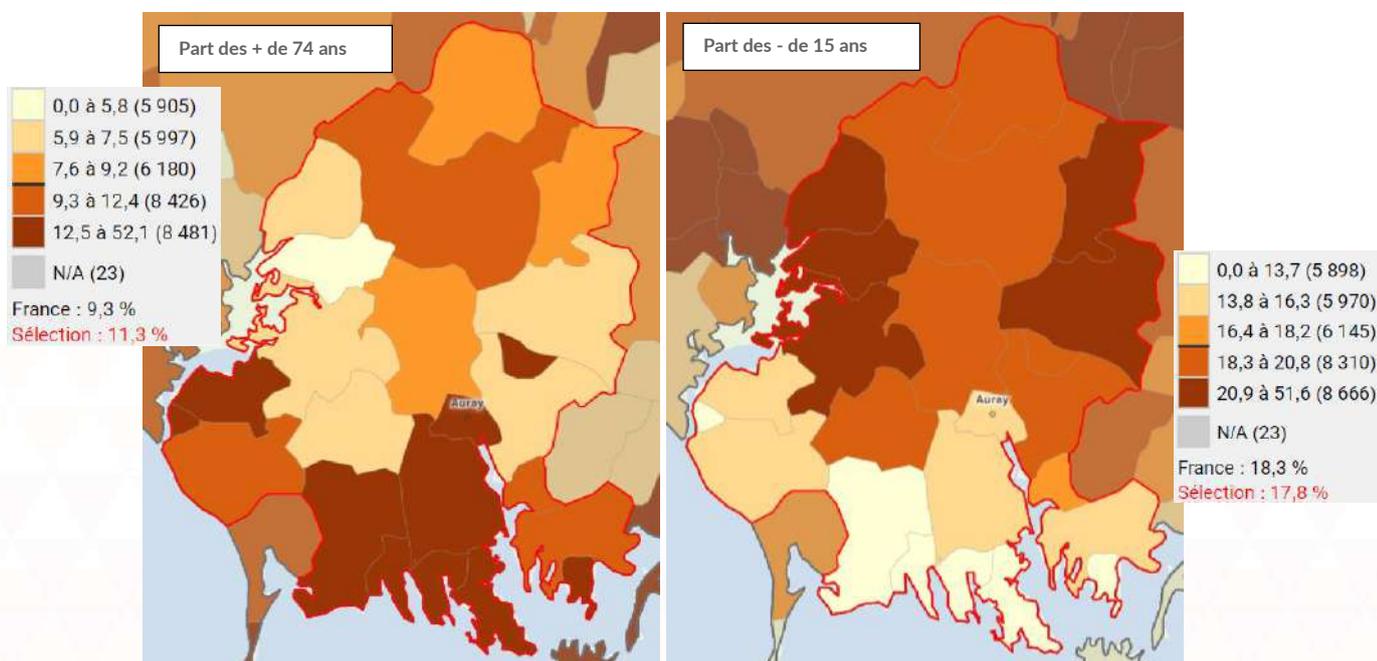
	Population en 2016	Taux annuel moyen de variation de la population entre 2011 et 2016 (%)	Dont solde naturel	Dont solde migratoire
Auray	13 667	1,7	-0,3	2,0
Baden	4 376	0,8	-0,0	0,8
Belz	3 725	1,2	-0,5	1,7
Le Bono	2 347	1,8	0,0	1,8
Brandivy	1 281	0,5	0,6	-0,1
Brech	6 635	0,3	0,3	0,0
Camors	3 012	1,0	0,4	0,6
Carnac	4 260	0,2	-0,6	0,8
Crac'h	3 317	0,1	-0,3	0,4
Erdeven	3 613	0,7	0,1	0,6
Etel	1 942	-1,6	-1,6	0,1
Landaul	2 280	1,8	1,1	0,7
Landévant	3 711	2,2	0,9	1,3
Larmor-Baden	896	1,2	-0,8	2,0
Locmariaquer	1 566	-0,8	-0,5	-0,3
Locoal-Mendon	3 408	1,5	0,5	1,0
Ploemel	2 841	2,0	0,4	1,6
Plumergat	4 088	2,1	1,0	1,2
Pluvigner	7 480	1,1	0,3	0,8
Pluneret	5 584	1,3	0,5	0,9
Saint Philibert	1 497	-1,4	-1,3	-0,1
Sainte Anne d'Auray	2 660	1,2	-1,0	2,3
La Trinité s/Mer	1 613	-0,3	-1,6	1,2
CC AQTA	86 301	0,9	-0,1	1,0
Morbihan	747 548	0,6	-0,0	0,6
Bretagne	3 306 529	0,5	0,1	0,5
France	66 361 587	0,4	0,4	0,1

Comme on peut le voir ci-dessus, le territoire de la CPTS connaît un certain dynamisme démographique, notamment porté par le solde migratoire (il y a plus d'arrivées que de départs sur les communes du territoire), qui compense largement le solde naturel faible, voire négatif pour 10 communes. Dans ce contexte favorable, il faut cependant noter que quatre communes (toutes côtières) ont vu leur population décroître entre 2011 et 2016, parfois de manière importante, notamment en raison du solde naturel.



La répartition de la population par tranche d'âges n'étant pas disponible à l'échelle du territoire de la CPTS, nous réalisons son étude au niveau de la CC AQTA. On peut y noter que la population est âgée : seuls 47,7 % de la population ont moins de 45 ans (contre 55,0 % en France). Par ailleurs, l'indice de vieillissement³ de la CC AQTA est de 109,4 en 2016 (contre 78,0 en France), ce qui laisse présager une accentuation du vieillissement de la population et une nécessité d'adapter l'offre de soins actuelle à une population âgée.

On note cependant des disparités entre les communes du territoire de la CPTS :



En effet, les cartes ci-dessus montrent que la répartition de la population par âge est inégale sur le territoire de la CPTS : les communes du sud du territoire (Etel, Belz, Sainte-Anne d'Auray, Auray, Crach, Carnac, Trinité-sur-Mer, Saint-Philibert, Locmariaquer, Larmor-Baden) ont une population plutôt âgée (>12,5 % de + de 75 ans) alors que celles du nord-ouest et du nord-est (Landévant, Landaul, Locoal-Mendon, Brandivy, Plumergat) ont une population plus jeune (>20,9 % de - de 15 ans).

En synthèse, la population couverte par la CPTS est plutôt âgée notamment près des côtes, et ce vieillissement va s'accroître dans l'avenir. En revanche, l'âge de la population n'empêche pas un certain dynamisme démographique, porté notamment par les nouveaux arrivants qui emménagent sur le territoire : retraités s'établissant sur la côte, actifs en recherche d'un cadre de vie plus sain, etc.

³ Qui représente le rapport entre les populations âgées de 60 ans ou plus et celles de moins de 20 ans : plus il est élevé, plus la population vieillit



2.1.3 Une population présentant des indicateurs socio-économiques plutôt favorables

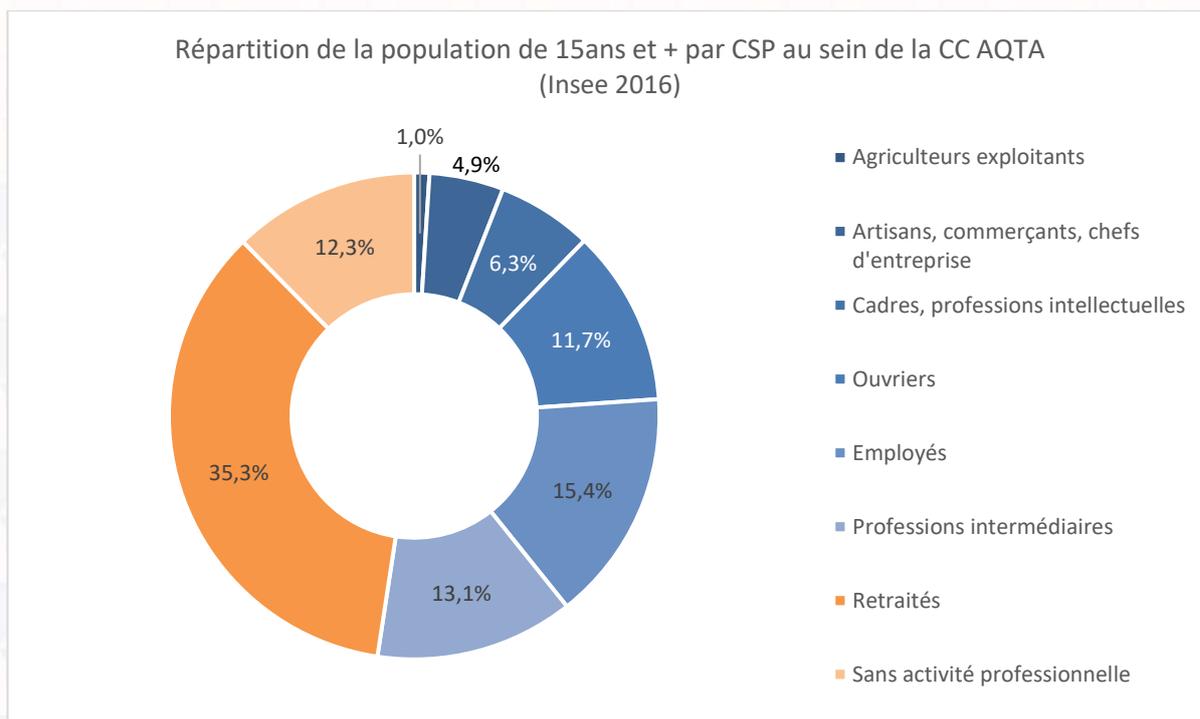
L'analyse des caractéristiques socio-économiques du territoire permet d'identifier certains facteurs qui pourraient affecter l'accès aux soins.

Indicateurs de précarité :

Territoire	Taux de chômage (2016)	Taux de CSS ⁴ (2019)	Part des familles monoparentales (2016)	Part des non-diplômés (2016)	Part des ménages imposés (2016)
CC AQTA	14	3,7⁵	11,5	19,5	57,0
Morbihan	12,8	5,5	12,6	27,4	49,1
Bretagne	12	6,1	18,4	26,3	49,3
France	14,1	9,6	15,9	29,5	52,0

Les indicateurs de précarité ci-dessus (à l'exception du taux de CSS) sont calculés au niveau de la Communauté de communes, car ils ne sont pas disponibles à l'échelle du territoire de la CPTS. Ils indiquent que le territoire de la CC AQTA est plutôt favorisé en comparaison aux autres échelles territoriales :

- Taux de chômage similaire à celui du territoire national
- Taux de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire inférieur de 61 % par rapport au territoire national
- Part de familles monoparentales et de non-diplômés inférieure à toutes les autres échelles territoriales
- Part des ménages imposés supérieure au niveau national.

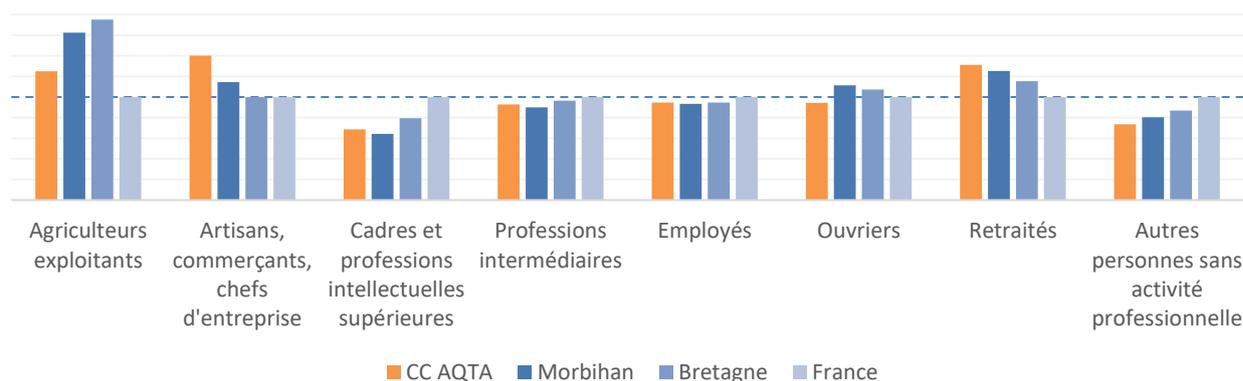


⁴ Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

⁵ Sur le territoire de la CPTS



Répartition de la population de 15 ans et + par CSP au sein de la CC AQTA
(comparaison aux échelles territoriales)
(Insee 2016)



Dans la population de la CC AQTA :

- Les retraités sont surreprésentés par rapport à la population française (35,3 %), contrairement aux autres personnes sans activité professionnelle (12,3 %)
- Deux catégories socioprofessionnelles sont surreprésentées chez les actifs : Agriculteurs exploitants et Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- A l'inverse, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont sous représentés.

En synthèse, la population de la CC AQTA est relativement favorisée, et composée principalement de retraités (plus d'un tiers des + de 15 ans).



2.2 Etat de santé de la population, consommation de soins et prévention

2.2.1 Une espérance de vie à la naissance dans la moyenne

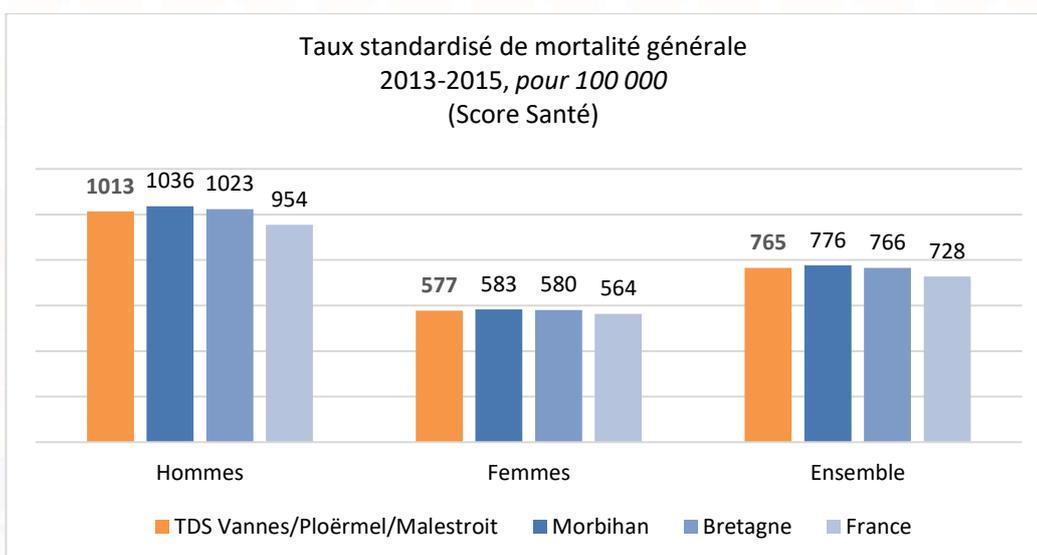
	Hommes	Femmes
CC AQTA	79	85
Morbihan	78	85
Bretagne	78	85
France	79	85

Source : Score-santé

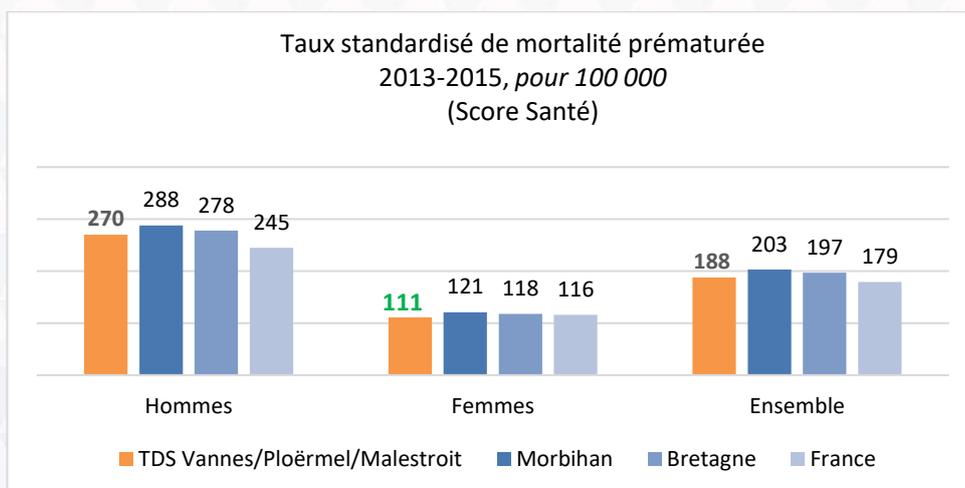
On note que l'espérance de vie dans la CC AQTA⁶ est conforme à la valeur nationale, supérieure à celle de la Bretagne (pour les hommes).

2.2.2 Un taux de mortalité relativement important

Les données concernant la mortalité n'étant pas disponibles à l'échelle de la CPTS ou de la CC AQTA, elles sont étudiées au niveau du territoire de démocratie sanitaire.



Au sein du Territoire de Démocratie Sanitaire Vannes/Ploërmel/Malestroit, la **mortalité générale est similaire** à celle du département et de la région, plus élevée qu'au niveau national.



⁶ Echelle territoriale sur laquelle la donnée est disponible



Le taux standardisé de mortalité prématurée est dans l'ensemble supérieur au taux national mais inférieur aux taux départemental et régional. Concernant les hommes, ce taux est supérieur au taux national de 10,2% alors que chez les femmes, il est inférieur à toutes les autres échelles territoriales.

Mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risques dans le pays d'Auray (période 2000-2006)⁷ :

⁷ https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Pays_Auray_leger.pdf Référence ICM France métropolitaine = 100



Hommes :



Femmes :

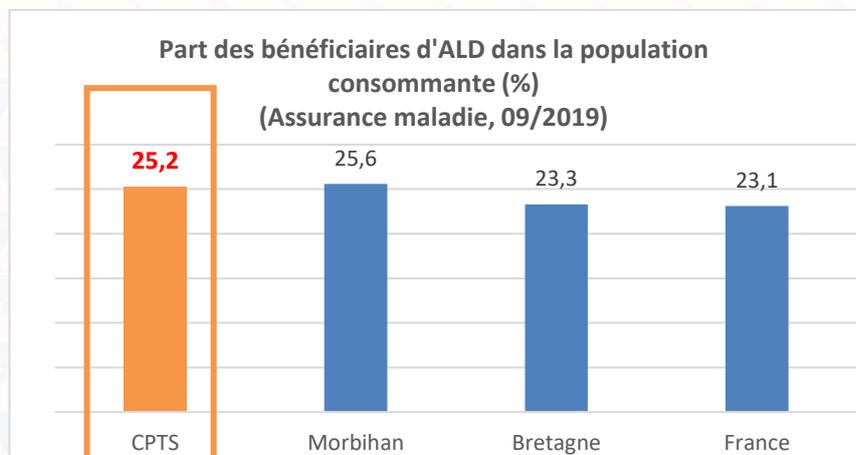


Dans le pays d'Auray, la mortalité prématurée évitable était nettement supérieure à la moyenne française entre 2000 et 2006, tant pour les femmes que pour les hommes.

En synthèse, la mortalité, tant générale que prématurée, est assez élevée dans le TDS Vannes/Malestroit/Ploërmel (sauf la mortalité prématurée des femmes), et il en va de même concernant la mortalité évitable liée à des comportements à risque (donnée dont la portée est à relativiser, car elle date de 2006).

2.2.3 De nombreuses affections longue durée

L'étude des taux d'admission en affection longue durée (ALD) permet une approche de la proportion de population touchée par des maladies chroniques. Ces chiffres sont toutefois à manier avec précaution, car ils ne représentent pas la réelle incidence de ces maladies : d'autres facteurs entrent en compte tels que le comportement et la couverture des assurés, ainsi que les avis des médecins. Ainsi, le nombre réel de personnes touchées par les maladies chroniques est en général supérieur au nombre d'ALD déclarées.⁸



Le tableau ci-dessus présente la part des patients bénéficiaires d'ALD parmi la population ayant consommé des soins dans l'année précédente (population consommante). Dans le Pays d'Auray, ils représentent plus du quart des patients. Or, les personnes atteintes de maladies chroniques demandent non seulement d'avantage de soins que les autres patients mais également de la coordination des professionnels de santé. L'évaluation de leur nombre et de leur évolution est un bon indicateur des besoins de santé existants sur le territoire.

⁸ Cf. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/taux-standardis-de-nouvelles-admissions-en-affections-longue-dur-e-ald?rech=1>



2.2.4 Pathologies prévalentes : importance des cancers, du diabète, et des troubles cardiaques

Ce tableau présente les pathologies les plus fréquentes sur le territoire de la CPTS (en référence aux affections logue durée)

Pathologies Patients consommateurs(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Top 5 sur le territoire en référence à la liste des Affections de Longue Durée (6)							
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4.8% 4 243 pat.	4.7%	4%	3.8%	0.1	0.8	1
Diabète de type 1 et diabète de type 2	3.7% 3 227 pat.	4%	3.6%	4.9%	-0.3	0.1	-1.2
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	2.7% 2 394 pat.	2.7%	2.4%	2.1%	0	0.3	0.6
Maladie coronaire	2.7% 2 380 pat.	2.8%	2.3%	2.2%	-0.1	0.4	0.5
Affections psychiatriques de longue durée	2.7% 2 355 pat.	3.1%	3%	2.4%	-0.4	-0.3	0.3

Les 5 prévalences majeures sur le territoire de la CPTS du Pays d'Auray sont :

- Les tumeurs malignes (dont la prévalence est supérieure par rapport aux autres échelles de territoire, ce qui pourrait être lié à l'âge de la population)
- Les diabètes, type 1 et 2 : prévalence importante, mais inférieure au département et à la France
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les maladies coronaires
- Et les affections psychiatriques longue durée (moins représentées que dans la région et le département, mais plus qu'au niveau national).

Ces pathologies, dans la mesure où elles représentent une part importante de la population, pourront faire l'objet d'une attention toute particulière dans la réflexion sur les parcours de soins.

2.2.5 Une prévention efficace sur le territoire

Donnée	Territoire	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Polymédication continue	12,8 % 2 874 pat.	14,1 %	14,3 %	16,1 %	-1,3	-1,5	-3,5
Antibiorésistance	37,4 % 13 093 pat.	38,3 %	36,2 %	39,1 %	-0,9	1,2	-1,7
Dépistage cancers : Sein	67,5 % 10 502 pat.	66,3 %	65,1 %	65,0 %	1,2	2,4	2,5
Dépistage cancers : Colorectal	33,6 % 8017 pat.	32,9 %	34,0 %	30,3 %	0,7	-0,4	3,3
Dépistage cancers : Col de l'utérus	58,8 % 13 363 pat.	57,3 %	58,3 %	54,4 %	1,5	0,5	4,4
Vaccination grippe	56,2 %	54,7 %	56,2 %	53,1 %	1,5	0	3,1



saisonnaire	12 170 pat.						
Vacc. grippe sais. : personnes à risque	34,5 % 886 pat.	34,3 %	35,6 %	31,2 %	0,2	-1,1	3,3
Vaccination ROR	81,5 % 587 pat.	81,3 %	82,9 %	79,4 %	0,2	-1,4	2,1
Vaccination méningocoque C	87,4 % 601 pat.	87,5 %	89,5 %	85,3 %	-0,1	-2,1	2,1

Source : Rézone CPTS (au 20/03/2020)

Le tableau ci-dessus montre que la situation du territoire de la CPTS est bonne concernant la prévention : tous les indicateurs affichés sont plus favorables qu'au niveau national. En revanche, on note que dans un contexte régional particulièrement favorable, la CPTS enregistre des scores inférieurs à ceux de la Bretagne concernant les indicateurs suivants :

- Antibiorésistance⁹
- Dépistage du cancer colorectal¹⁰
- Vaccins :
 - Grippe saisonnière pour les personnes à risque
 - ROR
 - Méningocoque C

Ces thématiques pourront faire l'objet d'une réflexion propre.

En plus des données statistiques mentionnées ci-dessus, il convient de noter que l'enquête menée par Gecolib et les réunions de travail de la CPTS ont permis de faire émerger plusieurs autres sujets concernant la prévention :

- Il existe un dispositif de réhabilitation cardiorespiratoire développé par les professionnels libéraux sur le Pays d'Auray : Respibreizh. Celui-ci est opérationnel depuis 2013, mais gagnerait à être connu. Une coordination avec la filière pneumologie du CHBA est souhaitable, afin que chaque patient sortant d'hospitalisation soit inclus dans le dispositif.
- La prévention auprès des populations âgées devra être favorisée (cf. 2.1.2 ci-dessus, vieillissement de la population) notamment autour des problématiques suivantes :
 - Repérage de la fragilité par tout professionnel
 - Prévention des chutes
 - Prise en compte des aidants et services d'aide à la personne
 - Observation des traitements par le bilan partagé de médication
- Certains sujets devront être priorités dans la prévention à l'attention des enfants :
 - Troubles psychomoteurs
 - Prise en charge de l'obésité
- Enfin, a été relevée la nécessité de coordonner les acteurs et d'informer autour des dispositifs d'éducation thérapeutique du patient développés sur le territoire.

⁹ Rapport entre la population consommante traitée par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) et le nombre de consommateurs d'au moins un antibiotique

¹⁰ 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 consommante 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)



2.3 Organisation des soins sur le territoire

2.3.1 Une bonne couverture de la population par les médecins traitants

La question de l'accès des patients à un médecin traitant est primordiale pour les CPTS : il s'agit de l'une de leurs missions socles. Plusieurs catégories de population sont à observer particulièrement à ce sujet, pour des raisons de besoins spécifiques en santé ou d'accès aux soins :

- Les personnes âgées de plus de 70 ans
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)
- Les bénéficiaires d'ALD

Catégorie de patient	Taux sans médecin traitant (sur la population ayant consommé des soins dans l'année)			
	CPTS Pays d'Auray	Morbihan	Bretagne	France
17 ans et +	8,9 %	9,6 %	10,2 %	10,2 %
17 ans et + en ALD ¹¹	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %
17 ans et + ayant la CSS ¹²	0,5 %	0,7 %	0,8 %	1,2 %
70 ans et + ¹³	4,8 %	4,8 %	5,6 %	5,3 %

Les données de l'Assurance maladie permettent de constater que la couverture de la population du territoire par des médecins traitants est correcte. En effet, seuls 8,9 % des 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant (contre 10,2 % pour la France). La situation est favorable aussi concernant les patients ayant la CSS, ceux en ALD et ceux de 70 ans et plus.

Au niveau infra-territorial, on note cependant que 9 communes ont plus de 10 % de leur population non couverte par un médecin traitant (La Trinité-sur-Mer, Baden, Belz, Brandivy, Ploemel, Le Bono, Etel, Larmor-Baden, et Saint-Philibert), la situation est particulièrement préoccupante à la Trinité-sur-Mer (20,3 % de la population non-couverte). Pour certaines de ces communes, la faible couverture s'explique par une faible densité médicale, ou par le départ récent d'un médecin (Baden, Belz, Brandivy, Ploemel, Etel). Un autre facteur explicatif peut être l'importance de la population saisonnière : en effet, dans les villes les plus touristiques, les médecins ont une forte activité estivale, ce qui ne leur permet pas d'accepter de nouveaux patients comme médecins traitants (par ailleurs, il est possible que certains de leurs patients « médecin traitant » ne résident pas à l'année sur la commune). La Trinité-sur-Mer, Etel et Saint-Philibert, qui ont entre 40 et 70 % de résidences secondaires sur leur territoire, pourraient être concernées par cette problématique.

Ces situations infra-territoriales ne doivent cependant pas masquer la bonne couverture sur le territoire global. Celle-ci est cohérente avec la richesse de l'offre de soin présente sur le territoire, comme nous allons le voir maintenant.

2.3.2 Une offre de soins de premiers recours riche et diversifiée

Nombre de professionnels de santé de premier recours :

	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs-Kinésithérapeutes	Chirurgiens-dentistes	Orthophonistes	Sages-femmes	Pédicures Podologues	Pharmacies
CPTS Pays d'Auray	89	253	141	41	32	4	23	29

¹¹ Communes neutralisées : Brandivy, Landaul, Landévant, Larmor-Baden)

¹² Communes neutralisées : Brandivy, Camors, Carnac, Etel, Landaul, Landévant, Larmor-Baden, Locmariaquer, Local-Mendon, Ploemel, Plumergat, Saint-Philibert, La-Trinité-sur-Mer, Bono, Sainte-Anne-d'Auray

¹³ Communes neutralisées : Brandivy, Camors, Landaul, Landévant, Local-Mendon



TOTAL professionnels + 60 ans	18 20 %	9 4 %	7 5 %	5 12 %	2 6 %	0 -	NC	NC
-------------------------------------	------------	----------	----------	-----------	----------	--------	----	----

L'offre de soins de premier recours de la CPTS n'est pas constituée uniquement des professionnels libéraux individuels. Il convient aussi de mentionner que :

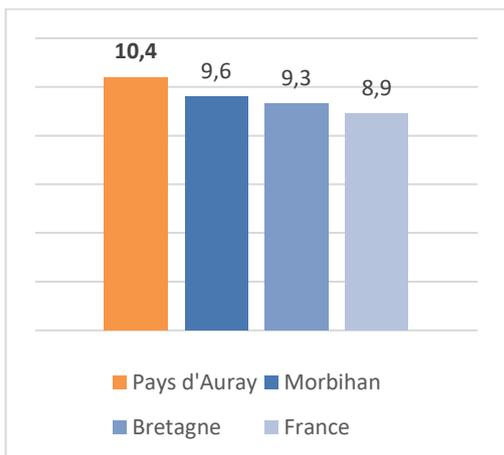
- Une MSP regroupe 27 professionnels de santé libéraux à Auray
- Un SSIAD est présent à Auray
- 9 orthophonistes salariés exercent sur le territoire (source : Cartosanté)
- En revanche, aucun centre de santé n'est présent sur le territoire

On le voit, l'offre de santé de premiers recours est riche sur le territoire, avec plus de 600 professionnels libéraux et 29 pharmacies d'officine. Pour voir si cette offre de santé est correctement dimensionnée par rapport à la population, il est nécessaire d'observer les densités de professionnels libéraux pour 10 000 habitants (donnée disponible uniquement sur 6 professions)

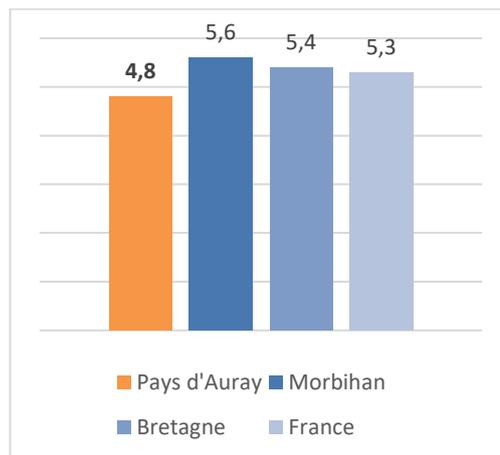


Densité des professionnels (pour 10 000 personnes, source : Cartosanté 2018, exploitation HD) :

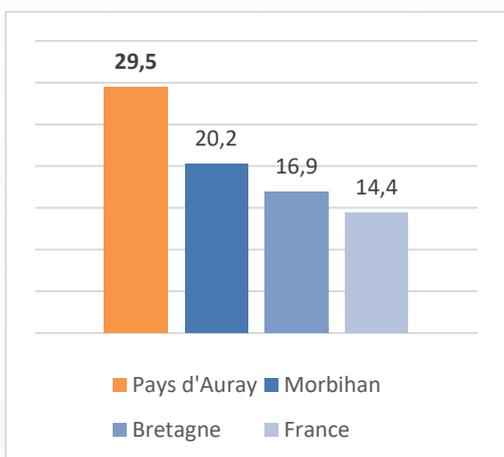
Médecins généralistes :



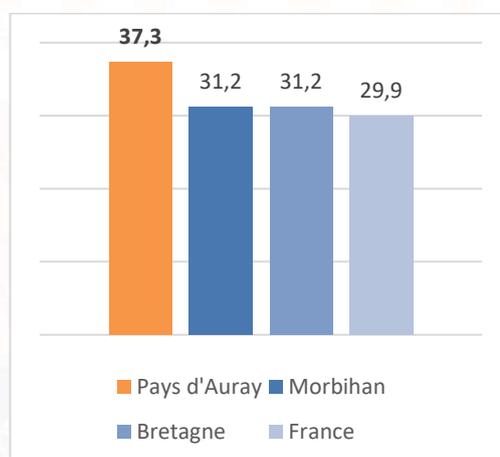
Chirurgiens-dentistes :



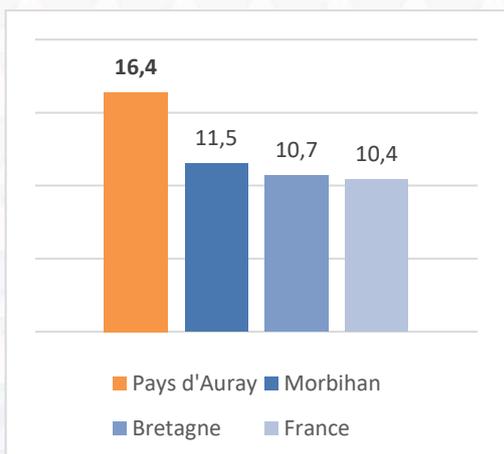
Infirmiers :



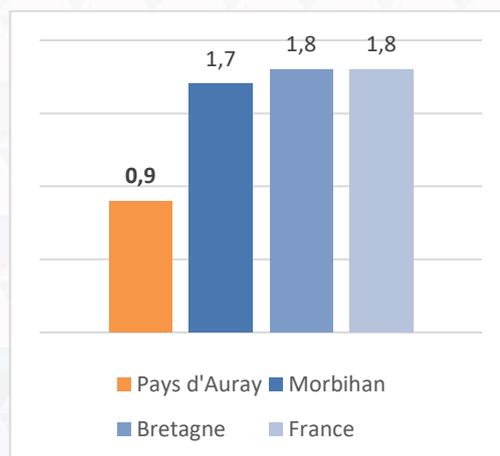
Orthophonistes (densité pour 100 000 personnes) :



Masseurs-kinésithérapeutes :



Sages-femmes (densité pour 10 000 femmes) :



On note de bonnes densités de professionnels de santé libéraux dans la CPTS du Pays d'Auray, à l'exception de deux professions :

- Les chirurgiens-dentistes (densité inférieure de 9 % à celle de la France)

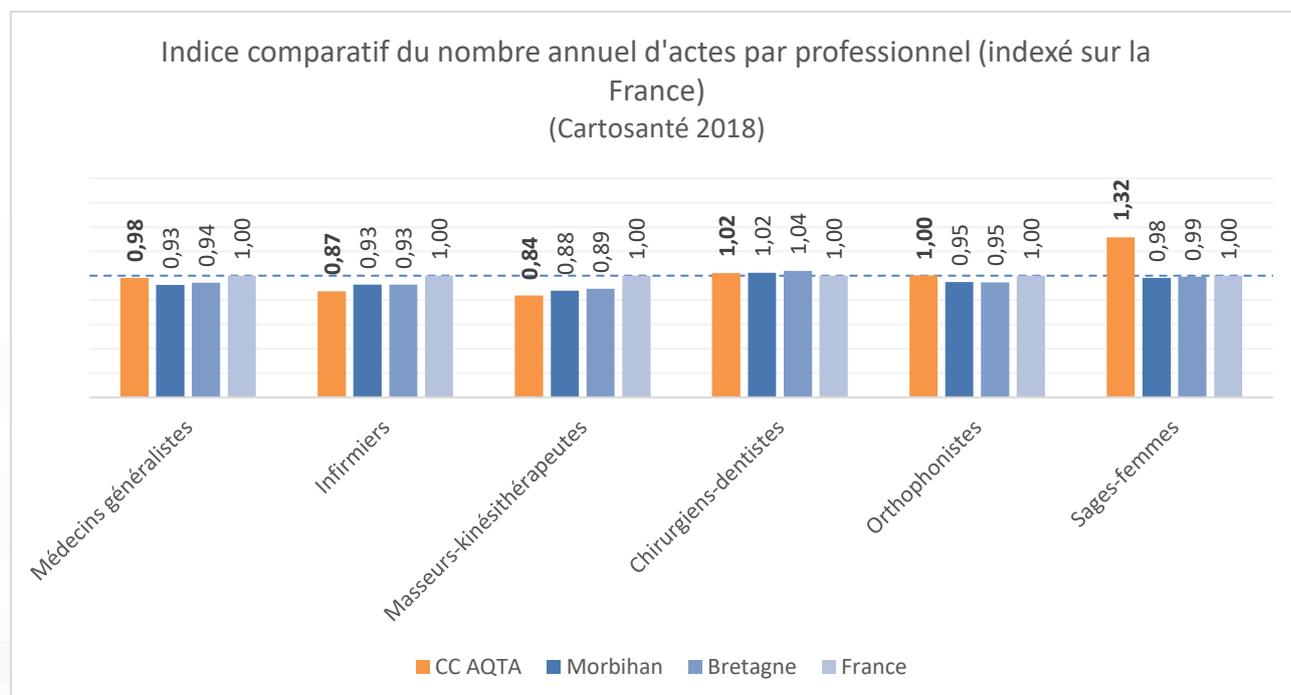


- Les sages-femmes (densité inférieure de 50 % à celle de la France).

Par ailleurs, concernant les médecins généralistes, il convient de noter :

- Que la commune de Brandivy (1 281 habitants) en est dépourvue
- Que la commune de Camors (3 012 habitants) est classée Zone d'action complémentaire pour l'accès aux soins de médecine générale.

Après avoir observé les densités de professionnels de santé, il est nécessaire de considérer leur activité moyenne, afin d'évaluer l'adéquation entre les besoins en santé de la population, l'offre de santé, et la capacité de production de soins.



Comme on le voit, l'étude de l'activité des professionnels de santé sur la CC AQTA est globalement cohérente avec les densités observées sur la CPTS :

- Activité moyenne relativement faible pour les professionnels dont la densité est importante : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes
- Activité moyenne plus importante pour les professionnels dont la densité est faible : chirurgiens-dentistes et sages-femmes
- Seuls les orthophonistes font exception : forte densité dans la CPTS mais activité moyenne dans la CC AQTA

A l'exception des sages-femmes, les autres professions ne semblent donc pas saturées du point de vue de leur activité.

La richesse de l'offre de soins du premier recours est un atout du territoire. **En revanche, elle peut être source de difficultés pour la création de la CPTS.** En effet, dans la mesure où ils ne sont pas en situation tendue, les professionnels de santé du premier recours peuvent avoir des difficultés à percevoir l'intérêt de la coordination et ne pas en faire une priorité dans leur exercice. Par ailleurs, cette richesse de l'offre (particulièrement importante chez les infirmiers) peut entraîner des situations de concurrence, ne favorisant pas la collaboration intra professionnelle. Ces réalités devront être prises en compte au démarrage de la CPTS. Pour emporter l'adhésion des professionnels du territoire, celle-ci devra rapidement mettre en place des



actions qui démontrent son intérêt dans l'exercice quotidien des professionnels. Elle devra être perçue comme pourvoyeuse de solutions à des problématiques partagées.



2.3.3 L'offre de soins de second recours

23 spécialistes exercent sur le territoire de la CPTS, parmi lesquels 20 exercent à Auray, 2 à Pluneret (gynécologues), 1 à Baden (psychiatre) :

	Spécialistes
Cardiologues	3
Dermatologues	3
Gynécologues	3
Psychiatres	3
Ophthalmologues	4
ORL	3
Pneumologues	1
Radiologues	3
TOTAL	23

Par ailleurs, 1 établissement de santé est situé sur la commune d'Auray : le site d'Auray du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA), et les professionnels de santé du territoire signalent travailler le plus souvent avec 2 établissements : le CHBA et la Clinique Océane, tous les deux situés à Vannes.

Le CHBA dispose de 7 pôles d'activité clinique et médico-technique :

- Chirurgie
- Femme-Mère-Enfant (comprenant notamment une maternité, un service de pédiatrie, ...)
- **Gériatrie** et soins de suite polyvalents (dont 4 EHPADs, **une équipe mobile, un service de médecine gériatrique et des unités SSR**)
- Prestataires (Imagerie médicale, laboratoire de biologie médicale, Pharmacie, etc.)
- SPAGORA (**Maladies respiratoires**, digestives, **oncologiques**, rhumatologiques)
- Urgence réanimation médecine
- Vasculaire (**cardiologie**, endocrino-diabétologie, etc.)

Concernant la santé mentale, il existe un CMP et un CMPP à Auray.

2.3.4 L'offre médico-sociale

L'offre médico-sociale du territoire est diversifiée. Elle est concentrée sur 11 communes, comme le montre le tableau suivant.

	EHPAD	Résidence Autonomie	FAM	CHRS	EANMPH	MECS	Foyer de vie pour adultes handicapés
Auray	3	2		1	2	5	
Baden			1				
Belz	1						
Brech	1						
Carnac		1					
Crac'h							1
Etel	1						
Landévant	2						
Pluvigner	1						
Sainte-Anne-d'Auray	2						
La Trinité-sur-Mer	1						
TOTAL	12	3	1	1	2	5	1



2.4 Les parcours de soin identifiés comme problématiques

On le voit, l'offre en santé est riche et les besoins de la population sont globalement couverts dans le Pays d'Auray. Cependant, l'organisation des parcours de soins pourrait être optimisée. Une enquête menée par Gecolib en préparation de ce projet de santé a permis de faire émerger plusieurs problématiques. Il convient de noter que leur expression correspond à ce qui a été recueilli lors de la consultation menée par Gecolib auprès des libéraux. Leur mention dans ce diagnostic est donc l'expression d'un ressenti par certains acteurs, elle figure ici afin d'initier un dialogue sur le sujet.

- **L'hospitalisation à domicile et la nécessité de mieux structurer et définir la coopération ville/hôpital**
 - L'articulation / coordination des interventions des différents professionnels autour du patient lorsque le HAD intervient n'est pas optimale : une meilleure circulation de l'information entre les différents acteurs pourrait apporter de la fluidité.
- **Le lien ville-hôpital**
 - Les retours au domicile pourraient être mieux préparés (les professionnels de santé libéraux ne sont pas avertis systématiquement), ce qui pourra être réfléchi par les professionnels.
- **La coordination avec les acteurs du domicile**
 - Le souhait du patient âgé et/ou fragile de rester le plus longtemps possible dans son lieu de vie, malgré le besoin de soins, d'aides et d'accompagnement, n'est pas abordé de façon pluriprofessionnelle ni plurisectorielle (hôpital/HAD - ville). Cette situation ne permet pas d'apporter une réponse optimale aux besoins et souhaits des patients concernés.
 - Plusieurs thématiques ont été évoquées comme importantes, concernant le domicile :
 - Prise en charge en cancérologie
 - Suivi des plaies et escarres
 - Psychiatrie / Santé mentale
 - Prise en charge des patients en situation d'addiction / de précarité et fragilité sociale

Les différents acteurs concernés témoignent de leur volonté de collaborer sur ces points. À cet effet, des groupes de travail animés par le coordinateur pourront se réunir selon les modalités évoquées dans les axes du projet de santé ci-dessous.

2.5 L'action de la CPTS dans la période Covid-19

La crise Covid-19 a eu pour effet de consolider l'existence effective de la CPTS et sa présence sur le territoire au service des équipes de soin libérales. Plusieurs actions ont été menées en parallèle, notamment :

- Récupération de matériel de protection individuelle auprès d'entreprises et autres organisations, puis mise à disposition des différents acteurs (soignants, CCAS, offreurs de service à domicile...), le matériel a été distribué quand les acteurs n'étaient pas en capacité de le récupérer.
- Accompagnement à l'organisation des équipes de soins primaires et notamment des tandems médecins traitants - infirmiers libéraux.
 - Mise à disposition d'un outil numérique de coordination (Globule)
 - Incitation à l'emploi de la télémédecine
- Communication régulière auprès des acteurs institutionnels et de la presse (points de situation réguliers à l'intention des habitants du territoire, incitations aux gestes barrières)
 - Information de l'ARS,
 - Maintien du lien avec le DAC, PTA, APS (participation aux réunions de CODIR)
- Accompagnement à l'élaboration d'un centre dédié Covid-19 sur Pluneret organisé par des soignants du territoire (notamment le Dr J. Le Coz Secrétaire général adjoint de la CPTS)
- Propositions d'équipements de protection individuels en début de déconfinement à tous les professionnels de santé non-inscrits sur la liste du ministère de la santé (orthophonistes, orthoptistes, psychologues, diététiciens, etc.)



- Organisation d'un webinaire avec AD Quotidien et une fédération de prestataires aidants à domicile pour la formation aux gestes barrières et aux nouvelles conditions d'hygiène et de sécurité.
- Enquêtes téléphoniques à l'intention des médecins du territoire afin de recueillir l'expression de leurs besoins et reporting.
- Intervention auprès du personnel de la résidence Sénior DOMITYS pendant la période.

Après le déconfinement

- Accompagnement du retour au travail après le confinement des salariés de l'association La Belle Porte.
- Intervention prévue auprès du Club de Voile Océane pour l'accompagnement des salariés et moniteurs saisonniers au démarrage de la saison dans le cadre post épidémique.
- Dossier de l'élimination des déchets produits par les cabinets médicaux libéraux : discussions avancées pour trouver une solution en partenariat avec le GIP SILGOM et l'hôpital d'Auray.
- Rencontre avec le député Jimmy PAHUN (membre du CA de la CPTS) et son équipe afin de présenter ce rapport d'activité et de proposer une contribution dans le cadre du Ségur de la Santé.
- Entreposage du stock de masque FFP2 à destination des kinésithérapeutes du territoire de la CPTS au service de l'URPS kiné ayant organisée cette opération.
- Accompagnement du laboratoire OCEALAB pour la mise en place d'un COVID-Drive prélèvement PCR. Organisation et gestion des ressources humaines libérales. Recrutement sur la base du volontariat d'un pool d'infirmiers et infirmières, élaboration d'un planning, mise en relation des acteurs, suivi du planning. À la demande d'OCEALAB et vue l'augmentation de la demande, mise en relation avec la MSP de la Gare afin d'assurer une deuxième file active de prélèvement.
- Préparation communication à l'intention des soignants concernant la nécessité de préparer la rentrée en respectant les obligations sanitaires, notamment celles concernant le stock d'EPI.

De manière plus générale, la CPTS du Pays d'Auray rentre peu à peu dans le paysage sanitaire du territoire et en tant qu'interlocuteur représentant l'offre de soins libérale, ou en tant que partenaire pour le développement de projets importants.

On peut ainsi noter que la CPTS du Pays d'Auray :

- Est invitée en tant que telle à participer aux réunions de la Commission médicale de groupement du CHBA.
- A été sollicitée par le CHBA dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences dans le but de mettre une instance de pilotage de ce projet territorial concernant la coordination gériatrique. La CPTS a signé la lettre d'engagement à partager ce projet.
- A été invitée à la réunion d'information et de présentation du CHBA concernant sa réponse à l'appel à projet du ministère de la Santé relative au dossier de Service d'Accès aux Soins. La CPTS a signé la lettre d'engagement signifiant sa participation au projet porté par le CHBA.



Synthèse du diagnostic territorial

Territoire d'intervention

- Un territoire marqué par sa proximité avec l'océan Atlantique (forte activité touristique/saisonnaire, dichotomie entre la côte, dense, et les terres, plus rurales)
- Une population plutôt âgée et en vieillissement, notamment près des côtes, mais un certain dynamisme démographique (porté par le solde migratoire positif)
- Une population relativement épargnée par la précarité

Etat de santé de la population

- De nombreuses affections longue durée, notamment pour
 - Tumeurs
 - Diabète
 - Insuffisance cardiaque
- Une prévention efficace sur le territoire, qui pourra encore être améliorée concernant les personnes âgées et les enfants

Analyse de l'offre de soins existante sur le territoire

- Une bonne couverture de la population par les médecins traitants (avec des disparités : moins bonne couverture dans certaines zones très touristiques)
- De fortes densités de professionnels de santé libéraux
- Une offre de soins riche, tant en premier qu'en second recours
- Une activité saisonnière qui fait que l'été, certains professionnels peuvent être saturés.



3 Projet de santé

3.1 Les axes du projet de la CPTS

L'ambition générale de la CPTS du pays d'Auray est de créer des liens entre les professionnels du territoire afin qu'ils se saisissent des problématiques concrètes qu'ils rencontrent et construisent ensemble des solutions adaptées. Cette ambition peut se résumer de la façon suivante :

« Créer des liens pour aller plus loin ensemble »

Cette ambition se déclinera en plusieurs axes de travail, constituant le projet de la CPTS du pays d'Auray.

Le diagnostic mené lors de l'accompagnement, ainsi que les échanges menés en groupes de travail ont permis d'identifier plusieurs axes de travail qui s'articulent avec les missions socles de l'ACI :

- Mission socle 1 : accès aux soins
 - o AXE 1 : Améliorer l'accès des patients du territoire à un médecin traitant
 - o AXE 2 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours non programmés (orientation des patients)
 - o AXE 3 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours via la téléconsultation
- Mission socle 2 : Parcours professionnels
 - o AXE 4 : Améliorer le lien entre la ville et l'hôpital sur l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance respiratoire
- Mission socle 3 : prévention
 - o AXE 5 : Améliorer la prise en charge pluri professionnelle des personnes en situation de fragilité pour éviter les hospitalisations
 - o AXE 6 : Promouvoir la santé des soignants et de la population (prévention santé mentale, vaccination et addictologie)
 - o AXE 7 : ONCOPARCOURS



3.1.1.1.1.1.1.1 AXE 1 : Améliorer l'accès des patients du territoire à un médecin traitant

Thématique de l'action : Amélioration de l'accès à un médecin traitant	
Contexte / justification de l'action :	
<p>Comme mentionné dans le diagnostic ci-dessus, l'accès à un médecin traitant est globalement bon dans le Pays d'Auray (nombreux médecins généralistes, seuls 8,9 % des patients de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant). Les zones où la population est moins couverte en médecins traitants sont caractérisées par une faible densité médicale ou par une forte variation saisonnière de la population.</p> <p>Par ailleurs, dans un contexte quasi-concurrentiel, le besoin de coordination n'est pas une évidence aujourd'hui pour tous les professionnels de santé du territoire : certains d'entre eux perçoivent plutôt les actions en sa faveur comme une contrainte mais pas comme un atout. Ils sont donc prêts à accueillir des propositions uniquement s'ils n'y voient pas de contrainte supplémentaire.</p> <p>Une enquête téléphonique a été menée auprès des médecins du territoire (59 répondants) : 44 médecins (soit 75 % des répondants) sont prêts à être médecins traitants de nouveaux patients.</p>	
Population cible	L'ensemble des patients sans médecin traitant du territoire
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	Actuellement, aucune organisation d'augmentation de nombre de patients suivis par des médecins traitants n'est en place. D'après les témoignages des professionnels, les patients sans médecin traitants se tournent vers les urgences en cas de besoin
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le nombre de patients sans médecin traitant - Faire prendre conscience aux différentes professions de la nécessité de s'organiser collectivement afin de répondre aux besoins du territoire
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition par la CPTS à la CPAM 56 d'un tableau indiquant les disponibilités des médecins en matière d'accueil de nouveaux patients. Tableau mis à jour sur une base trimestrielle. - Organiser un groupe de travail avec les médecins généralistes et la CPAM 56 pour mettre en place un protocole d'orientation des patients vers des médecins traitants. - Organiser un groupe de travail avec la CPAM 56, pour évaluer l'impact de cette problématique sur l'accès aux soins sur le territoire de la CPTS (localisation des patients sans médecin traitant). - Organiser des rencontres entre pairs afin d'évoquer les problématiques spécifiques à la profession et d'apporter des réponses communes aux besoins des patients du territoire.
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Lien avec la CPAM 56 - Chaque trimestre, le coordinateur de la CPTS met le tableau des médecins à jour, après une enquête terrain (questionnaire envoyé à tous les médecins).
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} enquête réalisée : un premier tableau pourrait déjà être remis à la CPAM - Le processus de mise à jour du tableau doit encore être affiné. Cela pourra être réalisé lors de la prise de fonction du



	<p>coordinateur (après entrée dans l'ACI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe pourra se réunir lors de la 1^{re} année de fonctionnement de la CPTS.
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - L'action pourra être évaluée tous les ans lors d'un groupe de travail entre la CPTS et la CPAM 56 - Le coordinateur tiendra à jour la liste des médecins pouvant accueillir des nouveaux patients - Indicateurs de résultat <ul style="list-style-type: none"> o Taux de patients sans médecins traitants (fournis par la CPAM) o Nombre de médecins traitants pouvant accueillir des nouveaux patients (enquête interne CPTS)



3.2 AXE 2 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours non programmés (orientation des patients)

Thématique de l'action : Amélioration de l'accès aux soins non programmés	
Contexte / justification de l'action :	
<p>Lors de l'enquête téléphonique menée auprès des médecins du territoire (59 répondants) 46 médecins déclarent accueillir des soins non programmés (soit 78 % des répondants)</p> <p>Malgré cette offre de soins non programmés, selon les périodes, elle arrive à saturation (notamment en période estivale, avec l'afflux de saisonniers)</p> <p>Les médecins sont d'accord pour prendre en charge des soins non-programmés, mais ne souhaitent pas s'engager sur des créneaux précis et des astreintes. Ils préfèrent un système sans engagement.</p>	
Population cible	Ensemble de la population de la CPTS. NB : La thématique des soins non programmés ne concerne que ceux de médecine générale, entre 8h et 20h en semaine (la maison médicale de garde assure les soins non programmés de 20h à minuit et les week-ends à partir du samedi 13h ; le site d'Auray du GHBA prend en charge la traumatologie libérale du lundi au samedi de 9h à 20h et les dimanches et jours fériés de 10h à 18h).
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une plateforme dédiée pour les soins non programmés (avec numéro de téléphone dédié) ; si son utilisation n'est pas optimale à ce jour elle est pensée pour répondre à cette problématique. - Existence d'un <i>Trauma Center</i> sur le site d'Auray du CHBA (prise en charge des soins non programmés de traumatologie par des médecins libéraux). 2 problématiques à optimiser : <ul style="list-style-type: none"> o La coordination avec les professionnels de ville (notamment manque de retour sur les patients pris en charge dans le Trauma center) o Le périmètre de son action : il est censé ne prendre en charge que de la traumatologie mais ne dispose pas de solution de réadressage des patients ne relevant pas de la traumatologie. Une telle solution devra être élaborée. - Les MSP du territoire doivent proposer des soins non programmés de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi (actuellement, une seule MSP est présente sur le territoire, à Auray).
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Conformément aux missions décrites dans l'article 2 de l'annexe 1 de l'ACI, les objectifs de la CPTS sont les suivants : mettre en place « une organisation territoriale permettant la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale. Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétence respectifs [...] ». - Mettre en place une plateforme d'organisation des soins non programmés en faisant appel à un prestataire extérieur (Medaviz) - Coordonner l'action de la plateforme d'orientation, du Trauma center et de la maison médicale de garde



Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le contact initié avec Medaviz pour structurer l'organisation de la plateforme et la budgéter. - Identifier et choisir les outils nécessaires pour mettre en œuvre et généraliser l'usage de cette plateforme par les professionnels de santé, tels que : <ul style="list-style-type: none"> o Outils d'aide à la décision pour l'orientation vers les professionnels de santé, afin de garantir la « bonne et juste orientation du patient » o Charte des professionnels de santé : afin qu'ils s'engagent tous dans le respect de « bonnes pratiques » communes et partagées - Articuler cette organisation avec le numéro d'urgence de l'hôpital (identification du rôle de chacun / réorientation des patients si besoin, ...) - Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont l'obligation de proposer des soins non programmés. Ainsi, la CPTS souhaite promouvoir l'exercice en MSP sur le territoire et soutenir les projets émergents dans ce sens (prêt de locaux pour se réunir, accompagnement dans la discussion avec les collectivités territoriales, etc.) - La CPTS se propose aussi d'être un acteur dans l'émergence du SAS (Service d'accès aux soins) qui se développera sur le territoire. Des discussions en ce sens sont en cours avec le CHBA, qui dépose un projet pilote de SAS.
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail à organiser par le coordinateur entre le GHBA et les médecins de la CPTS - Coordination des numéros d'urgence (hôpital, maison de garde, plateforme d'orientation) - Déploiement de Medaviz à venir
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Certains dispositifs existent déjà (Trauma center, Plateforme d'orientation, maison médicale de garde...) - Des discussions sont en cours avec Medaviz (une rencontre a eu lieu le 23/09/2020 cf. annexe), le principe d'une collaboration a été acté, celle-ci reste à construire avec le budget de l'ACI. - Cest dispositifs doivent être harmonisés et mis en cohérence - Le groupe de travail pourra se réunir lors de la 1^{re} année de la CPTS
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail réuni annuellement par le coordinateur pour évaluer le dispositif (présence de la CPTS, du CHBA et de la maison médicale de garde) - Plateforme déployée - Indicateurs de résultat : <ul style="list-style-type: none"> o Nombre d'appels au numéro unique en augmentation o Part des appels au numéro unique non orientés vers les urgences en augmentation o Nombre de passages aux urgences en diminution o Part des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en diminution (aujourd'hui : 11,5 %)



3.3 AXE 3 : Améliorer l'accès des patients aux soins de premiers recours via la téléconsultation

Thématique de l'action : Améliorer l'accès à la téléconsultation	
<p>Contexte / justification de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les nouvelles cotations des actes en télé médecine donnent plus de souplesse au système et permettent une prise en charge pluriprofessionnelle. - Actuellement, deux situations sont rencontrées par les professionnels, coordonnés au sein d'une équipe de soins primaires ou d'une maison de santé pluri professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> o situation 1 : les infirmiers lors de leur visite identifient un besoin de consultation médicale et interrogent un médecin. Il s'agit là d'une situation de soins non programmés. o situation 2 : les médecins demandent au cabinet infirmier de se déplacer au domicile de leurs patients pour une consultation à domicile. La consultation est alors programmée, à la demande du médecin généraliste (en accord préalable avec les patients concernés). <p>Cette pratique répond ainsi à l'objectif d'améliorer l'accès aux soins, notamment des personnes âgées.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients suivis à domicile par les infirmiers de la CPTS
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> - Téléconsultation diversement utilisée par les professionnels du territoire. - La MSP d'Auray propose la téléconsultation à domicile (notamment pour la prise en charge des plaies complexes) par un binôme médecin infirmier
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'usage de la téléconsultation à partir de la généralisation des deux situations décrites plus haut.
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les protocoles de prise en charge dans le cadre de ces 2 situations de téléconsultation - Elaborer une charte de « bon usage » de la téléconsultation à signer par les médecins et les infirmiers. Cette charte abordera les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> o confraternité o bonne pratique o accord pour que les patients soient pris en charge via la téléconsultation non programmée par un confrère disponible au moment opportun o Engagement des médecins à transférer rapidement l'information au médecin traitant - Diffuser et partager l'usage de ces protocoles : réunions d'information ...
Ressources mobilisées :	



moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail à organiser par le coordinateur entre les professionnels concernés (médecins, infirmiers...), pour élaborer les protocoles et la charte, et réfléchir aux outils à déployer.
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de la télémédecine accélérée par le Covid 19. Structuration à réaliser. - Le groupe de travail pourra se réunir lors de la 2^e année de fonctionnement de la CPTS
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation annuelle par un groupe de travail dédié. - Indicateur de résultat : augmentation du nombre d'actes de télémédecine



3.4 AXE 4 : Améliorer le lien entre la ville et l'hôpital sur l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance respiratoire.

Thématique de l'action : Améliorer le lien entre la ville et l'hôpital	
Contexte / justification de l'action : <ul style="list-style-type: none"> - Les maladies de l'appareil respiratoire sont la cause de 7,2 % des décès dans le Morbihan (contre 6,9 % en France, selon le CépiDC) - L'insuffisance cardiaque correspond à 2,7 % des ALD du territoire de la CPTS du Pays d'Auray (3^e cause d'ALD) - Concernant ces deux pathologies, des dispositifs existent à l'hôpital et en ville. Ils mériteraient d'être coordonnés. 	
Population cible	Personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou de maladies de l'appareil respiratoire.
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	<p>Le CHBA dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une filière pneumologique - Une filière Insuffisance cardiaque chronique <p>La réflexion menée par le CHBA sur l'insuffisance cardiaque chronique est avancée, et inclut le lien avec les CPTS en formation sur le territoire.</p> <p>L'Hôpital privé Océane dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un service de cardiologie - Un service de pneumologie <p>Par ailleurs, les professionnels libéraux ont créé un dispositif de réhabilitation cardiorespiratoire : RespiBreizh. Celui-ci est opérationnel depuis 2013, mais gagnerait à être connu.</p>
Objectifs de l'action	<p>Fluidifier le parcours des patients insuffisants cardiaques ou respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter les opérations non programmées par une surveillance et une remontée régulière des constantes. - Baliser le parcours de sortie d'hospitalisation par la mise en place d'une équipe de suivi à domicile adaptée à la situation du patient et connue de tous les acteurs - Permettre la réorientation des patients insuffisants respiratoire décompensés ou en sortie d'hospitalisation vers le parcours RespiBreizh.
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de travail entre le CHBA, l'hôpital privé Océane et la CPTS pour élaborer un parcours coordonné du patient Insuffisant cardiaque ou insuffisant respiratoire. - Communiquer sur le dispositif RespiBreizh pour permettre une orientation systématique des patients concernés.
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Le coordinateur organisera le groupe de travail - Une réunion de présentation de RespiBreizh pourra être mise en place.



Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<p>Les dispositifs sont existants. Le CHBA est en train de mener une réflexion sur le parcours ICC, à laquelle la CPTS est associée. Le groupe de travail pourra être mis en place au 2^e semestre 2021</p>
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	<p>Nombre de dossiers de coordination créés sur mobil'eTy</p> <p>Réduction du nombre de « ré-hospitalisations » de patients récemment hospitalisés.</p>



3.5 AXE 5 : Améliorer la prise en charge pluri professionnelle des personnes en situation de fragilité pour éviter les hospitalisations

Thématique de l'action : Améliorer la prise en charge des personnes en situation de fragilité pour éviter les hospitalisations

Contexte / justification de l'action :

- Sur le territoire, **les personnes âgées représentent près de 33 %** de la population. Cette population est en augmentation.
- Les personnes porteuses de handicap sont aussi en situation de fragilité et donc à prendre en compte.
- **Le territoire dispose :**
 - o **d'une offre de soins de proximité variée et bien implantée, composée :**
 - **de professionnels libéraux :** médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, orthophonistes ...
 - **de dispositifs et d'acteurs de coordination des soins :** le DAC (dispositif d'appui à la coordination) qui prend en charge les situations complexes, les acteurs de soins et d'aides à domicile (tels que AD quotidien ou encore l'association Ampère, ou O²)
 - Cette offre permet d'organiser les soins afin que le patient âgé, qui le souhaite, reste le plus longtemps possible dans son lieu de vie, dans de bonnes conditions.
 - o **d'une filière gériatrique** organisée par le CHBA d'Auray :
 - les médecins spécialistes : 6 cardiologues, 1 pneumologue, 1 dermatologue, 3 ophtalmologues
 - accès rapide à des lits de gériatrie, sans passer par l'hôpital de Vannes (circuit court d'hospitalisation)
 - une « ligne directe » a été mise en place et fonctionne bien : elle permet l'hospitalisation rapide des patients âgés du territoire.
- Toutefois **des difficultés d'accès aux soins**, principalement soins dentaires, ophtalmologiques, dermatologiques et gynécologiques ont été identifiées.
- **L'articulation entre l'hôpital, la HAD et les professionnels de santé libéraux** autour de la personne en situation de fragilité n'est pas optimale :
 - o Les retours au domicile pourraient être mieux anticipés (les professionnels de santé libéraux ne sont pas avertis systématiquement).
 - o L'articulation / coordination des interventions des différents professionnels autour du patient lorsque la HAD intervient n'est pas évidente.
 - o Le souhait du patient âgé et/ou fragile de rester le plus longtemps possible dans son lieu de vie, malgré le besoin de soins, d'aides et d'accompagnement, n'est pas abordé de façon pluri professionnelle ni pluri sectorielle (hôpital/HAD - ville). Cette situation ne permet pas d'apporter une réponse optimale aux besoins et souhaits des patients concernés.
- **Des travaux ont été menés par l'inter URPS en lien avec le CHBA Auray dans le cadre du programme Personnes Âgées Fragiles (PAF). Ce programme n'a pas actuellement pris l'essor attendu, mais pourrait servir de base au développement d'actions de prévention en faveur des personnes fragiles (à étendre aux personnes handicapées)**
- **Existence d'ateliers Equibr' Âge, (2 après-midis par semaine) dans une salle prêtée par la mairie d'Auray, portés par Kiné ouest prévention.**



Population cible	Personnes âgées en perte d'autonomie ou personnes porteuses de handicap souhaitant rester à domicile ainsi que celles en sortie d'hospitalisation
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	Liens en cours d'élaboration avec le GHBA : la CPTS participe au travail de réflexion du CHBA sur le parcours de la personne âgée dans le cadre du pacte de refondation des urgences DAC et réseaux de santé en place
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le retour à domicile des patients âgés et/ou en situation de fragilité, via la coordination des acteurs hospitaliers et des acteurs de soins de premiers recours. - Améliorer la réponse apportée aux patients souhaitant rester dans leur lieu de vie, via la coordination des acteurs intervenant autour du patient (professionnels de santé, médico-social et social) : fluidifier son parcours de santé. - Eviter l'hospitalisation (outils de coordination, Globule / Mobyety, etc. Faire des formations territoriales sous territoires sur ces outils) - Valoriser les dispositifs déjà en place (Equilibr'âge), et le travail déjà mené (parcours Personnes âgées fragiles)
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre visible et lisible l'offre de sanitaire, médico-sociale et sociale présente sur le territoire : cartographier les acteurs présents, afin que les professionnels s'identifient et se (re)connaissent. - Communiquer sur l'existence de la filière gériatrique et la « ligne directe » mise en place afin que tous les professionnels puissent l'utiliser. - Mettre en place le service Mobil-e-Ty by Globule et former les acteurs de la CPTS à son utilisation. - Elaborer une charte de « bonnes pratiques » des professionnels intervenant autour de la personne en situation de fragilité afin de garantir la mise en place d'un parcours de santé cohérent et optimisé sur le territoire.
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Le coordinateur établira un annuaire des acteurs de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale présentes sur le territoire - Contact a été pris avec Mobil'eTy by Globule en mars 2020 pour envisager le déploiement de la solution. - Un groupe de travail sera réuni par le coordinateur pour élaborer la



	charte de bonnes pratiques.
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	Des échanges sont déjà en cours avec le GHBA (filiale gériatrique). Le groupe de travail pourra donc se réunir lors de la première année de la CPTS.
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	Nombre de dossiers de coordination créés sur mobil'eTy Réduction du nombre de « ré-hospitalisations » de patients récemment hospitalisés.



3.6 AXE 6 : Promouvoir la santé des soignants et de la population Prévention santé mentale, vaccination et addictologie

Thématique de l'action : Promouvoir la Santé des soignants et de la population	
Contexte / justification de l'action :	
<ul style="list-style-type: none"> - La crise sanitaire a amplifié un phénomène révélé depuis plusieurs années et encore mal pris en compte. Il s'agit du risque psychosocial des soignants lié à la double problématique du « bore » et du « burn » out dont ils sont de plus en plus les victimes. Pour rester opérationnel, notre système de santé doit pouvoir bénéficier de professionnels en parfaite santé physique et mentale. - Le diagnostic territorial souligne un taux de suicide supérieur à celui de la population française. - Les taux de vaccination de la population sont globalement inférieurs dans le Pays d'Auray par rapport à la région Bretagne (cf. diagnostic territorial) - Il est essentiel que les soignants soient eux-mêmes vaccinés afin de protéger les patients et de ne pas être vecteurs de transmission de pathologies. 	
Population cible	Les soignants du territoire Toute la population de la CPTS
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	Depuis 2015, action de prévention des risques suicidaires. Mise e place des consultations de psychologies remboursées. Accompagnement des travaux et actions mis en œuvre par l'association Soins pour les Soignants (SPS). Des soirées de vaccination des soignants d'Auray sont été organisées par la MSP d'Auray en partenariat avec Domitys chaque année depuis 2018. Il s'agit d'évènements conviviaux où les professionnels de santé sont invités à se faire vacciner.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer en le déculpabilisant l'accès à l'aide et à la prise en charge psy afin de lutter contre les risques psychosociaux des soignants. - Mettre en place un lien avec le PTSM. - Améliorer la couverture vaccinale des soignants du territoire. - Sensibiliser les soignants à l'importance de la vaccination, afin qu'ils soient des relais de sensibilisation auprès de la population. - Améliorer la couverture vaccinale de la population - Capitaliser les actions mise en œuvre en rapport avec l'addictologie, améliorer leur visibilité et développer la thématique
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - La prochaine soirée de vaccination est prévue le 27 octobre 2020 - Une communication sera réalisée auprès de l'ensemble des acteurs de la CPTS pour les inviter à la soirée de vaccination.



	<ul style="list-style-type: none"> - Si nécessaire, cette soirée pourra être déclinée en plusieurs points du territoire - Lors de la soirée de vaccination, chaque professionnel sera sensibilisé à l'importance d'être un relai de promotion de la vaccination auprès de ses patients - Une campagne de communication grand public sera organisée annuellement pour promouvoir la vaccination et expliquer son importance - Reprendre et développer les actions entreprises sur le thème de la santé mentale en commençant par la prévention du suicide et les risques psychosociaux des soignants. Étendre à la population de la CPTS. - Créer un lien avec les actions du PTSM et les acteurs territoriaux. - Idem concernant la thématique « addictologie ».
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Le coordinateur organisera la (ou les) soirée de vaccination des professionnels de santé et la communication autour de celle-ci. - La résidence services senior Domitys d'Auray prête ses locaux pour l'organisation de la soirée à Auray. - De nombreux supports de communication existent déjà pour le grand public. Ils seront recensés, et les plus pertinents seront sélectionnés et diffusés (affichage dans les salles d'attentes, mairies, écoles, etc.) - Mise en place d'un GT santé mentale. - Mise en place d'un GT addictologie.
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<p>Les soirées de vaccination ont déjà été organisées par le passé. La prochaine se tiendra le 27 octobre 2020 en partenariat avec l'ARS, la CPAM 56 et GECO Lib' (GECOVAX). Report de l'action présentielle en raison du contexte sanitaire pour l'hiver 2020. Maintien de la campagne d'incitation à la vaccination des soignants par information newsletter CPTS.</p> <p>Dossier santé mentale et addictologie à mettre en place au S2 2021.</p>
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	<p>Nombre de professionnels vaccinés Augmentation de la couverture vaccinale sur le territoire. Reporting des actions menées en santé mentale et addictologie y compris les travaux des GT ad hoc.</p>



3.7 AXE 7 : ONCOPARCOURS

Thématique de l'action : ONCOPARCOURS	
Contexte / justification de l'action :	
<ul style="list-style-type: none"> - Entre les deux établissements hospitaliers présents sur TS4, il est évident que la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses est assurée. Les équipes hospitalières ont su développer au fil des années une spécialisation de leurs soignants par la formation technique et psychologique qui garantit une prise en charge technique de grande qualité et un accueil des patients qui sait s'intéresser au volet psychologique de ces pathologies. - Pourtant entre deux sessions de chimiothérapie ou de radiothérapie, entre deux protocoles, à l'issue de chirurgie, le retour à domicile peut s'avérer difficile pour les patients avec un quotidien dégradé pour de nombreuses raisons. - Il est ici proposé de créer un lien entre cette prise en charge hospitalière et les acteurs de l'offre de soins ambulatoires afin de proposer un relai ambulatoire permettant d'assurer aux patients un parcours de soins inscrit dans la continuité. - Ceci est particulièrement vrai dans le cadre des cancers du sein et c'est ce premier thème que l'axe 7 ONCOPAROURS se propose de visiter. 	
Population cible	Patiente en parcours oncologique
Organisation et/ou fonctionnement déjà en place	2016 : réunion de contact entre les soignants, les associations de patientes et les offreurs d'activités physiques adaptés afin de faire un état des lieux et créer des liens entre ces différents acteurs. Existence d'un 3C porté par l'hôpital privé Océane, adossé au DAC APS.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un lien entre la CPTS et le 3C, l'offre de soins ambulatoires et les filières oncologiques des établissements du territoire. - Proposer aux patientes suivies dans les établissements une prise en charge de ville d'accompagnement pluri professionnel (soins infirmiers, kinésithérapiques ; prise en charge psy ; activités physiques adaptées).
Description de l'action et des effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un GT contact avec les établissements. - Organisation de réunion de contact avec les associations du territoire. - Organisation de réunions et/ou de communication à l'intention des patientes.
Ressources mobilisées : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	- CPTS / DAC / responsable 3C / Associations de patients
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	Action à mettre en place dans le courant du S2 2021.
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultats	Reporting des actions réalisées y compris les travaux des GT ad hoc. Enquêtes de satisfaction auprès des patientes.





4 Partage d'information et coordination entre professionnels

L'ambition de la CPTS est de fournir à ses membres des outils au service de la coordination :

- Coordination au service du parcours patient : Mobil'eTy et Inzee.care
- Annuaire à constituer par le coordinateur (coordonnées des professionnels, liste de leurs spécialités et formations, etc.)
- Promouvoir l'usage de la Messagerie sécurisée
- Site internet d'information sur la CPTS
- Etc.

Un travail sera à mener sur le partage d'informations entre le DAC et les professionnels libéraux de la CPTS. Le coordinateur réunira un groupe de travail sur le sujet lors de la première année de déploiement du projet de santé de la CPTS.



5 Organisation et fonctionnement de la CPTS

5.1 Pilotage et fonctionnement

La gouvernance de la CPTS est décrite dans les statuts de l'association « Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays d'Auray » joints à ce projet. Elle est assurée par les instance suivantes, dont les rôles sont décrits dans les statuts en annexe :

- Conseil d'administration
- Bureau
- Comité de pilotage

Le bureau est composé des membres suivants :

- Président : Tristan Maréchal, Masseur-kinésithérapeute à Auray
- Trésorière : Elisabeth Jan, Pharmacienne à Ploemel
- Secrétaire générale : Agnès Gasnier, Pharmacienne à Auray
- Vice-président : Eric Henry, Médecin généraliste à Auray
- Trésorier adjoint : Michel Guillevin, Représentant des usagers
- Trésorière adjointe : Gaëlle Haaz Le Du, infirmière à Auray
- Secrétaire générale adjointe : Virginie Bergeal, Orthophoniste à Auray
- Secrétaire général adjoint : Jérôme Le Coz, Médecin généraliste à Sainte-Anne-d'Auray

Le Conseil d'administration est composé du bureau, auquel s'ajoutent les administrateurs suivants :

- Wilfried Harsigny, Directeur HP Océane (bientôt remplacé par Nicolas-Pierre Poizat)
- Béatrice Nicolas, Directrice adjointe CHBA
- Loïc Pimienta, Directeur AD Quotidien
- Jimmy Pahun, Député de la 2^e circonscription du Morbihan
- Olivier Briand, Directeur Domitys Auray

Enfin, le Comité de Pilotage a été constitué pour porter le projet au démarrage :

- Tristan Maréchal, Masseur Kinésithérapeute
- Eric Henry, Médecin généraliste
- Nicolas Pierre Poizat, Directeur HP Océane
- Cyril Gérard, Président de la CME HP Océane (à confirmer)
- Béatrice Nicolas, Directrice adjointe CHBA
- Pierre-Yves Demoulin, Président de la CME du CHBA
- Henry Le Porho, Trésorier ADMR du Loc'h
- Loïc Pimienta, Directeur AD Quotidien
- Isabelle Raibaud, Coordinatrice Respibreizh
- Olivier Briand, Directeur résidence Domitys
- Michel Guillevin, Représentant des patients
- Jimmy Pahun, Député



5.2 Organisation du projet

Chaque axe du projet est porté par un ou plusieurs référents :

Axe 1 : Médecin traitant : Éric HENRY (MG), Jérôme LE COZ (MG, représentant la Maison Médicale de Garde)

Axe 2 : Soins non programmés : Jérôme LE COZ (MG), Éric HENRY (MG), Tristan MARÉCHAL (MK)

Axe 3 : Améliorer l'accès aux soins via la téléconsultation (MG) Agnès GASNIER (pharmacien), Éric HENRY

Axe 4 : Lien ville-hôpital Gaëlle LE DU (IDE), Tristan MARÉCHAL (MK)

Béatrice NICOLAS (Direction du CHBA site d'Auray),
Un représentant de la direction du CH Océane (en cours de désignation)

Axe 5 : Améliorer la prise en charge pluriprofessionnelle des personnes en situation de fragilité

Tristan MARÉCHAL, Virginie BERGEAL, Agnès GASNIER

Béatrice NICOLAS, Un représentant de la direction du CH Océane

Axe 6 : Prévention vaccination Élisabeth JAN, Tristan MARÉCHAL, Olivier BRIAND

5.3 Professionnels impliqués dans la démarche

Parmi les professionnels impliqués dans la démarche de fondation de la CPTS, 64 ont adhéré à l'association à ce jour.

Nom, Prénom	Profession	Commune
Abadie Bruno	Infirmier	Auray
Bannet Anne	Infirmière	Saint-Philibert
Bazire Fabien	Médecin généraliste	Crach
Beauchene Pascale	Orthophoniste	Brech
Bellec David	Infirmier	Auray
Bergeal Virginie	Orthophoniste	Auray
Boelle Morgane	Masseur-kinésithérapeute	Brech
Bréard Morgane	Fasciathérapeute	Auray
Briand Olivier	Directeur Domitys Auray	Auray
Bruaux Stéphanie	Infirmière	Auray
Cleyet-Merle Jean-Luc	Masseur-kinésithérapeute	Belz
Cloerec Damien	Masseur-kinésithérapeute	Auray
Craincourt Léa	Infirmière	Auray
Dory Tiphaine	Médecin généraliste	Auray
Dupont Chantal	Infirmière	La Trinité-sur-Mer
Durand Philippe	Médecin généraliste	Larmor-Baden



Garrec Monique	Orthophoniste	Belz
Gasnier Agnès	Pharmacienne	Auray
Gaudebert Bruno	Infirmier	Belz
Getreau Véronique	Infirmière	Landaul
Grenier Laura	Médecin généraliste	Saint-Philibert
<i>Guillevin Michel</i>	<i>Vice-président France Assos Santé Bzh (représentant des usagers)</i>	N/A
Guillouet Nicolas	Médecin généraliste	Auray
Haaz Le Du Gaelle	Infirmière	Auray
<i>Harsigny Wilfried</i>	<i>Directeur HP Océane (bientôt remplacé par Nicolas-Pierre Poizat)</i>	N/A
Hatte-Carissan Estelle	Médecin généraliste	Pluvigner
Henry Eric	Médecin généraliste	Auray
Jaffrennou Carole	Infirmière	Auray
Jan Elisabeth	Pharmacienne	Ploemel
Kergozien Pierre-Yves	Masseur-kinésithérapeute	Carnac
<i>Lauriot-Prévost Delphine</i>	<i>Sophrologue</i>	<i>Auray</i>
Le Berrigaud Claudine	Infirmière	Sainte-Anne-d'Auray
Le Bris Jean-Michel	Masseur-kinésithérapeute	Ploemel
Le Coz Jérôme	Médecin généraliste	Sainte-Anne d'Auray
Le Du Olivier	Infirmier	Auray
Le Coguic Florence	Orthophoniste	Brech
Le Louer Solen	Infirmière	Camors
Le Mauguen Anne Solenn	Masseur-kinésithérapeute	Ploemel
Le Mouël Fabienne	Infirmière	Brech
Lecarpentier Guillaume	Médecin généraliste	Etel
Legin Catherine	Infirmière	Auray
<i>Lemaire Guivarch Maite</i>	<i>Psychopraticienne</i>	<i>Auray</i>
Lemasle Mélanie	Infirmière	Auray
Lemoine Pierre-Alain	Masseur-kinésithérapeute	Auray
Léonard-Durand Sylvie	Médecin généraliste	Auray
Lochouarn Marie-Jeanne	Infirmière	Auray
Lorcy-Carré Françoise	Psychomotricienne	Auray
Lumineau Pierre-Alain	Masseur-kinésithérapeute	Auray
Mahéo Bruno	Infirmier	Pluvigner
Mahéo Céline	Infirmière	Brech
Maréchal Tristan	Masseur-kinésithérapeute	Auray
Monnier Pierre	Médecin généraliste	Saint Philibert
Morigny Christian	Médecin généraliste	Crach
<i>Nicolas Béatrice</i>	<i>Directrice adjointe CHBA</i>	N/A
<i>Pahun Jimmy</i>	<i>Député de la 2^e circonscription du Morbihan</i>	N/A
Pecout Laure	Médecin généraliste	Pluneret
Peron Annaig	Infirmière	Auray
<i>Pimienta Loïc</i>	<i>Directeur AD Domicile Pays de Vannes</i>	N/A
Porrot Delphine	Infirmière	Locoal-Mendon

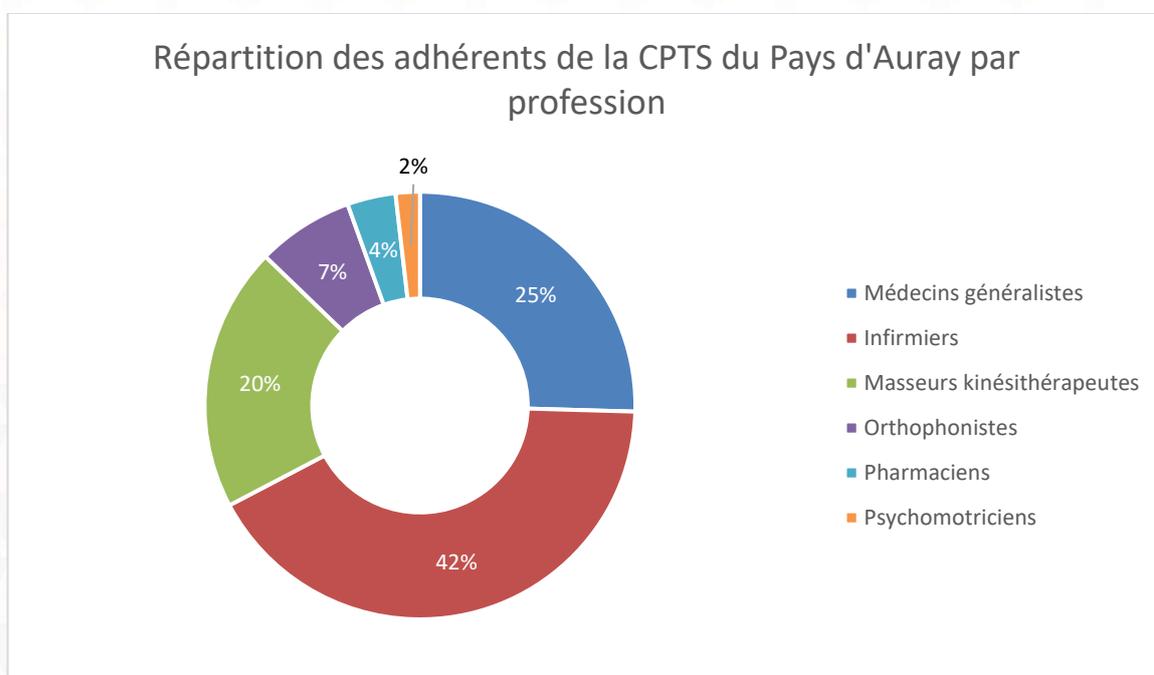


Rabourdin Sophie	Anne-	Masseur-kinésithérapeute	Auray
Robelet Daniel		Infirmier	Sainte-Anne-d'Auray
Royer Anne-Émeline		Masseur-kinésithérapeute	Auray
Savet Christian		Médecin généraliste	Camors
Toledo Anne-Laure		Infirmière	Auray

Les adhérents se divisent en 2 catégories :

- Professionnels de santé libéraux (55)
- Non professionnels de santé (9, en italique dans le tableau)
 - Représentants d'institutions (6)
 - Professions proches du secteur de la santé (3)

Parmi les professionnels de santé libéraux adhérents à la CPTS représentent actuellement 6 professions, réparties de la manière suivante :



Répartition géographique des adhérents de la CPTS (NB : plusieurs adhérents peuvent exercer sur le même site) :





5.4 La fonction de coordination

Cette coordination implique quatre types de missions, qui seront assurées par diverses instances : coordinateur, secrétaire, comité de pilotage de la CPTS, bureau, groupes projets, etc. Elles peuvent être synthétisées ainsi :

- Interface administrative et financière (Dossiers de subvention, FIR, ACI, partenariats/conventions, accompagnement de la vie des instances (groupe de travail, AG, CA, Bureau...))
 - Mission confiée principalement au secrétariat et au coordinateur
- Mise en place et gestion des outils (plateformes d'orientation des soins non programmés, aide à la structuration de chaque entité vers l'objectif commun...)
 - Mission confiée au coordinateur, en lien avec le groupe de travail qui définit les outils et les partenaires qui les développent
- Interface parcours patients (gestion de projets...)
 - Mission confiée à des groupes de travail, détaillés dans le plan d'action
- Stratégie et communication (interne à la CPTS, vers les patients, vers la population...)
 - Mission confiée au comité de pilotage, qui délègue l'évaluation à un partenaire extérieur

Dans ce cadre, la **CPTS du Pays d'Auray souhaite bénéficier d'un poste de coordinateur à temps plein (1 ETP)**, pour mener à bien les projets portés. En effet, une fonction de coordination s'avère nécessaire, voire indispensable, pour organiser la vie de la CPTS.

Les principales missions du coordinateur de la CPTS seront de :

- **Mettre en œuvre les actions définies au sein du plan d'actions de la CPTS**
 - Solliciter les acteurs définis à participer aux groupes de travail
 - Animer les groupes de travail
 - Compléter les fiches actions, afin de les préciser, au cours de leur mise en œuvre



- Aller chercher des financements complémentaires pour mener à bien les actions définies
- Organiser l'évaluation des actions lorsque ces dernières seront débutées
- **Faire connaître et faire vivre le projet de santé de la CPTS** (adhésion des professionnels, **le lien avec les partenaires**, tels que les communes, la CPAM, l'ARS...)

Par ailleurs, le coordinateur sera épaulé par les professionnels de santé du bureau et par une secrétaire (en tiers-temps).

5.5 Communication interne et vie de la structure

La communication se fait par le biais :

- D'une lettre d'information trimestrielle qui sera réalisée par un GT ad hoc, validée par le bureau avant diffusion par mail aux adhérents de la CPTS, aux professionnels de santé libéraux du territoire, aux représentants des composantes de la CPTS, et à l'ensemble des partenaires.
- De flashmails dédiés à des sujets ou des thématiques envoyés aux intéressés. (ex. Mails au IDEL pour préparer une équipe pour le COVID Drive d'Auray).
- De communication à l'intention du public avec le concours des partenaires (CT, CPAM, ARS), par exemple pour les campagnes de prévention.
- De réunions d'information en interprofessionnel et en monoprofessionnel afin de continuer également de recueillir l'expression des besoins des professionnels du territoire.
- De rencontre avec les collectivités territoriales, les élus et bien entendu les usagers afin de leurs permettre d'exposer leurs attentes vis à vis de l'offre de soins ambulatoires.

5.6 Budget :

Les principales ressources financières de la CPTS seront perçues dans le cadre de l'ACI CPTS, signé le 20 juin 2019. Avec plus de 80 000 habitants et moins de 175 000, la CPTS du Pays d'Auray est de taille 3. Elle pourra donc bénéficier d'un financement annuel total pouvant atteindre (au maximum) 315 000 €. Dans cette somme, 75 000 € sont dévolus au fonctionnement de la CPTS.

Il est prévu, en premier lieu, de **financer un poste de coordinateur**. Comme expliqué auparavant, un tel poste est nécessaire au bon fonctionnement et à la pérennité de la CPTS. Pour salaire brut annuel de 30 000 euros, **le coût annuel** (avec les charges à hauteur de 45% comprises) pour un poste à 1 ETP sera de **43 500 euros**.

Le **financement d'un temps de secrétariat (0,2 ETP) est aussi souhaitable**. Pour un salaire brut annuel de 22 500 euros, le coût annuel (avec les charges à hauteur de 45% comprises) pour un poste à 0,2 ETP sera de **6 525 euros**.

Le budget prévisionnel de la CPTS devra également prendre en compte les **besoins de fonctionnement matériel** (location de salle, de bureau, solution de téléphonie et d'informatique, frais de réception, frais administratifs, comptabilité, etc.). Le reste du budget de fonctionnement de l'ACI pourra être alloué à cela, soit **environ 25 000 €**.

La mise en œuvre des actions (financées par les montants de l'ACI liés aux missions des CPTS) devra faire l'objet d'un chiffrage par le coordinateur en lien avec les groupes de travail. Les principaux postes de dépenses des premières années devraient porter sur les abonnements à des systèmes d'informations liées aux missions socle (Medaviz, Inzeecare, mobil-eTy by Globule - offert jusqu'à décembre 2022), ainsi que de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux pour leur participation aux groupes de travail, aux instances et réunions externes ainsi qu'aux réunions de CA et de bureau et pour le temps passé par les administrateurs visant à assurer le fonctionnement administratif de l'association.



6 Conclusion

Conformément aux propositions de la Loi de santé de 2016, les professionnels de santé du territoire d'Auray ont décidé de se réunir en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

Cette décision est possible par l'acculturation déjà ancienne consécutive à la création de la Fédération Bretonne Interprofessionnelle de Santé de Auray (et de ses « enfants » à Quiberon et Belle Île) et d'un travail actif des porteurs de cette association exprimé à travers la réalisation de nombreux projets territoriaux.

Cette décision est concrétisée par la rencontre de plus de 20% des professionnels du territoire lors de groupes de travail mis en place et animés au deuxième semestre 2019 par les porteurs du projet accompagnés par l'inter URPS de Bretagne et GECOLIB.

Le travail réalisé ensemble par l'équipe projet réunie en COPIL depuis 2018 sert de squelette et structure la rédaction d'un projet de santé qui répond :

- aux problématiques des territoires révélées par un diagnostic détaillé,
- aux attendus de l'Accord cadre interprofessionnel relatif aux CPTS,
- à l'expression des besoins des professionnels ayant participé aux réunions de travail.

Ce projet de santé trace les grandes lignes et donne des éléments de réponses et des modalités qui doivent permettre de répondre aux missions définies dans l'ACI CPTS avec un focus sur :

- la nécessité d'améliorer la couverture médecin traitant.
- la nécessité de répondre de manière plus satisfaisante et coordonnée aux soins non programmés afin d'optimiser l'efficacité de notre outil territorial de prise en charge de ces soins.
- L'évidence de créer des liens entre les deux piliers de l'offres de soin et leurs acteurs afin d'offrir aux usagers des parcours plus efficaces et respectueux de leurs attentes.
- L'urgence d'améliorer la prévention sur tous ces axes et en particulier celui de la vaccination.

Conscient de la perfectibilité de leur projet,

Conscient du fait qu'il reste encore beaucoup à faire,

Et conscient qu'ils ne feront rien seul et qu'il convient au fil du temps d'obtenir l'adhésion d'un maximum de professionnels et d'acteurs du territoires,

Les porteurs du projet et l'ensemble des membres du COPIL investis depuis plus de deux ans, sollicitent l'écoute et la bienveillance du partenaire conventionnel et de l'ARS de Bretagne afin de signer l'ACI CPTS conformément aux dispositions conventionnelles signés entres les représentants des organisations professionnelles représentatives et l'Assurance Maladie le 7 avril 2019.



Signatures





Statuts

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays d'Auray

Association déclarée régie par la loi du 1er juillet 1901

Siège social
112, avenue du Général de Gaulle
56400 Auray

Statuts de la CPTS Pays d'Auray

p. 1 sur 11

50



Préambule

La loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé définit la notion de « virage ambulatoire » comme une évolution nécessaire à même de participer à la pérennité du bon fonctionnement de notre système de santé.

Cette volonté clairement affichée se concrétise notamment par la mise à disposition des professionnels de santé libéraux d'un certain nombre d'outils permettant de rendre visible et lisible l'organisation ambulatoire d'équipes de soins premiers recours interdisciplinaire, coordonnées, communicantes et en lien avec leur environnement médical, médicosocial et social.

Parmi les outils mis en œuvre pour réussir le virage ambulatoire, la loi de modernisation de la santé introduit les notions d'Équipes de Soins Primaires (ESP), de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Ces dispositifs sont décrits respectivement dans les articles 64, 65 et 74 du texte législatif.

Tous ces outils ont comme point commun :

- Ils sont définis par un territoire d'action et un ou des projets de santé
- Ils mettent en exergue la nécessité de la coordination entre professionnels autour des patients, afin de faciliter les parcours de santé, depuis les cas les plus simples jusqu'aux plus complexes.

Parmi ces nouvelles formes d'organisation, La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est composée de professionnels de santé qui, afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé, se regroupent, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des mêmes objectifs.

L'évolution de la prise en charge des patients en proximité, la volonté d'un maintien à domicile, notamment en réduisant les hospitalisations évitables, la complexité des parcours de soins et les nouvelles attentes de la société nécessitent de renforcer les organisations des soins et de les rendre visibles.

Ainsi, ces nouvelles organisations professionnelles se construisent autour d'un projet de santé, au service des patients d'un territoire, guidé par les principes suivants :

- Respect de l'indépendance professionnelle et valorisation des compétences de chacun
- Concertation, coopération et coordination entre les professionnels
- Respect du libre choix du patient
- Respect du secret médical

Pour faciliter la mise en œuvre d'un tel projet, les professionnels de santé libéraux du Pays d'Auray ont décidé de se regrouper au sein d'une association en s'associant avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Au sein de cette Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, chaque acteur sera clairement identifié et reconnu afin de faciliter des prises en charge coordonnées interprofessionnelles au service du patient et de son parcours.



Titre I : Constitution – Objet – Siège social – Durée

Article 1 – Constitution

Il est constitué entre tous ceux qui adhèrent aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 modifiée et ses textes d'application (décret d'août 1901).

L'Association a pour dénomination « Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Pays d'Auray. »

Article 2 – Objet

L'Association a pour objet d'initier, de favoriser, d'organiser et de promouvoir un ou des projets de santé et/ou de coordination et/ou de structuration de l'offre de santé de proximité au service du parcours coordonné du patient, entre les professionnels de santé libéraux exerçant sur le territoire de la CPTS défini en annexe 1, et de développer toute collaboration nécessaire avec les autres acteurs, dans le respect de l'indépendance professionnelle, du secret médical et du libre choix du patient.

Le projet de santé est révisable autant que de besoin et peut être amené à évoluer dans le cadre et les limites des contractualisations avec les autorités sanitaires territoriales dont il aura pu faire l'objet.

Article 3 – Siège social

Le siège de l'Association est fixé au 112, avenue du Général de Gaulle à Auray (56400).

Il pourra être transféré sur proposition du président en tout autre lieu après validation du bureau.

Article 4 – Durée

La durée de l'Association de loi 1901 est illimitée.

Titre II : Composition

Article 5 – Membres

Les membres de la CPTS du Pays d'Auray sont les suivants :

- Personnes physiques :
 - Professionnels de santé libéraux exerçant sur le territoire
 - Professionnels de santé salariés exerçant sur le territoire
 - Professionnels du secteur social et médico-social exerçant sur le territoire
- Personnes morales :
 - Structures constituées de professionnels de santé libéraux du territoire (associations de garde, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Equipes de soin primaire, associations de professionnels de santé libéraux...)
 - Etablissements de santé situés sur le territoire
 - Etablissements du secteur social et du médico-social situés sur le territoire.
 - Associations de représentation des usagers
 - Membres bienfaiteurs (collectivités locales, ARS, CCI, Chambre d'agriculture)
 - Membres associés : toute autre structure dont le Conseil d'Administration de la CPTS approuverait l'adhésion.

Le membre fondateur de la CPTS du Pays d'Auray est le FBI (Fédération Bretonne Interprofessionnelle) santé Auray, représenté par son président.



Les candidatures des professionnels de santé libéraux ou salariés et des établissements sanitaires, médicaux sociaux et sociaux sont formulées par écrit et validées dès réception de la cotisation.

Les candidatures des autres membres sont motivées par un projet, validées par le Conseil d'Administration. L'adhésion emporte de plein droit l'acceptation des statuts et du règlement intérieur du Conseil d'Administration.

Article 6 – Cotisation

Les membres paient une cotisation dont le montant et les modalités de paiement sont déterminés par le Conseil d'Administration et validés en Assemblée Générale.

Article 7 – Perte de la qualité de membre

La perte de la qualité de membre de l'Association peut survenir dans les conditions suivantes :

- Décès, dissolution ou cessation d'activité, selon qu'il s'agisse d'une personne physique ou morale
- Démission
- Défaut de paiement de la cotisation annuelle après un premier rappel
- Changement d'activité professionnelle ou transfert de cette dernière en dehors du territoire défini pour la présente CPTS
- Radiation décidée par le bureau pour un motif grave et justifié.

En cas de procédure de radiation, le membre visé par la mesure est averti par courrier recommandé avec accusé de réception 15 jours avant la prise de décision effective, afin de lui permettre de s'expliquer devant le bureau.

Titre III : Administration et fonctionnement

Article 8 – Conseil d'Administration

a) Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de collèges, qui seront décrits dans le règlement intérieur.

Chaque collège désigne ou élit ses représentants pour un mandat de 6 ans renouvelable. La moitié des membres du Conseil d'Administration sont renouvelés tous les 3 ans.

b) Missions

Le Conseil d'Administration a les missions suivantes :

- Gérer l'Association et les fonds conventionnels liés à l'ACI
- Assurer la cohérence du projet mené avec l'ACI
- Assurer le développement des projets des libéraux de santé
- Coordonner les groupes de travail
- Elaborer la stratégie de mise en œuvre du Projet de Santé
- Assurer le suivi du projet de santé
- Statuer sur les demandes d'admission des membres
- Fixer l'ordre du jour des Assemblées Générales ordinaires et extraordinaires
- Rendre compte de sa gestion lors de l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle
- Prendre toutes les dispositions à caractère financier

c) Fonctionnement



Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son président ou sur demande de la moitié au moins de ses membres. Ses décisions sont valables à la condition qu'au moins la moitié de ses membres, dont le président, soient présents. Chaque administrateur peut représenter un autre administrateur, s'il est muni d'un pouvoir spécial à cet effet.

Concernant l'utilisation des fonds versés dans le cadre de l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), seuls les membres relevant du collège des professionnels de santé libéraux ont une voix décisionnaire (les autres membres ont une voix consultative).

Concernant l'utilisation de tous les autres fonds, chaque membre dispose d'une voix décisionnaire.

Pour la prise de décisions le consensus est privilégié. En cas d'impossibilité de trouver un consensus satisfaisant, les décisions sont soumises au vote, selon les pondérations précisées dans le règlement intérieur.

Des indemnités de mission ou pour perte de revenus et des remboursements de frais peuvent être accordées aux membres du bureau selon les modalités fixées en Assemblée Générale et intégrées dans le Règlement Intérieur le cas échéant.

Article 9 – Bureau

a) Composition

Le bureau est composé de 9 membres, issus du Conseil d'Administration :

- 1 président (professionnel de santé libéral)
- 2 vice-présidents
- 1 trésorier (professionnel de santé libéral)
- 2 trésoriers adjoints (dont au moins un professionnel de santé libéral, responsable des fonds ACI)
- 1 secrétaire général
- 2 secrétaires généraux adjoints

Les membres du Bureau sont élus par l'Assemblée Générale, à l'occasion du renouvellement du Conseil d'Administration, pour un mandat de 6 ans renouvelable sans limite. Ils doivent être issus d'au moins 3 collèges du Conseil d'Administration. Le membre fondateur occupe de droit la fonction de vice-président au sein du bureau.

Toutes les fonctions des membres du Bureau de l'Association sont bénévoles et ne peuvent être cumulées.

b) Missions

Le Bureau est en charge de la gestion des affaires courantes de l'Association. Il a les missions suivantes :

- Exécuter la politique décidée par le Conseil d'Administration
- Assurer le suivi administratif
- Assurer le suivi budgétaire
- Assurer le suivi du projet de santé
- Assurer la représentation des professionnels de santé libéraux

Autant que de besoin, le Bureau pourra procéder à des embauches de personnel dans le but d'assurer le bon fonctionnement administratif, logistique ou stratégique de l'Association. Il est défini par le présent article que le directeur de l'Association devra toujours être issu du corps des professionnels libéraux de santé ayant exercé dans le cadre conventionnel.



Un règlement intérieur sera établi par le Bureau. Il devra être validé par le Conseil d'Administration puis approuvé par l'Assemblée Générale. Ce règlement intérieur pourra préciser certains points des statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

c) Fonctionnement

Le Bureau se réunit sur convocation de son président chaque fois que nécessaire et au moins deux fois par an. Le membre absent à plus de 3 réunions consécutives du Bureau pourra être déclaré démissionnaire par le président.

Les décisions du Bureau ne peuvent pas être incompatibles avec la politique décidée par le Conseil d'Administration. Elles sont prises par consensus ou soumises au vote en cas de nécessité. Le vote se fait à la majorité des voix. En cas d'égalité, c'est le président qui départage.

A l'issue de chaque réunion, un procès-verbal est dressé, qui rend compte de l'ensemble des points discutés et décisions prises.

Article 10 – Pouvoirs et responsabilités des membres du Bureau

Le président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile, et notamment en justice. Il dirige les travaux du Conseil d'Administration et du bureau. Il ordonne les dépenses. Le président peut déléguer ses pouvoirs pour un objet déterminé et pour un temps déterminé.

Il peut conférer toute délégation de signature à toute personne de son choix pour toute mission qu'il détermine. Cette délégation peut être générale ou spéciale, temporaire ou permanente. Notamment, il peut conférer des pouvoirs spéciaux aux membres de l'Association, ou même à des personnes étrangères à l'Association, pour le fonctionnement des comptes bancaires ou de chèques postaux, et des décharges diverses à l'administration de la Poste. Il en rend compte au Conseil d'Administration.

En cas d'empêchement, de démission, d'incapacité prolongée, ou de décès du président, celui-ci sera remplacé par le ou l'un de ses vice-présidents, choisi par ancienneté et subsidiairement par âge, jusqu'à la tenue d'une nouvelle élection (partielle le cas échéant) lors d'une Assemblée Générale Ordinaire convoquée par le secrétaire.

Les vice-présidents assistent le président dans l'exercice de ses fonctions et le remplacent en cas d'empêchement.

Le secrétaire, agit sur délégation du président et assure à ce titre l'administration, l'organisation et le bon fonctionnement de l'Association. Il a notamment pour attribution d'organiser la tenue des Assemblées Générales et de dresser les procès-verbaux. Le secrétaire présente à chaque Assemblée Générale Ordinaire un rapport d'activité.

Le trésorier tient les comptes de l'Association, décide des dépenses courantes et présente à chaque Assemblée Générale Ordinaire, un rapport financier. Il effectue tous paiements et reçoit toutes sommes. Il procède, avec l'autorisation du Bureau, au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs. Les actes de disposition qui dépassent la gestion courante des affaires financières et patrimoniales seront en revanche soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale.

Des indemnités de mission ou pour perte de revenus et des remboursements de frais peuvent être accordées aux membres du bureau selon les modalités fixées en Assemblée Générale et intégrées dans le Règlement Intérieur le cas échéant.

Cette disposition peut être étendue aux autres membres sur proposition du bureau et validation de l'Assemblée Générale.



Article 11 – Le comité de pilotage

a) Composition

Le projet de santé est porté par un comité de pilotage. Sa composition vise à élargir la participation et la mobilisation des acteurs du territoire autour de l'élaboration du projet de santé de la CPTS. Ainsi elle reprend celle du Conseil d'Administration, et elle pourra être étoffée des acteurs suivants :

- Etablissements : 2 représentants au total par établissement (un administratif et un soignant)
- Membres associés : 1 représentant par instance associée
- Groupes projets : 1 représentant par groupe projet lié au projet de santé

Cette composition pourra évoluer en fonction des besoins de la vie de l'Association.

b) Missions

Le comité de pilotage a les missions suivantes :

- Faire le lien entre les offreurs de soins
- Faire le lien entre les différents collèges
- Accompagner les groupes de travail
- Fournir une réflexion sur la stratégie et la mise en œuvre du projet de santé
- Assurer le suivi du projet de santé

c) Fonctionnement

Le comité de pilotage se réunit sur convocation du président ou sur demande de la moitié au moins de ses membres. Ses décisions ne peuvent être incompatibles avec la politique décidée par le Conseil d'Administration. Elles sont valables à la condition qu'au moins la moitié de ses membres, dont le président, soient présents. Chaque membre du comité de pilotage peut en représenter un autre, s'il est muni d'un pouvoir spécial à cet effet.

Les décisions du Comité de pilotage sont prises par consensus ou soumises au vote en cas de nécessité. Le vote se fait à la majorité des voix. En cas d'égalité, c'est le président qui départage.

Article 12 – Assemblées Générales

L'Assemblée Générale se compose de l'ensemble des membres de l'Association à jour de leur cotisation. Les personnes morales adhérentes sont valablement représentées par leur représentant légal ou toute personne légalement habilitée par l'organe délibérant de ladite personne morale, et pouvant en justifier.

Les membres sont constitués en collèges qui élisent ou désignent chacun un ou plusieurs représentants.

L'Assemblée Générale se réunit sur la convocation du Conseil d'Administration, ou à la demande de la moitié au moins des membres composant l'Association. En tout état de cause, elle se réunit au moins une fois par an pour statuer sur les comptes de l'exercice écoulé, et sur le rapport du Conseil d'Administration.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires sont réunies sur convocation émise par le Conseil d'Administration. L'assemblée peut également être réunie à la demande de la moitié au moins des membres de l'Association. Dans ce cas, les demandes de convocation exprimées par la moitié au moins des membres doivent être notifiées au Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception, signée par tous les demandeurs, au moins 45 jours avant la date souhaitée pour l'Assemblée.



L'Assemblée statue sur les points figurant à l'ordre du jour selon les dispositions décrites ci-dessous à l'Article 13, chaque membre pouvant représenter au plus un autre membre de l'Association.

Il est tenu un procès-verbal des séances de l'Assemblée Générale, sur un registre spécial coté et paraphé par le président, et tenu au siège social de l'Association. Les procès-verbaux sont signés du président et d'un membre de l'Association. Chaque membre de l'Association peut prendre connaissance des procès-verbaux au siège de l'Association.

Les décisions prises en Assemblée Générale font l'objet d'un relevé de décisions joint au compte rendu d'assemblée ; la rédaction du compte-rendu et du relevé de décisions est sous la responsabilité du secrétaire général de l'Association.

Article 13 – Pouvoirs propres de l'Assemblée Générale

a) Assemblée Générale Ordinaire

- Elle statue sur les comptes de l'exercice écoulé ; elle approuve ou modifie le projet de budget présenté par le Conseil d'Administration.
- Elle pourvoit à la nomination et au remplacement des membres du bureau.
- Elle statue sur les points figurant à l'ordre du jour, à la majorité simple des votes exprimés par les membres présents ou représentés, chaque membre pouvant représenter au plus un seul autre membre de l'Association.
- Elle valide les grandes orientations de la politique de l'Association et assure le suivi des actions menées en application de ces orientations.
- Elle peut rédiger, approuver, mettre en œuvre, réviser le règlement intérieur de l'Association.
- Elle peut définir, valider, suivre la politique salariale de l'Association qu'elle assure elle-même ou dont elle délègue la responsabilité au Bureau.
- Elle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au président ou au Bureau.
- Elle définit le montant de la cotisation annuelle de ses membres, et du droit d'entrée à verser par les différentes catégories de membres.

Les délibérations de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à main levée. Toutefois, selon la teneur des motions discutées, d'autres modalités de vote pourront être retenues si elles font l'objet d'une information spécifique dans la convocation et l'ordre du jour.

Lors des votes, la majorité simple des membres, présents ou représentés s'applique. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le vote par procuration est autorisé, dans la mesure où le mandat est remis à un autre membre à jour de cotisation de l'Association par la remise d'un bon pour pouvoir et dans la limite de 1 pouvoir par représentant. Le vote électronique est possible selon les modalités définies dans le règlement intérieur s'il existe et/ou dans la convocation et l'ordre du jour adressés.

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire s'imposent à tous les membres de l'Association.

b) Assemblée Générale Extraordinaire

Seule l'Assemblée Générale Extraordinaire a qualité pour prendre les décisions suivantes :

- modification des statuts, dissolution, liquidation ; l'Assemblée Générale Extraordinaire statue dans ces 3 cas à la double majorité suivante : les 2/3 des membres du Conseil d'Administration et les 2/3 des membres adhérents présents ou représentés
- dévolution patrimoniale
- prorogation, s'il y a lieu.



Dans ces deux derniers cas, l'Assemblée Générale Extraordinaire statue à la majorité des 2/3 des voix de l'ensemble des membres présents ou représentés ayant voix décisionnelle.

De manière générale, l'Assemblée Générale Extraordinaire ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente ; ses délibérations doivent être prises à la majorité absolue des membres présents ou représentés. Les décisions de l'Assemblée Générale Extraordinaire se font par bulletin secret et s'imposent à tous les membres de l'Association.

Si pour une première convocation, l'Assemblée n'a pu réunir le nombre de membres prévus à l'article 12, il peut être convoqué une deuxième Assemblée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, à la majorité simple.

Titre IV : Ressources – Comptabilité – Patrimoine

Article 14 – Ressources

Les ressources comprennent :

- des fonds conventionnels provenant de la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel.
- des subventions publiques ou privées,
- des cotisations,
- des intérêts et revenus des biens et valeurs appartenant à l'Association,
- des rétributions pour services rendus,
- des legs et libéralités,

Les fonds conventionnels sont gérés par le collège des professionnels libéraux dans le cadre du Conseil d'Administration, tel que mentionné à l'article 8.

Article 15 – Comptabilité

L'Association, par son trésorier, établit des comptes annuels faisant apparaître un compte de résultat, un bilan et une annexe, conformément aux dispositions du règlement du 16 février 1999 relatif aux modalités d'établissement des comptes annuels des associations et fondations, établis dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice annuel.

L'exercice social correspond à l'année civile.

La comptabilité de l'Association fait l'objet d'un rapport annuel présenté, le cas échéant, par le trésorier de l'Association, à l'Assemblée Générale, après avis du Conseil d'Administration.

Dans le cas où il serait nécessaire de faire appel à un commissaire aux comptes, c'est l'Assemblée Générale qui a la responsabilité de le désigner.

Article 16 – Fonds de réserve

Afin d'une part de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de constituer un fonds de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, quelle qu'en soit la nature. Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fonds sont fixés par l'Assemblée Générale.

Article 17 – Patrimoine

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés en son nom ; les membres de l'Association ne pourront être rendus personnellement responsables en aucun cas de ces engagements à quelque titre que ce soit.



Titre V : Dissolution – Liquidation – Contestations

Article 18 – Dissolution et liquidation de l'Association

La dissolution de l'Association est prononcée par une Assemblée Générale Extraordinaire convoquée expressément à cet effet.

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire peut désigner un ou plusieurs commissaire(s) chargé(s) de la liquidation des biens de l'Association.

Le produit net de la liquidation sera dévolu à une association ayant un objet similaire et qui sera désignée par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

La dissolution doit faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture du siège social.

Article 19 – Contestations

Toute action de contestation concernant l'Association est du ressort du Tribunal de Grande Instance du siège social de l'Association.

Fait à Auray, le 18 mars 2020

Tristan MARÉCHAL
Président



Éric HENRY
Vice-président



Annexe 1 : Territoire d'action de la CPTS du Pays d'Auray

Liste des communes concernées

En accord avec les 3 associations FBI Mer – Belle Île, FBI Quiberon et FBI Auray et après validation de la décision par leur bureau respectif, le territoire d'action est défini par les communes suivantes :

Auray	Crac'h	Ploemel
Baden	Erdeven	Plumergat
Belz	Etel	Pluneret
Le Bono	Landaul	Pluvigner
Brandivy	Landévant	Sainte-Anne-d'Auray
Brech	Larmor-Baden	Saint-Philibert
Camors	Locmariaquer	La Trinité sur Mer
Carnac	Locoal-Mendon	



Recépiscé de déclaration de l'association



SOUS-PREFECTURE DE LORIENT

MISSION DEPARTEMENTALE ASSOCIATIONS
Bureau Associations Loi 1901
8, rue François Mitterrand - 56306 PONTIVY Cedex
Affaire suivie par Mmes LE GARREC/LE GOFF/LE PECHOUR/POURCHASSE
Tel. 02 97 27 67 68

Le numéro W561011725
est à rappeler dans toute
correspondance

Récépiscé de Déclaration de CREATION de l'association n° W561011725

Vu la loi du 1er Juillet 1901 relative au contrat d'association ;
Vu le décret du 16 Août 1901 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi précitée ;

Le Sous-Préfet de Pontivy

donne récépiscé à **Monsieur**
d'une déclaration en date du : **21 mai 2020**
faisant connaître la constitution d'une association ayant pour titre :

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ DU PAYS D'AURAY

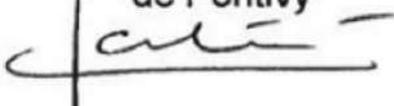
dont le siège social est situé : 112 avenue du Général de Gaulle
56400 Auray

Décision prise le : **21 janvier 2020**

Pièces fournies : liste des dirigeants
Procès-verbal
Statuts

Pontivy, le 25 mai 2020

Le Sous-Préfet,

Le Sous-Préfet
de Pontivy

Patrick VAUTIER

Loi du 1 juillet 1901, article 5 - al 5.6 et 7 - Décret du 16 août 1901, article 3 :

Les associations sont tenues de faire connaître, dans les trois mois, tous les changements survenus dans leur administration ou leur direction, ainsi que toutes les modifications apportées à leurs statuts. Ces modifications et changements ne sont opposables aux tiers qu'à partir du jour où ils auront été déclarés.

Loi du 1 juillet 1901, article 6 - al 1 :

Seront punis d'une amende de 1500 € en première infraction, et, en cas de récidive, ceux qui auront contrevenu aux dispositions de l'article 5.

NOTA :

L'insertion au Journal Officiel des modifications portant sur le titre, l'objet, le siège social d'une association est facultative. Elle ne peut être exigée des tiers car le récépiscé délivré par les services préfectoraux fait foi dans tous les cas.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à la déclaration relative à votre association dont les destinataires sont les services préfectoraux et les services de l'Etat concernés. L'article 40 de cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification. Celui-ci peut s'exercer auprès du préfet ou du sous-préfet de l'arrondissement du siège de votre association, pour les données à caractère personnel concernant les personnes physiques déclarées comme étant chargées de sa direction ou de son administration.





Vannes, le 23/09/20

Comme convenu suite à votre demande et suite à notre rendez-vous du 22/09/20, vous trouverez par la présente la synthèse de nos échanges concernant l'accès aux soins non programmés de la CPTS du Pays d'Auray.

Personnes présentes : Tristan Maréchal (président CPTS Pays d'Auray), Eric Henry (vice-président CPTS Pays d'Auray), Cécile Bonnimond (responsable développement territoires Medaviz).

1. Les besoins de la CPTS du Pays d'Auray

- Apporter une réponse efficiente à l'accès aux soins non programmés sur son territoire.
- Permettre aux habitants du territoire de pouvoir solliciter un médecin de la CPTS quand le médecin traitant n'est pas disponible.
- Mettre à disposition des habitants du territoire un numéro de téléphone unique pour accéder aux soins non programmés.
- Permettre de renseigner les créneaux de gardes programmés et les disponibilités des médecins en temps réel.

2. La solution logicielle Medaviz Territoires

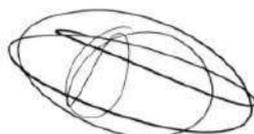
- Mettre à disposition la plateforme logicielle Medaviz Territoires pour l'ensemble de la CPTS : habitants et professionnels de santé.
- Permettre l'orchestration des gardes et de la ressource médicale de la CPTS.
- Permettre l'accès aux soins non programmés non assistés (téléphone, téléconsultation).
- Permettre l'accès aux soins non programmés assistés (téléphone, téléconsultation).
- Faciliter l'accès au second recours.
- Permettre la téléexpertise.
- Mesurer les indicateurs et répondre à l'ACI.
- Une équipe dédiée au projet : accompagnement au déploiement (réunions, création de l'instance, formation des professionnels de santé, kit de communication), support technique au quotidien pour les patients et les professionnels de santé, suivi des indicateurs.

3. Les références Medaviz Territoires

- CPTS Paris 11
- CPTS Loire Val d'Yonne Morvan (58)
- GCS Guyasis / ARS Guyane

Bien cordialement

Cécile Bonnimond, responsable développement territoires Medaviz



PODALIRE (SAS au capital de 73 740 €), Le Prisme, Place Albert Einstein – CP9, CS 72001 – 56038 Vannes Cedex
www.medaviz.com

R.C.S. Vannes 807 414 024. TVA N° FR 85 807 414 024 00016. Siret 807 414 024 00016. Code APE 6130Z





HIPPOCRATE

DEVELOPPEMENT

8 rue du Docteur Regnault - 35000 Rennes
Tél. : 02 57 67 54 14 - contact@hippocrate-developpement.fr
www.hippocrate-developpement.fr

