

**COMMUNAUTÉ
PROFESSIONNELLE
TERRITORIALE DE SANTÉ**

DOUAR MOR

PROJET DE SANTÉ

COMMISSION 13 NOVEMBRE 2025

Nom de la CPTS

CPTS Douar Mor
17 rue de la Libération 56 850 CAUDAN
contact@cptsdouarmor.fr
SIRET : **937 838 761 00016**
06 11 08 22 92

**Coordonnées des
référentes**

Mme NETTER Alix
Médecin généraliste - **Présidente de la CPTS**
24 Saint Nicodème 56 530 Quéven
president@cptsdouarmor.fr
06 64 03 86 77

Mme DAVID Soazig
Ergothérapeute - **Secrétaire de la CPTS**
15 Kermadec 56 650 INZINZAC LOCHRIST
secrétaire@cptsdouarmor.fr
06 48 71 14 25

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	6
1. DIAGNOSTIC TERRITORIAL	7
1.1. Historique de la démarche	7
1.2. Méthodologie de travail mise en place	11
1.3. Le territoire de projet	15
1.4. Données populationnelles du territoire de projet	17
1.5. L'offre de soins	27
1.6. Les besoins de santé de la population	47
2. PROJET DE SANTÉ	60
2.1. Axe n°1 : Améliorer l'accès aux soins (engagement socle de l'ACI CPTS)	61
2.2. Axe n°2 : Favoriser l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient (engagement socle de l'ACI CPTS)	71
2.3. Axe n°3 : Développer des actions territoriales de prévention sur le territoire (engagement socle de l'ACI CPTS)	94
2.4. Axe n°4 : Gestion de crise (engagement socle de l'ACI CPTS)	112
2.5. Axe n°5 : Développer des actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins (engagement optionnel de l'ACI CPTS)	114
2.6. Axe n°6 : Améliorer l'accompagnement des professionnel.les de santé sur la territoire (engagement optionnel de l'ACI CPTS)	117
3. PARTAGE D'INFORMATIONS ET COORDINATION ENTRE PROFESSIONNEL.LES	126
3.1. Outils numériques envisagés et finalités attendues	126
3.2. Outils de coordination ville-hôpital	126
4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CPTS	127
4.1. Pilotage et fonctionnement	127
4.2. Organisation du projet	130
4.3. Professionnel.les impliqués dans la démarche	130
4.4. La fonction de coordination	130
4.5. Communication en interne pour la vie de la structure	131
SIGNATURE DU PROJET DE SANTÉ	132
ANNEXES	133
Annexe 1 : Liste des professionnel.les adhérents à la CPTS	133
Annexe 2 : Liste des professionnel.les ayant participé aux groupes de travail de la CPTS	143
Annexe 3 : Liste des personnes référentes pour un soutien au projet de CPTS	148
Annexe 4 : Fiche de poste coordinatrice CPTS Douar Mor	150

GLOSSAIRE

- ACI : accord conventionnel interprofessionnel
- ADMR : aide à domicile en milieu rural
- AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
- ALD : affection de longue durée
- ARS : agence régionale de santé
- AS : assistante sociale
- B3S : Bretagne sud simulation santé
- CA : communauté d'agglomération ou conseil d'administration
- CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
- CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CC : communauté de commune
- CLS : conseil local de santé
- CMP : centre médico-psychologique
- CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- CPEA : centre de psychothérapie pour enfants et adolescent.es
- CPTS : communauté professionnelle territoriale en santé
- CPS : carte de professionnel de santé
- CSS : complémentaire santé solidaire
- CTS : contrat territorial en santé
- DAC : dispositif d'appui à la coordination

EAS : espace autonomie santé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPSM : établissement public de santé mentale

ESAT : établissement et service d'accompagnement par le travail

ETP : éducation thérapeutique

GHBS : groupe hospitalier Bretagne sud

HAD : hospitalisation à domicile

HDJ : hôpital de jour

ICAPS : intervention auprès des collégiens centrés sur l'activité physique et la sédentarité

IME : institut médico-éducatif

IPA : infirmière de pratiques avancées

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

PRS : plan régional de santé

PTSM : projet territorial en santé mentale

RCP : réunion de concertation pluriprofessionnelle

SAD : service autonomie à domicile

SAS : service d'accès aux soins

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SNP : soins non programmés

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TND : troubles neuro-développementaux

VIF : violences intrafamiliales

3C : centre de coordination en cancérologie

INTRODUCTION

Créées par la loi de Modernisation du système de santé de 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un nouveau cadre et une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de la prise en charge ambulatoire et de l'amélioration du parcours coordonné du patient.

Les CPTS doivent permettre aux acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de franchir une étape supplémentaire dans le décloisonnement du système de santé afin de renforcer la coordination des soins pour mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé. C'est également un moyen pour les professionnels de santé d'apprendre à mieux travailler ensemble, d'améliorer leurs conditions d'exercice, de renforcer leurs coopérations et de favoriser l'attractivité des territoires.

A l'initiative des acteurs de santé, et en premier lieu des professionnels de santé de ville, les CPTS s'inscrivent dans une approche territoriale caractérisée par l'existence d'habitudes de travail collectives, en s'appuyant préférentiellement sur les équipes de soins primaires déjà constituées.

Deux principes de base sous-tendent toutefois la création d'une CPTS pour qu'elle devienne un levier majeur de l'organisation territoriale de l'offre :

- Une approche populationnelle correspondant à des besoins de santé insuffisamment couverts, sur un territoire en cohérence avec les parcours de santé de la population;
- Une association la plus large possible d'un ensemble d'acteurs de santé volontaires pour coopérer et se coordonner en réponse aux enjeux identifiés afin d'assurer la légitimité et la reconnaissance de la CPTS sur le territoire.

1. DIAGNOSTIC TERRITORIAL

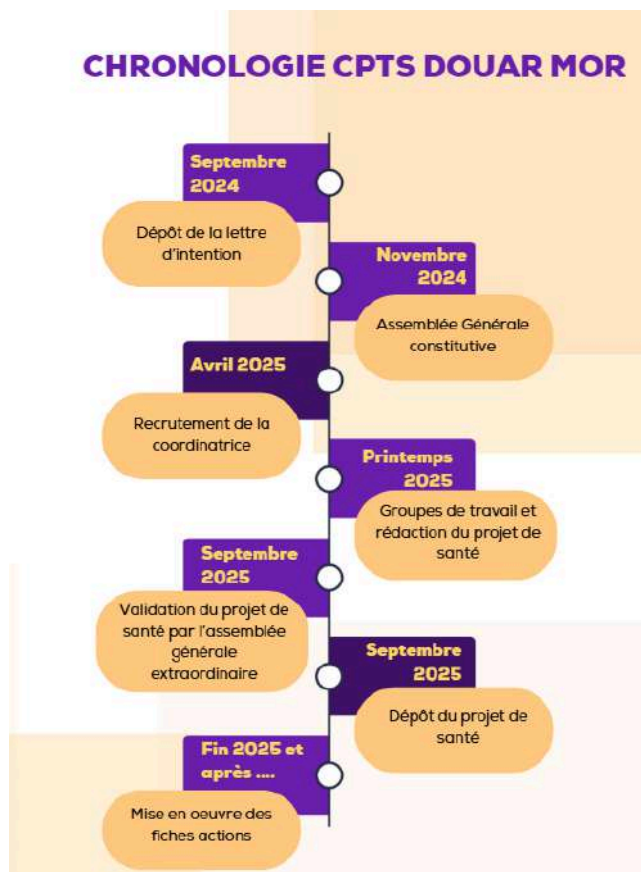
1.1. Historique de la démarche

La création de la CPTS est née d'une initiative conjointe de plusieurs professionnel.les des maisons de santé de Plouay et des Rives du Scorff, soutenue par la CPAM du Morbihan et l'ARS Bretagne. Depuis plusieurs années, des actions communes étaient déjà menées sur le territoire, créant ainsi les bases solides de la constitution de la CPTS.

L'Assemblée Générale constitutive, qui s'est tenue le 7 novembre 2024, a marqué la naissance officielle de la CPTS Douar Mor. Elle a réuni 61 participants, dont 74 % de professionnel.les libéraux, 4 patientes partenaires, ainsi que des représentants de l'EPSM Charcot, de l'HAD et du DAC.

Le 15 avril 2025, une coordinatrice a été recrutée. Le choix s'est porté sur une personne possédant une connaissance approfondie du territoire et des partenaires, des compétences en animation et des valeurs de coopération en santé partagées par l'équipe.

Dès son arrivée, les groupes de travail ont été lancés, permettant de débiter l'écriture du projet de santé. Une nouvelle campagne d'adhésion, soutenue par le fichier CPAM et le réseau de terrain, a également été engagée. À ce jour, 138 professionnel.les et patient.es partenaires ont rejoint la CPTS, renforçant ainsi la mobilisation collective pour la santé sur le territoire.



Composition de l'équipe projet (17 membres) à l'origine de la rédaction de la lettre d'intention :

Nom - Prénom	Profession	Secteur d'activité	Nom de la structure d'appartenance	Lieu d'exercice
Crossin Françoise	Directrice des soins	Hospitalier	EPSM Caudan	Caudan
David Soazig	Ergothérapeute	Libérale	MSP Plouay	Plouay
Guenec Chloé	Médecin Généraliste	Libérale	MSP Plouay	Plouay
Jehanno Dupuy Béatrice	IDE	Libérale	MSP Rives du Scorff	Pont-Scorff - Caudan
Le Bihan Nathalie	IDE	Libérale	Cabinet infirmier	Guidel
Le Maire Aurélie	Orthoptiste	Libérale	MSP Plouay	Plouay
Le Navéos Bertrand	Prestataire de Santé	Ambulatoire	Home Ker	Quéven
Le Quellec Albane	Pharmacienne	Libérale	MSP Plouay	Plouay
Le Trionnaire Anne	MKDE	Libérale	MSP Plouay	Plouay
Maugère Mathilde	Sage-Femme	Libérale	MSP Rives du Scorff	Pont-Scorff
Netter Alix	Médecin Généraliste	Libérale	MSP Rives du Scorff	Pont-Scorff
Nozahic Lydie	Patientte partenaire	NC	MSP Rives du Scorff	Cléguer
Parenteau Audrey	IDE	Libérale	MSP Gestel	Gestel
Plaçais Benjamin	Médecin Généraliste	Libéral	MSP Rives du Scorff	Pont-Scorff
Squiban Anne-Catherine	MKDE	Libérale	MSP Rives du Scorff	Pont-Scorff
Stragliati Caroline	MKDE	Libérale	Cabinet de groupe	Quéven
Thibaut Derré	Audioprothésiste	Libéral	Sonance Audition	Plouay

A la suite de l'Assemblée Générale, un bureau et un conseil d'administration ont été élus :

Nom - Prénom	Profession	Fonction
Bonaventur Olivier	Directeur HAD	Membre du bureau
Cras Maëva	IPA	Membre du bureau
David Soazig	Ergothérapeute	Secrétaire
De Malleray Pia	Directrice EHPAD	Membre du bureau
Derré Thibaut	Audioprothésiste	Trésorier
Le Navéos Bertrand	Prestataire de Santé	Vice-Président
Le Quellec Albane	Pharmacienne	Trésorière adjointe
Netter Alix	Médecin Généraliste	Présidente
Squiban Anne Catherine	MKDE	Membre du bureau - Communication

Le Conseil d'Administration est réparti en 5 collèges, et compte 26 membres.

Nom - Prénom	Profession	Collège	Lieu d'exercice
Ahmime Natacha	Patientte Partenaire	Usagers partenaires (4)	Quéven
Bonaventur Olivier	Directeur HAD	Etablissements (3)	Territoire 3
Boutruche Marc	Maire	Collectivités (5)	Quéven
Cras Maëva	IPA	Profession libérale (1)	Inguiniel
Crossin Françoise	Directrice des soins EPSM Charcot	Etablissement (3)	Caudan
David Soazig	Ergothérapeute	Profession libérale (1)	Plouay
De Malleray Pia	Directrice EHPAD	Etablissements (3)	Guidel
Derré Thibaut	Audioprothésiste	Profession libérale (1)	Plouay
Di Guglielmo Martine	Adjointe au maire	Collectivités (5)	Caudan
Jehanno Dupuy Béatrice	IDE	Profession libérale (1)	Pont-Scorff - Caudan
Le Bihan Nathalie	IDE	Profession libérale (1)	Guidel
Le Carour Valérie	IDEL	Profession libérale (1)	Plouay
Le Navéos Bertrand	Prestataire de Santé	Pro Parcours Patient (2)	Quéven

Le Nozach Isabelle	Médecin généraliste	Profession libérale (1)	Inguiniel
Le Quellec Albane	Pharmacien	Profession libérale (1)	Plouay
Le Stunff Sonia	Patiente Partenaire	Usagers partenaires (4)	Inguiniel
Le Trionnaire Anne	MKDE	Profession libérale (1)	Plouay
Maugère Mathilde	Sage-Femme	Profession libérale (1)	Pont-Scorff
Mercier Sandrine	Hypnothérapeute	Pro Parcours Patient (2)	Cléguer
Netter Alix	Médecin Généraliste	Profession libérale (1)	Pont-Scorff
Nozahic Lydie	Patiente partenaire	Usagers partenaires (4)	Cléguer
Rio Carine	Pharmacien	Profession libérale (1)	Quéven
Ruau Isabelle	Podologue	Profession libérale (1)	Quéven
Scalcon Nathalie	Patiente Partenaire	Usagers partenaires (4)	Plouay
Squiban Anne Catherine	MKDE	Profession libérale (1)	Pont-Scorff
Tonnellier Arnaud	Directeur CAPAS	Etablissements (3)	Territoire 3

Lors de nos premiers conseils d'administration, nous avons commencé par **favoriser l'interconnaissance entre les membres du CA** et par travailler sur **les valeurs fondamentales de la CPTS**. Pour soutenir cette démarche, nous avons mobilisé **des outils issus de l'intelligence collective** et mis en œuvre des **méthodes de travail participatives**, permettant à chacun de s'impliquer activement et de contribuer à la construction d'un **projet partagé et fédérateur**.

Les valeurs portées par la CPTS Douar Mor :



L'équipe a exprimé une **forte volonté de collaboration** et de **mise en œuvre d'actions en lien avec les réalités du terrain**, accessibles à **toutes et tous**. Elle veille également à **maintenir la cohérence avec les initiatives des partenaires du territoire**, afin de renforcer la synergie locale. Dans un **souci de responsabilité environnementale**, une **dynamique de développement durable** accompagnera **l'ensemble de nos actions**, constituant ainsi une **toile de fond constante** de nos projets.

1.2. Méthodologie de travail mise en place

Face aux difficultés organisationnelles rencontrées par la fédération régionale GECOLib, la CPTS a choisi de **déployer sa méthodologie de manière autonome et indépendante**, avec le **soutien de l'ARS 56 et de la CPAM 56**. L'objectif était **d'identifier les enjeux de santé prioritaires du territoire** et de répondre **aux besoins de santé de la population**.

Pour ce faire, la CPTS a mis en œuvre une méthodologie structurée, visant à :

- Initier un **travail d'interconnaissance** entre les professionnels ;
- **Co-construire** des actions de santé collectives sur le territoire ;
- Et inscrire dès les premiers groupes de travail ses **valeurs** d'engagement et de coopération, fondements de son action sur le territoire.

1.2.1 Coordination de la CPTS :

La **coordinatrice** a rejoint la CPTS le **15 avril 2025**, avec un **contrat de 35 heures par semaine**. Ses missions reposent sur **quatre axes principaux** :

1. **L'élaboration du projet de santé** : recueil du diagnostic territorial, **animation des groupes de travail** et **rédaction du projet de santé**.
2. **La communication** : diffusion des informations relatives à l'avancée du projet via une **newsletter trimestrielle**, présentation de la CPTS auprès des instances et partenaires, et création des **outils de communication** tels que logo, flyers, etc.
3. **La participation active à la vie de l'association** : implication dans les **Conseils d'Administration**, le **Bureau**, l'**Assemblée Générale** ainsi que dans les **démarches administratives**.
4. La participation, dès son arrivée, à des **groupes de travail avec les acteurs du territoire** (inter CPTS, CLS, etc.)

Cette organisation permet à la coordinatrice de **conjuguer action stratégique, communication et engagement opérationnel**, pour soutenir efficacement le développement de la CPTS sur le territoire.

1.2.2 L'ingénierie de projet pour l'écriture du projet de santé :

Le **Conseil d'Administration** a identifié **sept thématiques de santé prioritaires** :

- L'accès aux soins
- La santé mentale
- Le vieillissement et l'accompagnement des personnes âgées
- Les maladies cardio-vasculaires
- L'accompagnement à la parentalité et à l'adolescence
- La cancérologie et la douleur chronique (traitées chacune de manière distincte)
- L'accompagnement des soignants

La **gestion de crise** sera, quant à elle, abordée **de manière spécifique**, dans un **groupe restreint**, voire en **inter-CPTS**. Notre volonté est d'avoir une approche efficace et cohérente avec les acteurs de nos bassins de vie (Territoire de santé 3 et département du Morbihan).

Pour chaque thématique, le Conseil d'Administration a désigné des **référent.es**, chargés de **démarrer l'élaboration du diagnostic** avant l'arrivée de la coordinatrice.

Chaque **groupe de travail** s'est réuni à **deux reprises** afin de :

- dresser les **priorités de santé**,
- imaginer les meilleures manières d'**optimiser l'offre et l'accès aux soins** sur le territoire, à travers l'élaboration des **fiches actions**.

Pour accompagner ces échanges, des **techniques d'animation issues de l'intelligence collective** ont été mises en œuvre, offrant à chacun.e la possibilité de **s'exprimer librement** et encourageant la **prise de décision partagée et la mobilisation des acteurs**. Ces groupes ont également été l'occasion de **favoriser l'interconnaissance entre les professionnel.les de santé** du territoire, grâce à des **brise-glaces** proposés au début de chaque session.

Ainsi, ce **projet de santé** repose sur des **valeurs fortes** pour la CPTS : **co-construction, collaboration et prise de décision partagée**, garantissant une approche **collective et participative** au service de la population.

Bilan des groupes de travail :

- **13 groupes de travail** ont été organisés ;
- **77 professionnel.les et patient.es partenaires** y ont participé ;
- **7 à 15 personnes** étaient présentes à chaque session.

*Ces groupes ont permis de **mobiliser un large éventail d'acteurs du territoire**, favorisant la **co-construction des priorités de santé** et **l'interconnaissance entre les participant.es**, tout en assurant une **participation active et équilibrée** à chaque rencontre.*

Quelques clichés illustrant les **moments forts** qui ont rythmé la vie de la CPTS, depuis sa création jusqu'à la dernière assemblée générale le 11 septembre 2025. Ces photos témoignent de la **dynamique collective**, de l'**engagement des professionnel.les et des patient.es partenaires**, ainsi que de la **richesse des échanges** qui ont permis de construire ensemble les fondations de notre projet de santé.



1.3. Le territoire de projet

Le territoire prospectif de la CPTS Douar Mor couvre 10 communes, regroupant 47 499 habitant.es (recensement 2020), pour une superficie totale de 330,2 km². Ces communes représentent 10 des 25 communes de l'Intercommunalité-Métropole de Lorient Agglomération.

Ce territoire est encadré par plusieurs CPTS voisines :

- Pays de Quimperlé,
- Roi Morvan,
- Lorient Littoral,
- Rade à Ria.

Il s'agit d'un **espace semi-rural à rural** où la proximité entre les acteurs de santé et la population constitue un atout pour développer des actions coordonnées et adaptées aux réalités locales.

- **Nombre d'habitant.es** : 47 499 habitant.es
- **Superficie du territoire** : 330,2 km²





Commune	Code commune	Département	Région	Superficie (km2) <i>Source INSEE.fr</i>	Densité de population (Hab / km2) <i>Source INSEE.fr</i>
Calan	56029	MORBIHAN	BRETAGNE	12,3	102,3
Caudan	56036	MORBIHAN	BRETAGNE	42,6	165,9
Cléguer	56040	MORBIHAN	BRETAGNE	32,3	104,1
Gestel	56063	MORBIHAN	BRETAGNE	6,3	414,7
Guidel	56078	MORBIHAN	BRETAGNE	52,3	228,5
Inguiniel	56089	MORBIHAN	BRETAGNE	51,4	42,6
Lanvaudan	56104	MORBIHAN	BRETAGNE	18,3	44,1
Plouay	56166	MORBIHAN	BRETAGNE	67,3	85,9
Pont-Scorff	56179	MORBIHAN	BRETAGNE	23,5	168,7
Quéven	56185	MORBIHAN	BRETAGNE	23,9	367,3
				330,2	

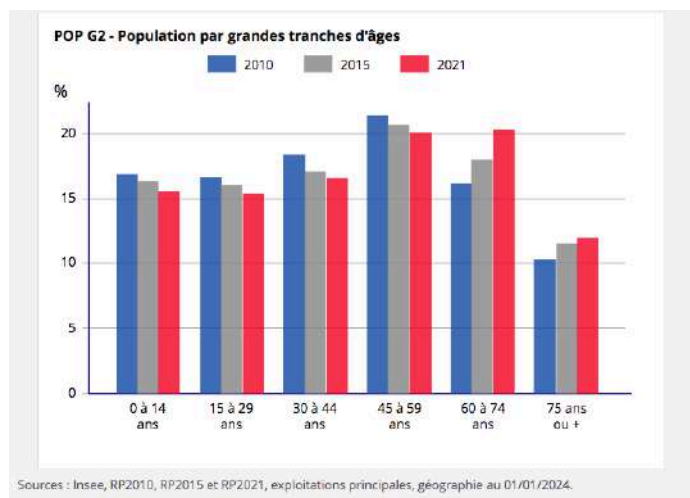
1.4. Données populationnelles du territoire de projet

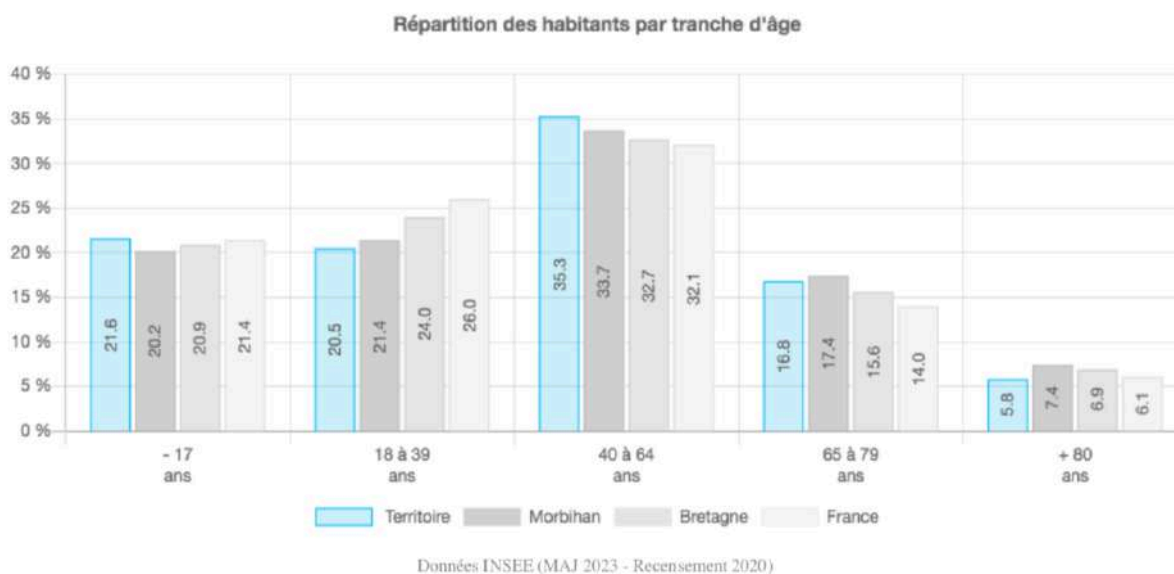
Communes retenues	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage Médecin spécialiste en médecine générale Zones sous-denses (ZIP / ZAC)
MORBIHAN				
Calan	56029	1 257	0	-
Caudan	56036	7 074	0	-
Cléguer	56040	3 348	0	-
Gestel	56063	2 592	0	-
Guidel	56078	11 947	0	-
Inguiniel	56089	2 191	0	-
Lanvaudan	56104	807	0	-
Plouay	56166	5 784	0	-
Pont-Scorff	56179	3 965	0	-
Quéven	56185	8 790	0	-
Totaux	10 commune(s)	47 755 habitants	0 QPV*	0 sur 10

* Plusieurs communes peuvent se partager un même QPV ce qui peut surévaluer le total présenté.

1.4.1 Répartition de la population par tranche d'âge (INSEE - CA Lorient Agglomération)

Le territoire de la CPTS ne compte pas de grande ville et présente une évolution populationnelle au profit des tranches de population de plus de 60 ans, avec toutefois une moins nette progression pour les personnes âgées de plus de 75 ans.





Cependant la part de population âgée de plus de 65 ans, bien qu'évoluant à la hausse, reste inférieure sur le territoire par rapport au reste du département.

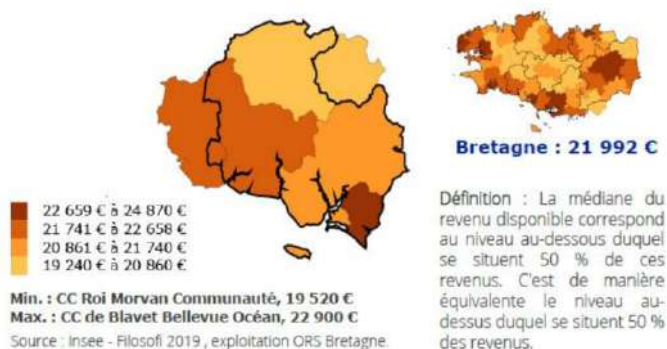
1.4.2 Données sociales (catégories socioprofessionnelles, précarité, salaire médian, isolement ...) et déterminants sociaux

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	2010	%	2015	%	2021	%
Ensemble	164 931	100,0	168 650	100,0	174 833	100,0
Agriculteurs exploitants	873	0,5	740	0,4	637	0,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5 300	3,2	5 574	3,3	6 386	3,7
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9 930	6,0	10 974	6,5	13 015	7,4
Professions intermédiaires	21 030	12,8	22 400	13,3	23 471	13,4
Employés	26 564	16,1	25 801	15,3	25 170	14,4
Ouvriers	22 607	13,7	21 571	12,8	20 031	11,5
Retraités	51 250	31,1	56 055	33,2	58 547	33,5
Autres personnes sans activité professionnelle	27 376	16,6	25 535	15,1	27 576	15,8

Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2024.

Revenus disponibles médians (en euros) selon les EPCI en 2019



Revenu médian (source : feuille de route du conseil territorial en santé (CTS) Lorient-Quimperlé

Des indicateurs sociaux témoins d'une **situation défavorable** à celle observée en moyenne dans la région avec des indicateurs présentant des valeurs plus élevées que celles observées en moyenne régionale

	Lorient - Quimperlé	Bretagne
Taux de pauvreté (2019)	11,9 %	10,7 %
Taux de pauvreté des moins de 30 ans	22,5 %	19,6 %
Taux de pauvreté des 75 ans ou plus	8,0 %	8,3 %
Taux de chômage des 15-64 ans (2018)	13,1 %	11,4 %
Taux de chômage chez les 15-24 ans	26,9 %	23,8 %
Minima sociaux (2020)		
Proportion de personnes couvertes par le RSA pour 100 habitants	4,3 %	3,6 %
Part des allocataires CAF dont le revenu est constitué à 100% par des prestations versées par les CAF	12,4 %	10,8 %
Couverture sociale (2021)		
Part des bénéficiaires de la CSS parmi les consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes	8,2 %	7,6 %

Sources : Insee - Recensement de la population 2018, Filosofi 2019, Cnaf, SNDS

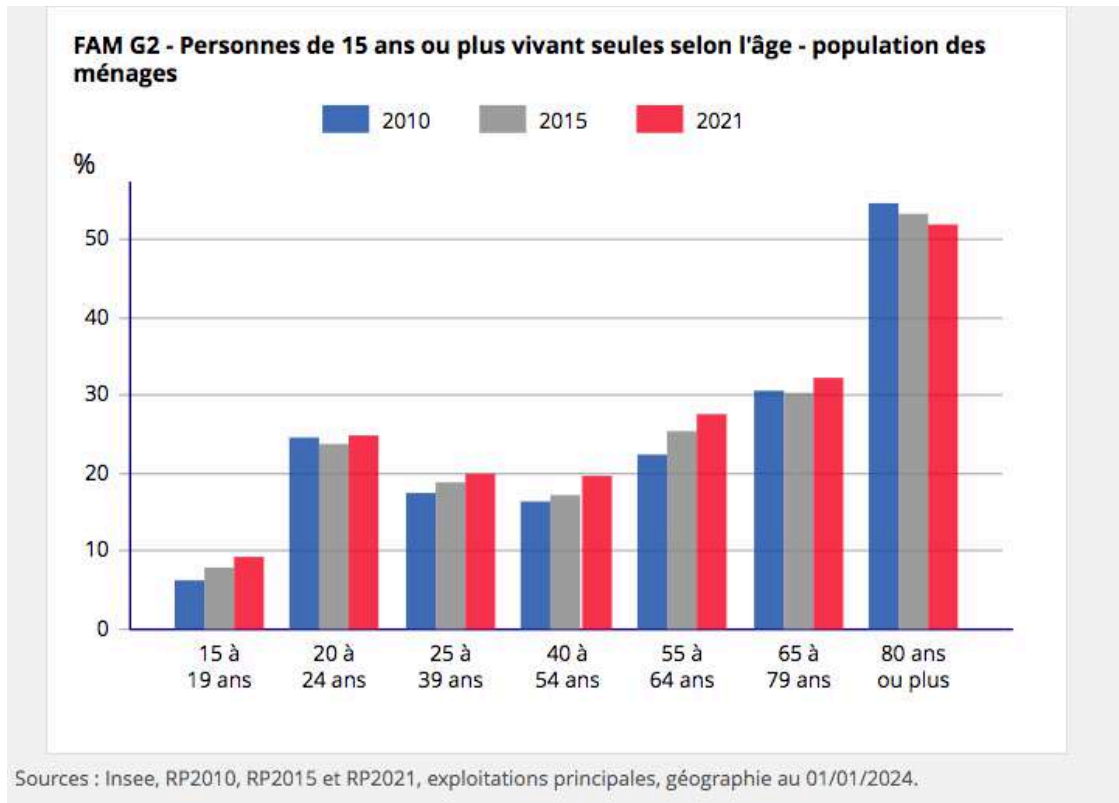
Le **revenu médian** sur le territoire de la CPTS est **équivalent à celui observé au niveau régional**, mais sa **répartition reste inégale** entre les différentes communes.

La structure socioprofessionnelle du territoire se caractérise par :

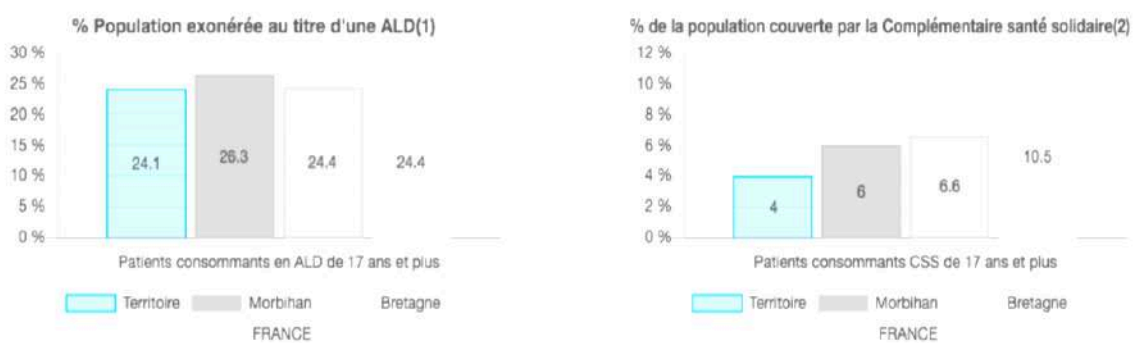
- **45 % de personnes actives ayant un emploi**, un chiffre légèrement inférieur à la moyenne régionale (**48 %**) ;
- **7 % de chômage** ;
- **34 % de retraités**, reflétant une **population vieillissante** et confirmant les enjeux liés à l'accompagnement du vieillissement et à la perte d'autonomie.

La proportion des personnes vivant seules¹ :

Les personnes vivant seules sont principalement âgées de plus de 80 ans bien que leur proportion soit actuellement en légère baisse.



Le profil des consommateurs de soin sur le territoire²:



Sur le territoire de la CPTS la proportion de patient.es exonéré.es au titre d'une ALD est inférieure à celle du département et globalement similaire à celle constatée au niveau régional et national.

¹ INSEE - CA Lorient Agglomération

² CNAM 2023

La **proportion de patient.es bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** sur le territoire est **inférieure de 50 % à celle observée au niveau départemental** et représente **moins de 40 % de la proportion constatée à l'échelle nationale**.

De manière générale, la Bretagne présente un **taux de couverture CSS plus faible** que la majorité des autres régions françaises. Cette situation s'explique en partie par le fait que **toutes les personnes éligibles** ne sollicitent pas systématiquement **l'ouverture de leurs droits**, ce qui contribue à sous-estimer la réalité des besoins.

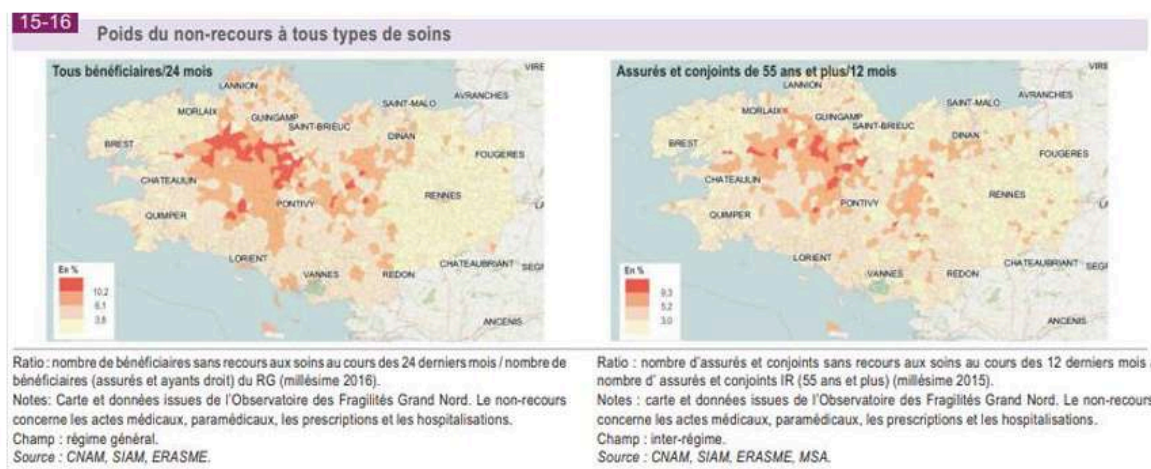
Cette donnée souligne la nécessité de renforcer l'accès aux droits et aux soins. Elle met en évidence l'importance de mieux repérer et accompagner les publics les plus vulnérables et d'identifier les freins pouvant limiter le recours aux soins sur le territoire.

Le non-recours aux soins :

Le **non-recours aux soins** peut avoir **plusieurs origines**. Il peut parfois traduire une **bonne santé perçue** par la personne mais il résulte bien souvent de **freins multiples** :

- **Des raisons financières**, lorsque le coût des soins ou le reste à charge constitue un obstacle ;
- **Des difficultés d'accès géographique ou organisationnel**, notamment dans les zones rurales ou pour certaines spécialités médicales ;
- **Un manque d'information ou de sensibilisation** aux enjeux de santé, qui peut conduire à un retard dans la prise en charge ou à une absence de recours aux dispositifs existants.

Ces facteurs rappellent l'importance d'une **action collective et coordonnée** pour **lever les barrières au recours aux soins**, en travaillant sur **l'accompagnement, l'information et l'éducation à la santé et l'équité d'accès** pour l'ensemble de la population.



État de santé (espérance de vie, taux de mortalité, taux de morbidité, principales pathologies)

Prévalence des principaux groupes de pathologies ³

En 2021, l'espérance de vie à la naissance dans la région est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, mais reste légèrement inférieure à la moyenne nationale (-0,4 an).

- Chez les hommes, elle s'élève à 79 ans, contre 79,4 ans en France métropolitaine.
- Chez les femmes, elle atteint 85,1 ans, contre 85,5 ans au niveau national.

Dans le Morbihan, l'espérance de vie des hommes est encore plus basse, à 78 ans, soit un écart marqué par rapport à la moyenne nationale, qui dépasse 79 ans.

Maladies chroniques et ALD ⁴

En Bretagne, plus de 75 000 nouvelles admissions en Affection de Longue Durée (ALD) sont enregistrées chaque année.

Entre 2011 et 2013, on comptait en moyenne **75 388 nouvelles admissions annuelles**, toutes caisses confondues :

- Régime général (Cnamts),
- Régime agricole (MSA),
- Régime des professions indépendantes (RSI),
pour des personnes domiciliées en Bretagne.

Plus de la moitié de ces nouvelles admissions (52 %) concernaient des hommes, et 43 % des patient.es avaient moins de 65 ans, un chiffre légèrement inférieur à la moyenne nationale (46 % en France métropolitaine).

Le taux standardisé annuel d'admission en ALD était de 2 159 pour 1 000 habitant.es en Bretagne, contre 2 204 en France, traduisant une situation globalement un peu plus favorable au niveau régional. Toutefois, des disparités départementales existent : **le Morbihan se distingue par un taux nettement supérieur à la moyenne nationale, atteignant 2 364 pour 1 000 habitant.es, ce qui en fait un territoire particulièrement concerné par les problématiques liées aux maladies chroniques.**

³ CTS Territoire de Démocratie en Santé Lorient-Quimperlé et schéma de l'autonomie du Morbihan

⁴ PRS Territoire de Démocratie en Santé Lorient-Quimperlé

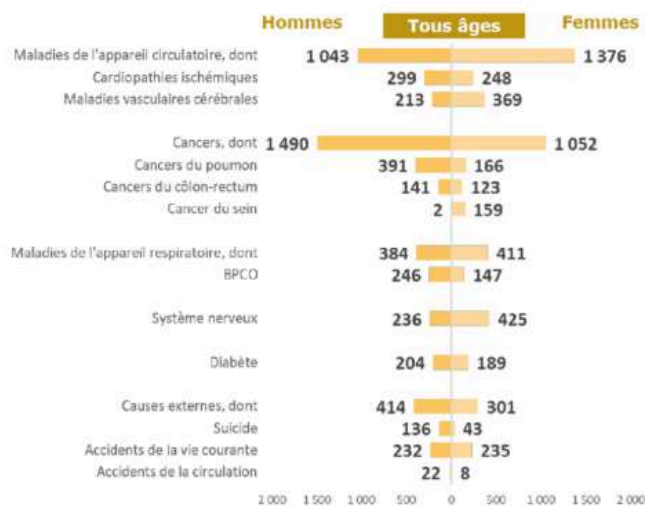
Le territoire de la CPTS est particulièrement touché par les maladies neuro-cardiovasculaires, le diabète et les cancers, dont l'incidence est en augmentation par rapport à la moyenne régionale. Comme dans l'ensemble de la Bretagne, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire représentent plus de la moitié des décès dans le territoire en santé 3. Une répartition genrée des pathologies est également observée : **les femmes sont davantage concernées par les maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux**, tandis que **chez les hommes, les cancers sont plus fréquents**, suivis par les maladies de l'appareil respiratoire.

Pathologies Patients consommants(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	4.3% 2 113 pat.	4.7%	4.1%	3.8%	-0.4	0.2	0.5
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4.1% 1 972 pat.	4.6%	4.2%	5.6%	-0.5	-0.1	-1.5
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	2.7% 1 306 pat.	3%	2.6%	2.4%	-0.3	0.1	0.3
Maladie coronaire	2.6% 1 275 pat.	3%	2.5%	2.4%	-0.4	0.1	0.2
Affections psychiatriques de longue durée	2.6% 1 247 pat.	3%	3%	2.6%	-0.4	-0.4	0

(5) Pathologies patients consommants : patients ayant eu une ALD active et un remboursement au titre d'une ALD ou d'une polyopathie (avec ou sans rapport) dans la période de référence et ce pour chaque numéro d'ALD retenue

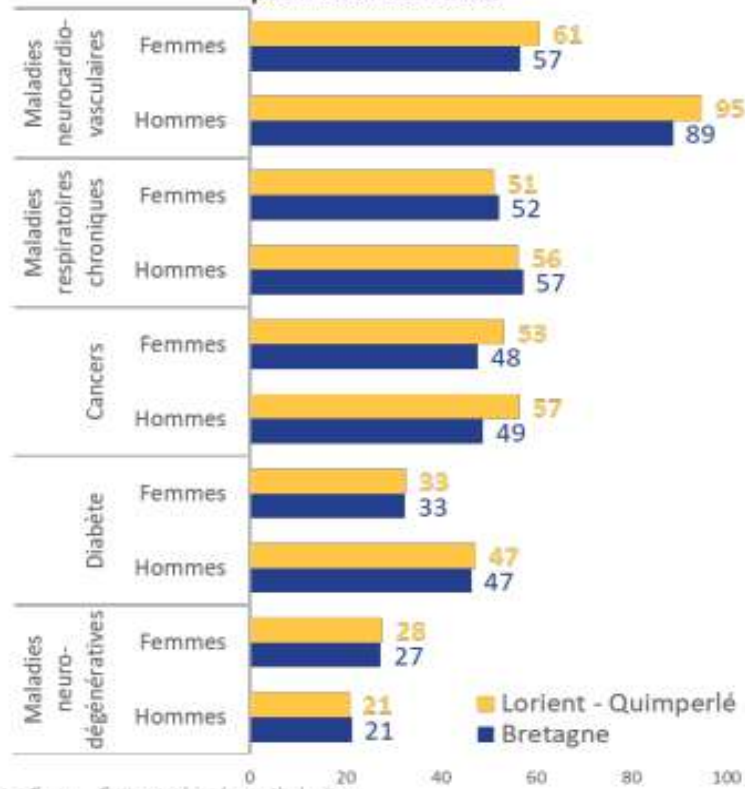
(6) Top 5 : Indication des 5 Prévalences majeures (en nombre de patients) par pathologie sur la CPTS projetée source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

Nombre annuel moyen de décès selon les principales causes de décès et le sexe en 2013-2017



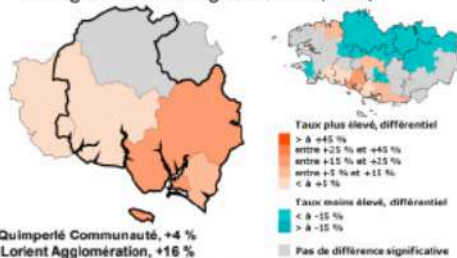
Source : Inserm CépiDc.

Taux standardisés de prévalence selon les principales pathologies en 2019 pour 1 000 habitants

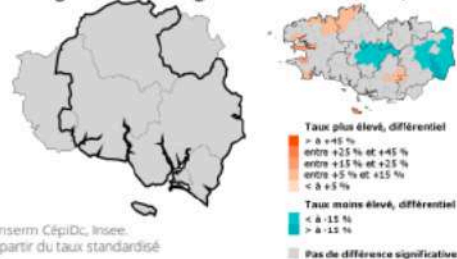


CANCERS

Différentiel de prévalence* des cancers selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2019 (en %)

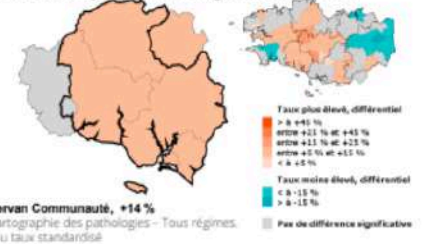


Différentiel de mortalité* par cancer selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2013-2017 (en %)

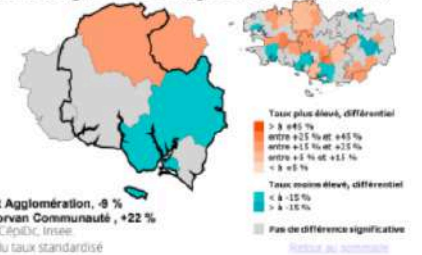


MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Différentiel de prévalence* des maladies cardio-neurovasculaires selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2019 (en %)

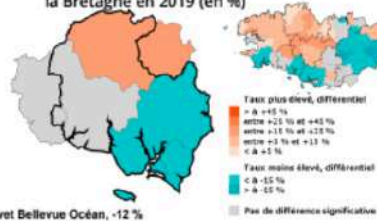


Différentiel de mortalité* par maladies de l'appareil circulatoire selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2013-2017 (en %)



MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Différentiel de prévalence* des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2019 (en %)



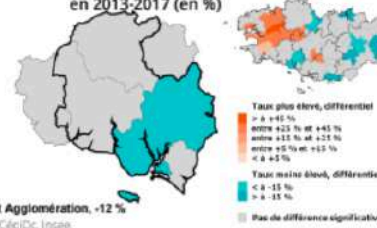
Min. : CC de Blavet Bellevue Océan, -12 %

Max. : CC Ror Morvan Communauté, 18 %

Source : Cnam, Cartographie des pathologies – Tous régimes.

*calculé à partir du taux standardisé

Différentiel de mortalité* par maladies de l'appareil respiratoire selon les EPCI en regard de la Bretagne en 2013-2017 (en %)



Min. : CA Lorient Agglomération, -12 %

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

*calculé à partir du taux standardisé

[Retour au sommaire](#)

Prévention et dépistage :

Le portrait du territoire de démocratie en santé Lorient-Quimperlé dépeint une participation au dépistage régionalisé des cancers inférieure aux données régionales mais ces chiffres masquent une forte disparité au niveau des différentes communes.

Sur le territoire prospectif de la CPTS, la participation aux dépistages organisés des cancers semble cependant supérieure aux données départementales, régionales et nationales.

Dépistage Cancers : Sein

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

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
70.9% 6 082 pat.	65.4%	63.3%	62.9%	5.5	7.6	8

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

Dépistage Cancers : Colorectal

Rapport entre la part des patients consommants 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)

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
40.2% 5 486 pat.	37.6%	38.3%	33.6%	2.6	1.9	6.6

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

Dépistage Cancers : Col de l'utérus

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

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
57.1% 7 254 pat.	54.3%	55.2%	52.1%	2.8	1.9	5

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

1.5. L'offre de soins

La CPTS fait partie du territoire 3 en santé en Bretagne. Le territoire 3 est plutôt mieux doté en offre de soins de premiers recours par rapport au niveau régional (au 1er janvier 2021 et pour les professionnel.les étudié.es).

Les recours aux professionnel.les de santé libéraux sont équivalents à ceux observés en Bretagne en 2021 :

- Le médecin généraliste est le 1er interlocuteur (9 habitant.es sur 10 l'ont consulté au moins une fois dans l'année) ;
- Les sage-femmes (2 femmes sur 3) ;
- Les infirmier.ères et les chirurgiens-dentistes (plus de 2 habitant.es sur 5 chacun) ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes (1 habitant sur 5).

Le territoire est globalement mieux doté en soins hospitaliers qu'au niveau régional, sauf pour l'hospitalisation complète en médecine relativement équivalente et l'hospitalisation partielle en Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) polyvalents.

100 % des habitant.es vivent à moins de 30 minutes des soins urgents et à moins de 45 minutes d'une maternité.

Un Contrat Local de Santé (CLS) est en cours de finalisation sur le pays de Lorient et le territoire est couvert par un espace autonomie santé et dispositif d'appui à la coordination (DAC) Cap Autonomie Santé.⁵

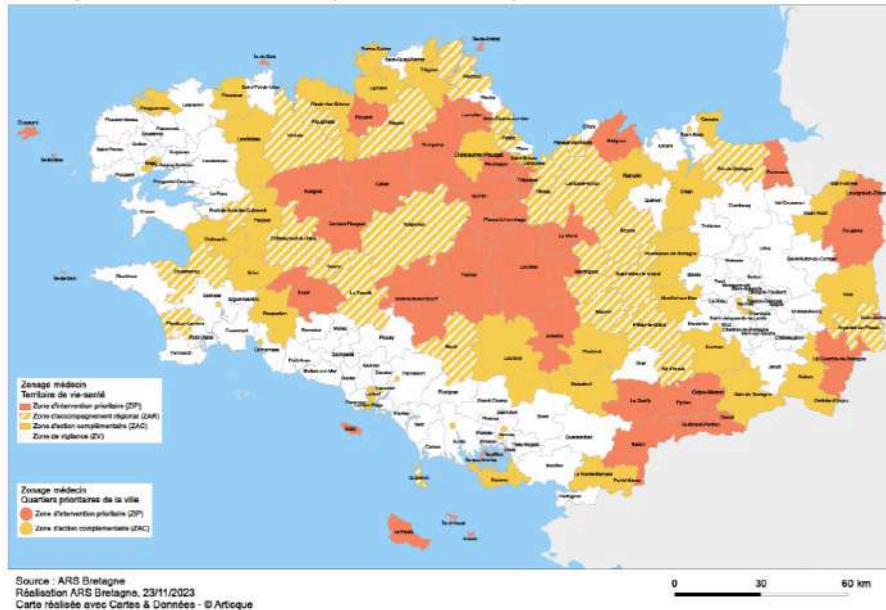
⁵ Source : feuille de route CTS Lorient-Quimperlé

Dans le champ ambulatoire (médecine générale et de spécialité, paramédicaux et autres professions de santé libérales, salariés/centres de santé...)

- Couverture des médecins traitants, des infirmières et des kinésithérapeutes ⁶

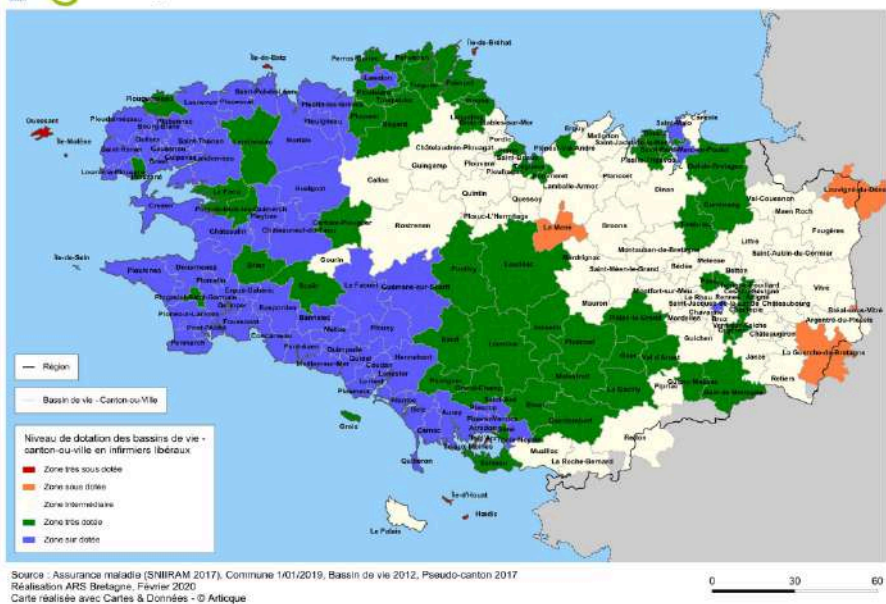
Médecins : La part de patient.es sans médecin traitant est inférieure sur le territoire au reste du département et au niveau régional et national, en particulier pour les patient.es non exonérés au titre d'une ALD.

Zonage Médecins - BRETAGNE (13 décembre 2023)



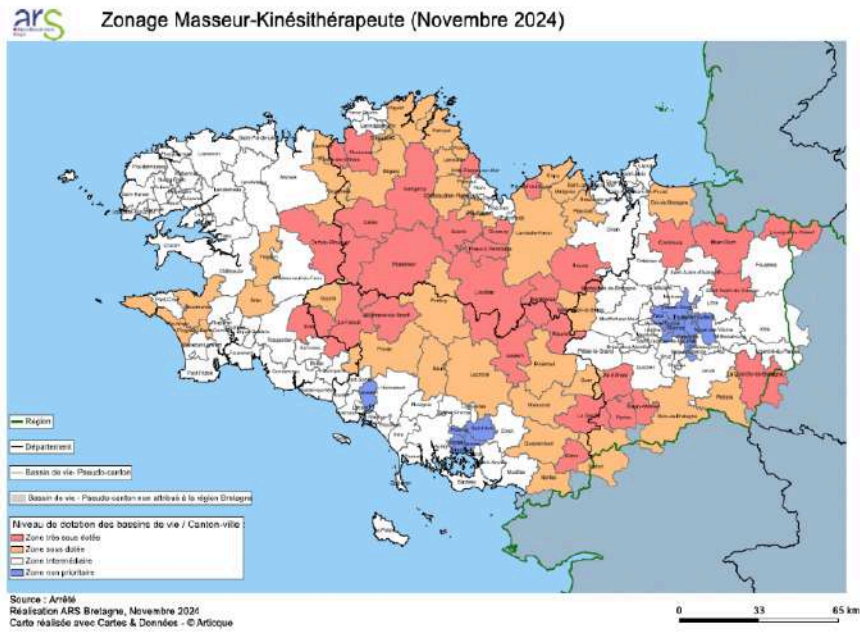
Infirmier.ères :

ars Zonage Infirmiers



⁶ CNAM 2020

Kinésithérapeutes :



Démographie des professionnel.les de santé du territoire⁷

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Spécialités médicales			
Tous les méd. spéc. en méd. générale	55	9	3
dont Médecin MEP	1	0	0
Tous les méd. spéc. hors méd. générale	2	2	1
Spécialité Sage femme			
Sage Femme	5	0	0
Auxiliaires médicaux			
Infirmier	83	4	1
Masseur Kinésithérapeute	70	3	1
Pharma./Labo.			
Pharmacie	14	-	-

(7) Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées)

Données SNDS (Avril 2025)

⁷ Rezone

Nombre de PS par commune et par catégorie en activité

Commune	Médecin spécialiste en méd. générale	Infirmier	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Orthoptiste
Calan	-	4	-	-	-
Lanvaudan	-	-	-	-	-
Plouay	9	17	5	7	1
Cléguer	3	5	3	1	-
Pont-Scorff	4	2	9	4	-
Quéven	9	15	12	2	-
Gestel	4	5	4	2	-
Guidel	10	18	23	6	1
Inguiniel	3	4	2	-	-
Caudan	6	12	8	2	-

Données SNDS (Année 2024)

Médecin spécialiste en méd. générale : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 29.2 %
2 commune(s) sans activité et 4 commune(s) neutralisée(s) : 14 sur 48 Prof. non pris en compte*

Infirmier : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 12.2 %
2 commune(s) sans activité et 6 commune(s) neutralisée(s) : 20 sur 164 infirmier(s) non pris en compte*

Masseur Kinésithérapeute : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 13.6 %
2 commune(s) sans activité et 3 commune(s) neutralisée(s) : 9 sur 66 kiné. non pris en compte*

Orthophoniste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 45.8 %
3 commune(s) sans activité et 5 commune(s) neutralisée(s) : 11 sur 24 ortho. non pris en compte*

Orthoptiste : le taux de prof. neutralisés sur le territoire est de 100 %
16 commune(s) sans activité et 4 commune(s) neutralisée(s) : 4 sur 4 orthop. non pris en compte*

Les autres professionnel.les de santé :

- 2 infirmières Asalée : MSP Rives du Scorff, MSP de Plouay
- 9 psychologues : Caudan, Guidel, Gestel, Pont Scorff, Quéven
- 9 pédicures-podologues : Plouay, Pont Scorff/Cléguer, Quéven, Guidel, Caudan
- 5 ergothérapeutes : Plouay, Pont Scorff/Cléguer, Guidel
- 3 diététicien.nes
- 6 psychomotricien.nes
- 8 professionnel.les hors CSP : hypnothérapeutes, ostéopathes, prestataires de service
- 3 laboratoires d'analyses médicales : Guidel, Quéven, Plouay
- 14 pharmacies

Structuration de l'offre ambulatoire :

Le territoire compte 5 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) constituées et 1 en cours de constitution.

➤ La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Plouay

La Maison de Santé Pluridisciplinaire de Plouay est le fruit d'un projet initié par la municipalité et validé fin octobre 2013. **Livrée le 1er juillet 2016, elle accueille aujourd'hui 23 professionnel.les de santé, contre 19 lors de son ouverture.** Ce lieu regroupe non seulement des praticiens exerçant dans les locaux, mais aussi des cabinets libéraux extérieurs (infirmiers, ergothérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) qui sont associés à la dynamique de la structure. **En août 2017, sous l'impulsion des médecins Dr Martial Le Pense et Dr Ronan Le Bris, un projet de SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) voit le jour.** Il reçoit un avis favorable de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en mars 2018. Baptisée SISA Kendon — terme breton signifiant "en accord, harmonie" — **cette équipe de soins coordonnée regroupe aujourd'hui 45 professionnel.les de santé** exerçant principalement sur les communes de Plouay et Calan.

Plusieurs projets de prévention et de promotion à la santé ont été mis en place depuis sa création :

- Le « mois sans tabac » ;
- Un programme d'accompagnement des femmes et adolescentes "Kiffe ton cycle " ;
- Un soutien à l'accès à l'activité physique adaptée pour les séniors ;
- Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) :
 - « En tête à tête avec mon dos » à destination des patient.es souffrant de douleurs chroniques ;
 - « Au Cœur de ma Santé » à destination des patient.es souffrant de pathologies chroniques ;
- Un accompagnement à la parentalité "Naître Parents" ;
- Des actions éducatives ciblées pour les patient.es souffrant de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ;
- Un soutien aux actions menées par et avec des patient.es partenaires " café des patients", "patients testeurs d'activité physique" ;
- Des diagnostics ciblés en ergothérapie pour faciliter le parcours maintien à domicile ;
- Des staffs pluridisciplinaires mensuels ;
- Des formations thématiques d'équipe comme "la dénutrition de la personne âgée", "le traitement du diabète", "le traitement des ongles incarnés"...

➤ La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) Rives du Scorff : Pont-Scorff et Cléguer

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Rives du Scorff, créée en 2017 à Pont-Scorff, a étendu son périmètre en intégrant les professionnel.les de la commune voisine de Cléguer en 2022. Elle rassemble aujourd’hui une soixantaine de professionnel.les de santé réparti.es dans plusieurs structures : deux cabinets médicaux, deux cabinets de chirurgie dentaire, trois cabinets infirmiers, quatre cabinets de kinésithérapie, ainsi que deux pharmacies. La diversité des pratiques est importante avec également un cabinet de sage-femme, deux ergothérapeutes, trois pédicures-podologues, deux orthophonistes, une psychologue, deux sophrologues, un réflexologue plantaire et deux hypnothérapeutes.

Plusieurs projets de prévention et de promotion à la santé ont été mis en place depuis sa création ainsi que des actions facilitant le parcours de soins des patient.es :

- Des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires sur les 2 sites ;
- Des réunions de concertation autour de cas complexes individuels ;
- Des formations proposées aux professionnel.les dont les 40 heures d’éducation thérapeutique, l’accompagnement au deuil, l’AFGSU niveau 1 et 2 ;
- Des programmes d’éducation thérapeutique du patient (ETP) :
 - « Au Cœur de ma Santé » à destination des patient.es souffrant de pathologies chroniques ;
 - “ETP post onco” à destination des patient.es ayant souffert d’une pathologie cancéreuse ;
 - Une réflexion est en cours pour développer un programme ETP douleur chronique;
- Des cafés mortels ;
- Un accompagnement à la parentalité “Naître Parents” ;
- Des cycles de prévention dans les écoles :
 - Alimentation et santé bucco-dentaire “programme Fines Bouches” ;
 - Sexualité et puberté chez les CM2 des écoles de Pont-Scorff et Cléguer ;
 - Sexualité et puberté au collège de Quéven au travers du programme “Kiffe ton cycle” et via l’accompagnement d’étudiant.es en santé (service sanitaire des étudiants en santé) ;
 - Des actions de prévention lors du Festival Saumon (festival de musique gratuit à Pont-Scorff).

➤ **La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) Bulles de Santé à Gestel**

Le projet Bulle de Santé Gestel a vu le jour en janvier 2023, porté par des professionnel.les animés par la volonté de mutualiser leurs compétences et de coopérer autour d'objectifs communs afin d'améliorer l'offre de soins sur leur territoire. Au sein de cette Maison de Santé Pluriprofessionnelle, chaque praticien exerce sur la commune tout en conservant son cabinet actuel. L'équipe compte actuellement onze infirmières, trois médecins, une pharmacienne, une orthophoniste et une kinésithérapeute, avec prochainement l'intervention d'une ostéopathe et d'une psychologue. Des patient.es partenaires viendront également compléter la structure pour contribuer aux actions d'éducation thérapeutique.

Les premières initiatives auprès des habitant.es ont démarré en novembre 2024 avec le « Mois sans tabac ». Une campagne de sensibilisation au don du sang a suivi en mars 2025, tandis qu'un dépistage du cancer du sein est proposé en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Par ailleurs, des ateliers visant à développer les compétences psychosociales des enfants sont en cours dans une école primaire, et une conférence sur le harcèlement en milieu scolaire, organisée en collaboration avec une pédopsychiatre, a été réalisée en juin 2025.

➤ **La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) d'Inguiniet**

À Inguiniet, le projet de création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) a émergé peu après l'arrivée d'une Infirmière en Pratiques Avancées (IPA) au sein de la maison médicale, à l'initiative du Dr Isabelle Le Nozach. L'objectif était de valoriser la pluriprofessionnalité et de renforcer l'exercice coordonné, notamment grâce aux Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) signés en octobre 2024. Le projet de santé, en cours de rédaction, intègre trois protocoles de soins ciblés : le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique, le dépistage des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (AOMI) ainsi que celui de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). La SISA a été officiellement constituée en avril 2025.

➤ **La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Caudan**

L'association Caudan Santé a été créée en janvier 2024. Elle compte à ce jour 32 professionnel.les. Le projet de santé de la MSP multisite a été validé en avril 2025. Une SISA est en cours de création et la MSP a recruté sa coordinatrice en septembre 2025. Le projet de santé s'axe sur une meilleure interconnaissance des professionnel.les de santé pour une amélioration du parcours de soin des patient.es et de la mise en place d'actions de santé publique auprès de la population du territoire.

➤ **Une maison de santé pluriprofessionnelle est en cours de création à Quéven.**

Sur le territoire, de nombreux partenariats se développent entre les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les établissements partenaires afin de renforcer la qualité et la coordination des soins.

À la MSP Rives du Scorff :

- Accueil de stagiaires issus de différentes professions et formations professionnelles ;
- Réunions trimestrielles de concertation pluriprofessionnelle sur la gestion de la douleur chronique, en partenariat avec l'équipe de Gestion de la Douleur du GHBS ;
- Permanences avec le dispositif d'appui à la coordination (DAC) Cap Autonomie Santé ;
- Organisation annuelle, en collaboration avec le GHBS et la Ligue Contre le Cancer, d'une session d'éducation thérapeutique du patient (ETP) post-soins oncologiques ;
- Staff bimensuel réunissant médecins, pharmaciens et sage-femme pour harmonisation des pratiques et mises à jour.

À la MSP de Plouay :

- Collaboration avec la maison sport santé du territoire pour la promotion de l'activité physique.

À la MSP de Plouay et des Rives du Scorff :

- Consultations avancées du Centre Médico-Psychologique (CMP) du secteur ;
- Participation au programme d'accompagnement à la parentalité « Naître Parents » ;
- Déplacements aux congrès nationaux et régionaux de la fédération nationale pour l'exercice coordonné (AVEC Santé et AVEC Santé Bretagne, anciennement ESSORT) ;
- Liens avec les établissements scolaires dans le cadre du programme « Kiffe ton cycle ».

Dans le champ hospitalier (hôpitaux de proximité, HAD, ...)

Il n'y a pas d'établissement de soins hospitaliers sur le territoire de la CPTS. Le Groupe Hospitalier de Bretagne Sud est le centre hospitalier le plus proche et se situe à Lorient. Deux cliniques médico-chirurgicales interviennent également sur le territoire :

- La Clinique Mutualiste Porte de l'Orient (Lorient)
- La Clinique du Ter (Ploemeur)

L'HAD de l'Aven à Etel :

L'HAD de l'Aven à Etel est un service d'hospitalisation à domicile associatif intervenant sur l'ensemble du territoire Lorient-Quimperlé. Elle s'adresse à tous les patient.es sans limite d'âge atteints de pathologies aiguës, chroniques ou en situation palliative nécessitant des soins complexes.

Code postal	Lieu de pec HAD	Nb patients	Nb séjours	Nb journées
56240 PLOUAY / CALAN / LANVAUDAN INGUIGNEL	Domicile	36	84	2 762
	EHPAD	10	11	370
	EMS hors EHPAD	1	1	32
	Total	47	94	3 164
56520 GUIDEL	Domicile	51	60	1 968
	EHPAD	8	9	99
	Total	59	69	2 067
56530 GESTEL	Domicile	42	66	1 504
	EHPAD	12	12	123
	Total	53	77	1 627
56620 PONT-SCORFF / CLEGUER	Domicile	28	32	1 618
	EHPAD	18	20	452
	Total	46	52	2 070
56850 CAUDAN	Domicile	17	18	572
	EHPAD	20	20	727
	Total	37	38	1 299
Total		247	336	10 227

Mode de prise en charge principal	2024
04 – Soins palliatifs	3 896
09 – Pansements complexes	1 790
07 – Prise en charge douleur	1 205
12 – Rééducation neurologique	732
13 – Surveillance post chimiothérapie	609
06 – Nutrition entérale	597
08 – Autres traitements	387
10 – Posttraitement chirurgical	285
21 – Post partum pathologique	248
14 – Soins de nursing lourds	192
03 – Traitement intraveineux	162
02 – Nutrition parentérale	42
11 – Rééducation orthopédique	35
22 – Prise en charge nouveau-né à risque	30
01 – Assistance respiratoire	17
Total journées de prise en charge	10 227

L'EPSM Charcot :

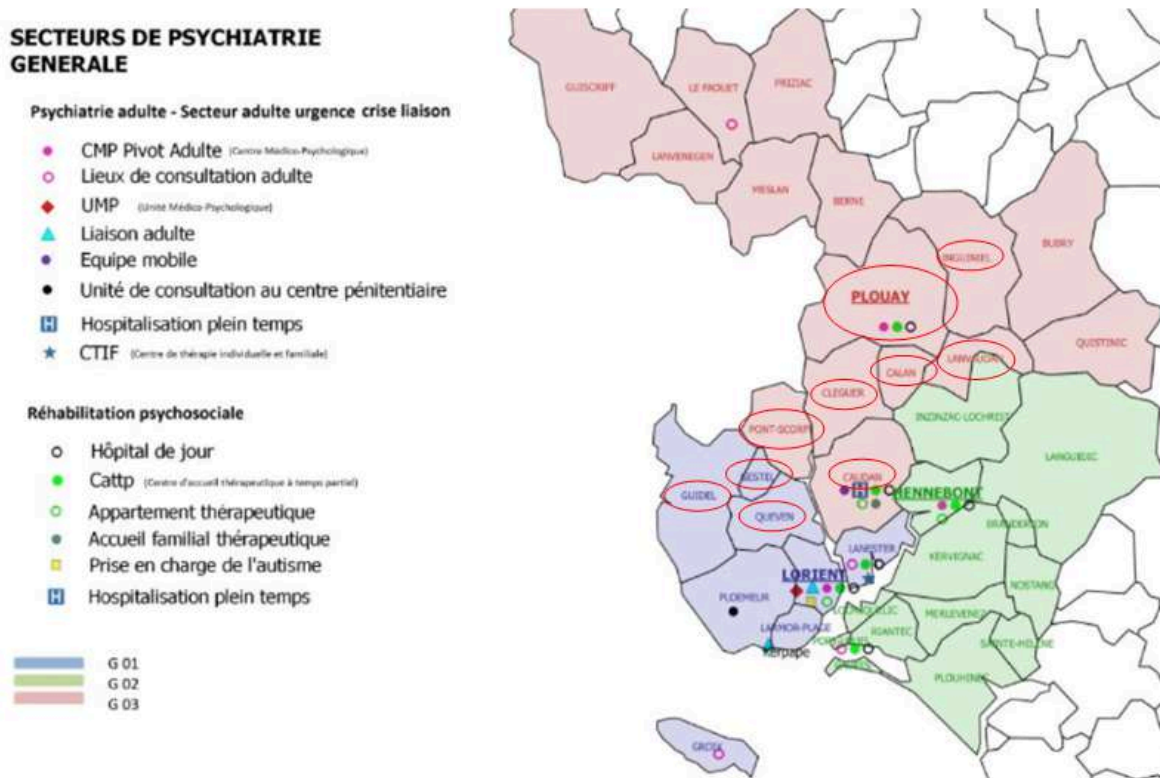
Le pôle de psychiatrie adulte (PPA) recouvre les trois secteurs correspondant à la partie morbihannaise du Territoire de Santé n°3.

Chaque secteur offre à la population dont il a la charge :

- des dispositifs de proximité comme les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP), les hôpitaux de jour (HDJ), les unités d'admission et les unités d'hospitalisation à temps complet ;
- des dispositifs d'appui liés à la prise en soin de populations spécifiques, à la réhabilitation psychosociale, au rétablissement et à l'inclusion sociale : précarité, suicide, psychotraumatisme, migrants, autisme, logement accompagné, pair-aidance etc.

Sur le territoire de la CPTS, les communes de Caudan, Cléguer, Pont Scorff, Lanvaudan, Calan, Inguiniel, Plouay sont couvertes par un CMP et CATTTP situés sur la commune de Plouay.

Les communes de Gestel, Guidel et Quéven sont couvertes par le CMP de Lorient.

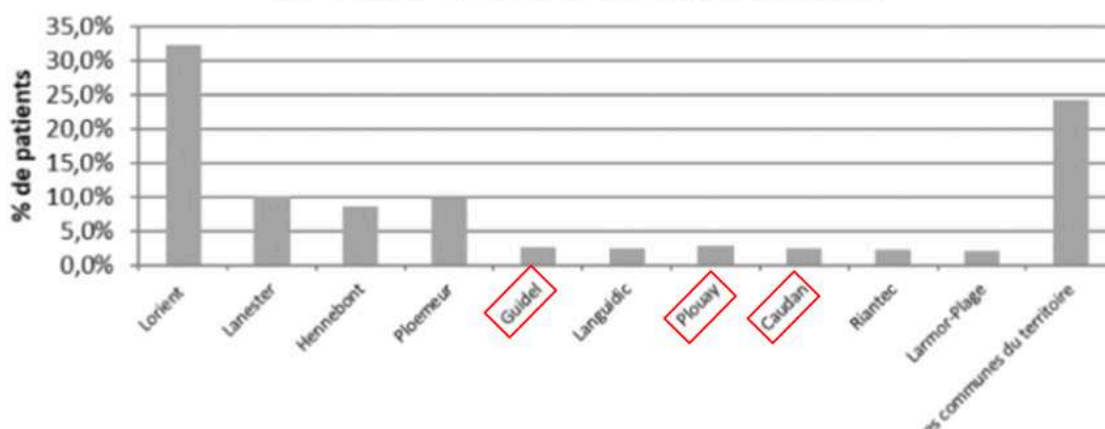


File active adulte selon leur origine géographique

Origine géographique	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2019-2023
Territoire de l'EPSM	7262	7189	7656	7827	8210	38,3%
Maison d'Arrêt Ploemeur*	484	232	163	131	111	-15,1%
Autres secteurs du Morbihan	269	265	261	291	286	0,7%
Finistère	219	205	231	193	194	-1,0%
Autres départements	103	106	121	121	120	0,7%
S.D.F. / Hébergement provisoire	25 11	18 7	32	34	44	0,8%
Sous Total	8373	8022	8464	8597	8965	23,9%
Fiches non renseignées	3	5	0	0	0	0
TOTAL	8376	8027	8464	8597	8965	23,9%

*A partir de l'adresse relevée dans le dossier en fin d'année 2023

Principales communes d'origine de la file active du territoire couvert par l'EPSM (76% des patients adultes)



Le territoire dispose également d'un centre psychothérapeutique enfants/adolescent.es (CPEA) à Plouay :

Cet établissement fait partie du pôle psychiatrie de l'enfant et l'adolescent de l'EPSM Charcot. Il couvre les communes de Plouay, Calan, Inguiniel, Lanvaudan, Caudan, Pont Scorff, Cléguer. Les communes de Quéven, Gestel et Guidel sont couvertes par le CPEA de Lorient.

Le CPEA a pour missions la prévention, le diagnostic et la prise en soins d'enfants et adolescent.es présentant une souffrance psychique, des troubles psycho-affectifs, des troubles du développement, des troubles du comportement et de la personnalité.

Les chiffres 2023 pour la pédopsychiatrie (regroupe ambulatoire et hospitalisation temps plein, soit 75 patient.es en 2023) :

Tableau b – Répartition de la file active par origine géographique ⁽¹⁾

Communes	Patients	%			
Lorient	620	24,4	Lanvenegen	17	0,7
Lanester	259	10,2	Meslan	17	0,7
Hennebont	226	8,9	Calan	15	0,6
Languidic	106	4,2	Nostang	15	0,6
Ploemeur	98	3,8	Port Louis	14	0,5
Guidel	90	3,5	Berne	14	0,5
Queven	85	3,3	Lanvaudan	12	0,5
Inzinzac Lochrist	84	3,3	Groix	11	0,4
Plouay	73	2,9	Priziac	9	0,4
Kervignac	58	2,3	Gavres	5	0,2
Caudan	52	2,0	Quimperle	34	1,3
Riantec	50	2,0	Moelan Sur Mer	12	0,5
Larmor Plage	50	2,0	Bannalec	12	0,5
Le Faouet	36	1,4	Redene	9	0,4
Inguiniel	35	1,4	Mellac	8	0,3
Pont Scorff	35	1,4	Tremeven	7	0,3
Cleguer	31	1,2	Querrien	7	0,3
Plouhinec	30	1,2	Baye	6	0,2
Locmiquelic	30	1,2	Le Trevoix	4	0,2
Merlevenez	29	1,1	Autres communes Morbihan	86	3,4
Guiscriff	28	1,1	Autres communes du Finistère	24	0,9
Gestel	25	1,0	Autres départements	16	0,6
Bubry	22	0,9	Total	2546	100,0
Quistinic	19	0,7			
Branderion	18	0,7			

⁽¹⁾ L'adresse prise en compte est celle qui figurait sur la fiche administrative du patient

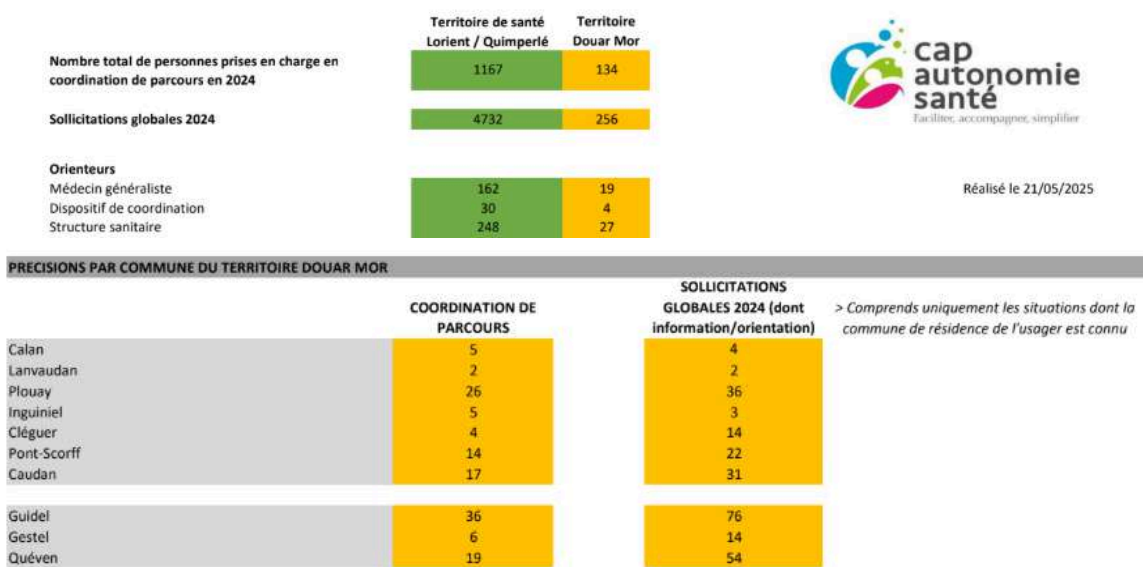
Dans le champ médico-social et social (EHPAD, SSIAD, CLIC, ADMR ...)

- **Un SSIAD** porté par l'ADMR de Pont Scorff ;
- **Trois services ADMR** : Caudan, Pont Scorff et Guidel ;
- **Huit EHPAD** :
 - 3 établissements sur la commune de **Caudan**
 - L'EHPAD de Ti Aieul possède 73 places dont 12 en unité d'Alzheimer et 3 en hébergement temporaire
 - La résidence EHPAD, Le Belvédère possède 50 places
 - La résidence Anne de Bretagne possède 87 places
 - 2 établissements sur la commune de **Guidel**
 - La résidence Kérélys possède 28 places
 - La résidence Saint Maurice possède 24 places
 - **Quéven** : la résidence EHPAD des Océanides possède 76 places
 - **Pont-Scorff** : l'EHPAD "Les couleurs du temps" possède 84 places
 - **Plouay** : l'EHPAD possède 70 places
- **1 foyer logement**, la résidence de Kerlaran, à Quéven possède 25 logements ;
- **2 domiciles partagés** à Cléguer et Inguiniel (8 résident.es accueillis dans les deux structures) ;
- **Un accueil de jour itinérant** intervenant sur les dix territoires de la CPTS : cet accueil de jour est destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie vivant à domicile et pour les aidant.es. C'est un lieu de rencontre dans lequel sont proposées diverses activités pour stimuler la mémoire, favoriser le bien-être, mobiliser les capacités physiques. C'est également un lieu de répit, de soutien et d'écoute pour les aidant.es ;
- **9 services d'aides à domicile** : Guidel (2) Quéven (2) Pont-Scorff (1) Cléguer (1) Plouay (3) ;
- **Deux IME** : Kergadaud, association Kervihan, à Caudan (31 places polyhandicap et 11 places TSA), IME Kerpont, EPSMS Ar ster (40 places pour jeunes adultes avec déficience intellectuelle) ;
- **Deux ESAT** à Guidel et Caudan ;
- **1 EAM** établissement d'accueil médicalisé pour public adulte avec handicap psychique (autisme) Plouay. Résidence la clé des champs, 32 résidents.

Le territoire 3 en santé présente une carence notable en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par rapport à la moyenne régionale en Bretagne. Cette insuffisance est d'autant plus préoccupante que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter significativement dans les dix prochaines années. **Par ailleurs, le territoire souffre également d'un déficit en services de soins à domicile.** Cette situation conduit notamment à ce qu'environ 50 personnes âgées restent hospitalisées depuis plus d'un an à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), faute de structures d'accueil adaptées en aval. **Il existe donc un besoin urgent de développer des EHPAD adaptés ainsi que d'autres structures d'accueil spécifiques pour les personnes présentant un handicap psychique.**

- **Un Dispositif d'Appui à la Coordination "Cap Autonomie Santé" :**

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) assure des missions clés d'information, d'orientation et d'accompagnement des parcours de soins complexes (EAS). Il est également chargé de la coordination territoriale, de la gestion de la plateforme d'éducation thérapeutique territoriale ainsi que du centre de coordination en cancérologie (3C). Les chiffres suivants illustrent le nombre de sollicitations reçues par le DAC sur le territoire, détaillées par communes, ainsi que la répartition des demandes selon les professionnel.les concerné.es.



- **Un centre de ressources territorial (CRT) :**

Notre territoire comporte un des 9 centres de ressources territorial en France. C'est un acteur du territoire qui agit pour le maintien à domicile des personnes âgées .

Il a pour objectifs:

- Identifier et évaluer les besoins des personnes handicapées vieillissantes pour imaginer des solutions d'avenir ;
- Sécuriser les parcours des personnes en préparant le passage de la retraite et favorisant le maintien de de la personne dans son environnement de vie habituel;
- Animer un réseau en développant les partenariats entre les différents acteurs au service des personnes accompagnées ;
- Assurer une fonction ressource auprès des professionnel.les des établissements membres et partenaires en proposant des espaces de réflexion (commission de coordination de parcours) et d'étayage (connaissance des problématiques liées à l'avancée en âge, connaissance des réseaux, partenaires et dispositifs existants).

Les actions de prévention ou de dépistage existantes

Les programmes d'éducation thérapeutique :

- **Au Cœur de ma Santé** : ce programme s'adresse à toute personne vivant avec une maladie chronique. Il propose des ateliers collectifs transversaux et se déploie sur les communes de Pont-Scorff, Cléguer et Plouay ;
- **Mieux vivre avec mon dos** : destiné aux personnes souffrant de douleurs chroniques au niveau du rachis, ce programme est co-porté par le dispositif d'appui à la coordination Cap Autonomie Santé, les maisons de santé du territoire 3, et le centre de rééducation de Kerpape. Sur le territoire de la CPTS, il est animé au sein de la maison de santé de Plouay ;
- **Programme ETP Après cancer** : ce programme accompagne les personnes traitées ou ayant été traitées pour un cancer, quelle que soit sa localisation, en les soutenant après la phase intensive des traitements. Il est proposé à la maison de santé des Rives du Scorff.

Par ailleurs, deux infirmières Asalée interviennent sur le territoire, respectivement à la maison de santé de Plouay et à celle des Rives du Scorff.

Les actions autour du vieillissement :

Plusieurs actions sont menées sur le territoire pour accompagner le vieillissement et soutenir les proches aidant.es :

- **Ateliers "Café jeux"** destinés aux aidant.es, favorisant les échanges dans un cadre convivial ;
- **Espace Rencontre** dédié aux proches aidant.es, pour partager leurs expériences et bénéficier d'un soutien ;
- **Conférences et théâtre forum**, proposés pour sensibiliser et informer autour des enjeux du vieillissement et de la relation d'aide ;
- **Plateforme de répit "La Bulle des Aidants"**, offrant un soutien ponctuel aux aidant.es, leur permettant de souffler tout en assurant la continuité de l'accompagnement ;
- **Groupe thématique sur les aidant.es**, porté et animé par le dispositif d'appui à la coordination Cap Autonomie Santé.

Par ailleurs, chaque année, des actions en direction des personnes de plus de 60 ans sont financées par la **conférence des financeurs**. Ces initiatives peuvent être portées par des **associations locales** ou des **centres communaux d'action sociale (CCAS)**.

Actions autour de la parentalité :

- **Programme « Naître Parents »** : ce programme, composé de six ateliers, est destiné aux jeunes parents. Il a été proposé sur les communes de Plouay et Pont-Scorff, avec pour objectif d'accompagner les premiers pas dans la parentalité, de renforcer les compétences parentales et de favoriser les échanges entre parents.
 - **Présence d'une PMI à Plouay** : une consultation de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est assurée à Plouay, où une infirmière et un médecin (également médecin généraliste à Cléguer) accueillent les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Ce service contribue à la prévention, au suivi du développement de l'enfant et à l'accompagnement des familles.
-

Activité physique adaptée :

La **Maison Sport Santé** du territoire est présente à Plouay **une semaine sur deux** pour proposer des **entretiens individuels** aux nouvelles personnes entrant dans le dispositif, ainsi que des **rendez-vous de suivi**.

- **Tous les jeudis après-midi (13h30 à 15h30)** : créneaux d'entretiens individuels selon les demandes ;
- **Chaque semaine, de 16h à 17h** : une **séance "tremplin"** est proposée pour initier ou reprendre une activité physique adaptée, avant d'orienter les participant.es vers un programme de remise en mouvement plus structuré.

Par ailleurs, la **maison de santé de Plouay** a mis en place un **programme de soutien à la pratique d'activité physique adaptée** spécifiquement destiné au public senior.

Les actions dans le cadre de l'après-cancer :

La **MSP des Rives du Scorff** propose un accompagnement spécifique aux personnes ayant été traitées pour un cancer, leur permettant de bénéficier de **consultations diététiques** et **psychologiques**, afin de les soutenir dans leur parcours de rémission.

Les actions dans le cadre des addictions :

Des actions de prévention et d'accompagnement autour du **sevrage tabagique** sont menées sur le territoire, notamment :

- **À la MSP de Plouay**, dans le cadre du **Mois sans tabac**, des actions sont portées par l'infirmière Asalée spécialisée en tabacologie.
- **Des consultations pour l'arrêt du tabac** sont également proposées à **Plouay, Cléguer et Pont-Scorff**, assurées par les **infirmières Asalée**.

1.6. Les besoins de santé de la population

Chaque fiche action détaillera les besoins de santé de la population. La CPTS apportera une attention particulière aux publics vulnérables (femmes, personnes isolées socialement et géographiquement, personnes âgées, public en situation de handicap, public LGBTQIA+, et l'ensemble des minorités...) et aux inégalités sociales de santé.

L'accès aux soins

Sur le territoire de la CPTS, **7,1 % des patient.es de 17 ans et plus** ne disposent pas de **médecin traitant**, un chiffre inférieur à ceux observés au niveau **départemental et régional**. S'il reste essentiel de **garantir l'accès à un médecin pour toutes et tous**, les professionnel.les de santé du territoire insistent surtout sur la nécessité de **recenser les médecins accueillant de nouveaux patient.es** et de **prévoir une organisation adaptée en cas de départ d'un praticien**.

Le territoire de la CPTS étant également **rural et parfois éloigné des centres médicaux spécialisés**, l'accès à certains **spécialistes**, tels que les **chirurgiens-dentistes, ophtalmologues ou ORL**, constitue un **enjeu majeur**, particulièrement pour les **personnes les plus fragiles**.

Patients consommateurs(3)	Patients consommateurs dans la même tranche d'âge				Différence territoire et		
	Ter.	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
17 ans et plus (nombre)	39 547	648 709	2 782 151	54 195 556	-	-	-
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	7.1% 2 808 pat.	8.6%	9.8%	11.6%	-1.5	-2.7	-4.5
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et en ALD	0.7%* 271 pat.	0.9%	1%	1.2%	-0.2	-0.3	-0.5
Commune(s) neutralisée(s) : 20 % (Gestel, Lanvaudan)							
17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS	0.5%* 128 pat.	0.7%	1%	1.7%	-0.2	-0.5	-1.2
Commune(s) neutralisée(s) : 60 % (Calan, Cléguer, Gestel, Inguiniel, Lanvaudan, Pont-Scorff)							
70 ans et plus (nombre)	8 659	154 556	606 919	10 715 970	-	-	-
70 ans et plus sans Médecin Traitant(4)	2.9%* 211 pat.	4%	4.7%	5.4%	-1.1	-1.8	-2.5
Commune(s) neutralisée(s) : 40 % (Calan, Gestel, Inguiniel, Pont-Scorff)							

(3) Patients consommateurs : au moins une consommation dans la période de référence.
ZONE CPTS - le 15/05/2025 Page 3 sur 14

(4) Sans médecin traitant : sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (qd difficultés d'accès aux soins)

Les soins non programmés

Les **soins non programmés (SNP)** désignent les soins qui **ne relèvent pas d'une urgence vitale**, mais pour lesquels une **prise en charge par un.e professionnel.le de santé** est souhaitable **dans les 48 heures**.

Ils représentent environ **12 % du total des consultations annuelles**, touchant **deux fois plus les enfants et jeunes adultes** que les personnes âgées, avec des **pics en fin de matinée et en fin d'après-midi**.

Cette situation est aggravée par une **information insuffisante des usagers** sur la conduite à tenir en cas de problème de santé et par une **méconnaissance du rôle exact du numéro d'appel 15**. En effet, **deux tiers des patient.es** pensent que ce numéro est réservé aux **urgences vitales**, ce qui conduit **60 % des patient.es à se rendre aux urgences de leur propre initiative**, faute de pouvoir joindre leur médecin traitant ou d'être mieux orientés (enquête DREES, 2013).

Cette situation reflète un **décalage croissant** entre une **demande de soins non programmés en hausse** et une **offre ambulatoire en diminution**, lié à plusieurs facteurs :

- Vieillessement de la population ;
- Augmentation du nombre de patient.es atteints de pathologies chroniques ;
- Meilleure information et vigilance accrue des citoyens face aux risques pour leur santé ;
- Attente d'une prise en charge rapide, parfois assimilée à une exigence d'immédiateté comparable à celle pour d'autres biens ou services⁸.

Dans le cadre de la CPTS, notre rôle sera de :

- Garantir la **continuité des soins** en renforçant la communication sur l'organisation des soins non programmés sur notre territoire ;
- Créer des **outils d'informations sur les orientations de soins** en fonction des degrés d'urgence ;
- Proposer des actions d'**éducation à la santé** sur le concept "d'urgence".

⁸ Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente, mai 2018

L'accompagnement des personnes âgées un enjeu croissant pour notre territoire :

Dans le **département du Morbihan**, les projections démographiques de l'Insee annoncent une évolution marquante : en **2030**, les **personnes âgées de 60 ans et plus** représenteront **36 % de la population**, contre 27 % aujourd'hui. Alors que le nombre d'habitants de moins de 60 ans reste stable (environ **522 000**), celui des seniors passera de **214 000 à près de 300 000**, soulignant un **vieillessement important de la population**.

Cette évolution soulève des **enjeux majeurs d'accompagnement à la perte d'autonomie**, tant au niveau des **prestations** que des **établissements et services de santé**.

Sur le plan socio-économique, si le **taux de pauvreté** dans le Morbihan reste inférieur à la moyenne nationale (**11,1 % contre 14,3 %**), il **augmente chez les personnes les plus âgées**, atteignant **8 % chez les 75 ans et plus**. En 2015, **4 900 Morbihannais.es** bénéficient du **minimum vieillesse** (ASV ou ASPA), soit **2,4 % des retraités**.

L'**isolement des personnes âgées** est une problématique particulièrement prégnante. Sur le territoire, **50 000 personnes âgées de 60 ans et plus vivent seules**, ce qui concerne un tiers des plus de 75 ans. Une **enquête menée par le DAC Cap Autonomie Santé** a révélé que **près de la moitié des retraités (49 %) déclarent souffrir d'isolement**. Dans un contexte **semi-rural** comme celui de la CPTS Douar Mor, les **problèmes de mobilité** viennent accentuer ces situations, restreignant à la fois **l'accès aux soins** et le **maintien du lien social**.

Des freins à l'accompagnement des personnes âgées sont aujourd'hui **constatés par les professionnel.les de santé** sur le territoire de la CPTS :

- **La coordination complexe du parcours de soins des personnes âgées à domicile** en raison d'un manque de ressources, de circulation de l'information limitée entre les professionnel.les, d'une préparation parfois insuffisante des retours à domicile et à un besoin de formation des intervenants de santé et du domicile ;
- **L'isolement sur les territoires ruraux, rendant la mobilité difficile** ; selon une étude du Laboratoire des mobilités, 30 % des seniors en France se déplacent moins d'une fois par jour, faute de moyens de mobilité adaptés ;
- **L'implication des élus dans toutes les actions liées à l'accompagnement au maintien à domicile** ;
- **Le déficit de communication et d'interconnaissance entre les différents services** entraînant une méconnaissance des ressources existantes ;
- **Un taux d'occupation des structures de répit et de soutien à domicile insuffisants** malgré leur rôle essentiel pour prévenir la rupture de parcours et l'isolement ;
- **L'attractivité des métiers de l'accompagnement au vieillissement** posant ainsi la question de la disponibilité et de la formation des professionnel.les à court et moyen terme ;

- **Lutte contre l'âgisme** : être âgé ne signifie pas nécessairement être en mauvaise santé. Il est essentiel de valoriser les compétences, l'autonomie et le potentiel des seniors.

Une priorité partagée à l'échelle territoriale

Les résultats de l'enquête menée à l'été 2022 dans le cadre de la **feuille de route du conseil territorial de santé (CTS) 2023-2027** du territoire Lorient - Quimperlé confirment ces constats : **le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie** est identifié comme **une priorité majeure** par les acteurs locaux.

La douleur chronique :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), près de **20 millions de personnes** en France vivent avec une **douleur chronique**. D'après l'étude STOPNET, la prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère chez l'adulte s'élève à **19,9 %**, soit environ **12 millions de personnes**, sans inclure les enfants. Pourtant, **moins de 3 %** de ces patient.es accèdent à une **prise en charge spécialisée** en **structure douleur chronique (SDC)**, et les **délais d'attente** pour une première consultation peuvent atteindre **8 mois ou plus**.

Sur le territoire de la **CPTS Douar Mor**, plusieurs difficultés sont constatés :

- Un **manque de formation** et de **sensibilisation des professionnel.les de santé** aux spécificités de la douleur chronique, à ses **causes multifactorielles** et à ses **répercussions sur la qualité de vie** des patient.es ;
- Ce déficit de formation contribue à des **errances médicales**, voire à une **chronicisation évitable** de certaines douleurs aiguës ;
- Des **liens insuffisants entre la ville et l'hôpital**, ainsi qu'avec les **spécialistes de la douleur**, limitent la coordination et la fluidité des parcours de soins.

Face à ces constats, il apparaît essentiel de **renforcer les compétences des professionnel.les de santé de premier recours**, d'améliorer les **réseaux de coordination avec les spécialistes**, et de **faciliter l'accès à des dispositifs adaptés** pour les patient.es souffrant de douleurs chroniques.

La cancérologie sur le territoire

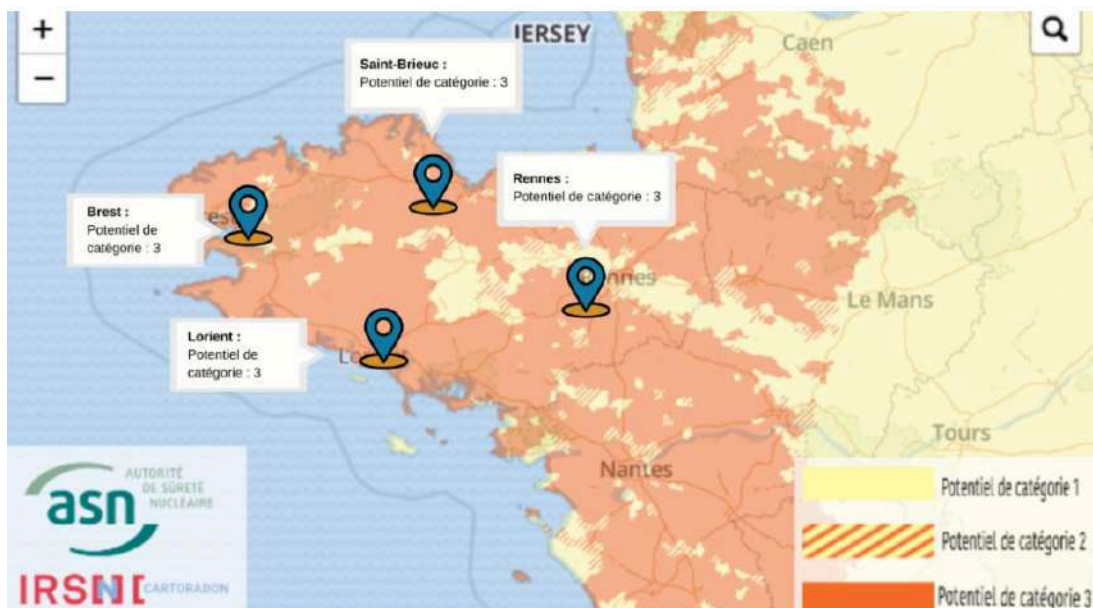
Le cancer reste la première cause de mortalité en France comme en Bretagne. La région enregistre environ 19 000 nouveaux cas chaque année, soit 5 % des cas recensés à l'échelle nationale, avec une répartition de 43 % chez les femmes et 57 % chez les hommes. L'incidence pour les femmes en Bretagne est légèrement inférieure à la moyenne nationale (-4 %), tandis qu'elle est comparable pour les hommes (+1 %). L'âge médian au premier traitement anticancéreux est de 66 ans pour les femmes (contre 67 ans en France) et 70 ans pour les hommes (contre 68 ans au niveau national).

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués en Bretagne représentent plus de la moitié des nouveaux cas :

- Chez les femmes : cancer du sein (30,9 %), cancer colorectal (13 %), cancer du poumon (6,8 %) ;
- Chez les hommes : cancer de la prostate (26,7 %), cancer du poumon (13,4 %), cancer colorectal (12 %).

Dans le Morbihan, une surmortalité liée au cancer de la prostate est observée.⁹

La Bretagne est également particulièrement concernée par l'exposition au radon, un gaz radioactif naturel : 81,8 % de la population vit dans une zone à potentiel radon significatif. Cette exposition pourrait être responsable de 20 % des décès liés au cancer du poumon, avec un effet multiplicateur du risque chez les personnes fumeuses (entre 10 et 30 fois plus de risque selon l'historique tabagique).



⁹ (chiffres issues de la feuille de route régionale en cancérologie)

Sur le territoire de la **CPTS Douar Mor**, plusieurs **difficultés** sont remontées par les professionnel.les de santé :

- Un **accès limité aux soins de support**, en particulier dans les zones rurales éloignées des centres spécialisés ;
- Un **manque de communication claire** et d'information sur les programmes **d'éducation thérapeutique** disponibles pour les patient.es ;
- Un **défaut de coordination ville-hôpital**, notamment en ce qui concerne **l'après-cancer**, avec des retours à domicile peu accompagnés pour les patient.es isolé.es géographiquement.

Le cancer a des conséquences multiples sur la vie des patient.es et de leurs proches. Pour améliorer leur qualité de vie, les **soins de support pendant et après les traitements** ont démontré leur efficacité. Il apparaît donc essentiel de **renforcer leur accessibilité partout et pour tous**, afin de garantir un accompagnement global et équitable sur l'ensemble du territoire.

Santé mentale et addictions : un enjeu majeur de santé publique

La santé mentale constitue une composante essentielle de l'état de santé global. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, elle se définit comme « un état de bien-être permettant à chacun de réaliser son potentiel ». Elle ne se limite donc pas à l'absence de troubles, mais interagit de manière étroite avec la santé physique, sexuelle, sociale et environnementale.

Aujourd'hui, une personne sur cinq en France est concernée par un trouble psychique¹⁰. La souffrance psychique représente la première cause d'arrêts de travail dans le pays. Chez les moins de 25 ans et les 25-44 ans, les troubles mentaux sont le premier motif d'admission en affection longue durée (ALD), représentant respectivement 37 % et 35 % des nouvelles admissions.

Sur le territoire Lorient-Quimperlé, **les traitements antidépresseurs sont les plus fréquemment prescrits**, avec une consommation plus marquée chez les femmes (17 %) que chez les hommes (10 %) ¹¹.

La Bretagne se distingue également comme une des régions françaises les plus touchées par les conduites addictives. Entre 2008 et 2013, la mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque était 17 % plus élevée que la moyenne régionale chez les hommes du territoire Lorient-Quimperlé, en lien avec une forte consommation de tabac et d'alcool.

¹⁰ Données issues de <https://www.lecrips-idf.net/sante-mentale>

¹¹ Portrait du territoire en santé Lorient-Quimperlé 2023-2027

L'association entre troubles psychiques et conduites addictives, appelée morbidité duelle, est fréquente dans la population générale. Elle constitue une source majeure de difficultés pour les professionnel.les, tant du champ de la santé mentale que de l'addictologie, mais surtout pour les personnes concernées et leurs proches, avec une qualité de vie fortement altérée.

Chaque trouble aggrave le pronostic de l'autre. **Ils partagent souvent des facteurs de risque socio-environnementaux communs** : stress, abandon, maltraitance durant l'enfance, précarité sociale, stigmatisation, etc. Cette comorbidité est associée à :

- Des rechutes fréquentes ;
- Un taux élevé de réhospitalisations ;
- Une plus grande instabilité sociale et résidentielle ;
- Une observance thérapeutique plus faible ;
- Un risque accru de contamination infectieuse (VIH, hépatites) ;
- Et des répercussions familiales plus lourdes¹².

Face à ces constats, la nécessité d'un **accompagnement global, coordonné et accessible** apparaît comme une priorité pour les politiques de santé publique, en particulier dans les territoires ruraux ou périphériques comme celui de la CPTS Douar Mor.

Les difficultés éprouvées par les professionnel.les de santé sur le territoire de la CPTS :

- **Une méconnaissance de l'organisation des soins** en santé mentale, du cadre législatif qui les encadre, ainsi que des **ressources disponibles**, tant pour les patient.es que pour les professionnel.les de santé ;
- **Le manque de liens entre les structures spécialisées et les professionnel.les de santé de ville** complique la continuité des parcours de soins en particulier pour les patient.es souffrant de comorbidités entre troubles psychiques et conduites addictives. **Ce cloisonnement entre les champs de la psychiatrie et de l'addictologie** entraîne un repérage insuffisant des troubles associés et génère des ruptures dans les prises en charge ;
- **Un manque de formation** pour mieux accompagner les patient.es pour les professionnel.les de santé de premiers recours, sécuriser leurs pratiques et s'intégrer plus efficacement dans les dispositifs de coordination existants.

¹² Repères addiction et troubles psychiatriques, Fédération Addiction

La santé des enfants et adolescent.es

Selon Santé Publique France, pour veiller à l'avenir des enfants et des jeunes en matière de santé, certains points d'alerte sont à prendre en compte :

- **les inégalités sociales de santé** qui dès le plus jeune âge ont des répercussions tout au long de la vie ;
- **des comportements préoccupants installés depuis l'enfance** (sédentarité, comportements alimentaires, obésité...) ou à l'adolescence (tabagisme, consommations d'alcool épisodiques excessives).

La santé mentale des enfants et adolescent.es : un besoin de repérage et d'accompagnement renforcé

Les premiers résultats de la grande étude nationale Enabee¹³ montrent que **13,0 % des enfants de 6-11 ans scolarisés du CP au CM2 présentent au moins un trouble probable de santé mentale**. Cette prévalence qui recouvre une diversité de troubles potentiels, de sévérité plus ou moins grande est du même ordre de grandeur que celles observées dans d'autres pays de la zone Europe en 2021 sur la même tranche d'âge.

Parmi les enfants de 6 à 11 ans :

- 5,6% présentent un trouble émotionnel probable ;
- 6,6 % présentent un trouble oppositionnel probable ;
- 3,2 % présentent un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable.

Les troubles émotionnels anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobies spécifiques) ou dépressifs probables sont plus fréquents chez les filles et les troubles du comportement (trouble oppositionnel probable et TDAH probable) plus fréquents chez les garçons.

Par ailleurs, d'après un sondage Ipsos de mars 2025, **plus d'un adolescent sur quatre fait l'objet d'une suspicion d'un trouble anxieux généralisé (25%)**. En France, 45% des adolescent.es seraient potentiellement concernés par des troubles de l'anxiété, un chiffre en augmentation depuis 2021. En outre, 40% des adolescent.es seraient potentiellement concernés par des symptômes dépressifs plus ou moins sévères.

L'usage des écrans : une problématique croissante

L'exposition aux écrans est un également un facteur de préoccupation majeur.

- **La moitié des adolescent.es passent 2 heures ou plus par jour** et 2 sur 10 y consacrent 4 heures ou plus;
- Le temps passé à **communiquer sur les réseaux sociaux** et à **regarder des vidéos** augmente fortement entre la 5e et la terminale.

Si les écrans peuvent avoir des usages positifs, le **manque de sensibilisation** à leurs effets (tant négatifs que bénéfiques) reste un frein à une consommation équilibrée.

¹³ Données issues de

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>

Surpoids, sédentarité et inégalité sociale : un triptyque préoccupant

Seulement **34 % des jeunes** pratiquent plus de **4 heures d'activité physique hebdomadaire en dehors de l'école**, avec un écart notable entre **garçons** (plus actifs) et **filles**, dont la pratique diminue au fil des années.

Le **surpoids** et l'**obésité**, fortement liés aux **inégalités sociales**, concernent aujourd'hui :

- Près de **5 % des enfants** en situation d'obésité selon l'Inserm ;
- Et de 10 à 16 % en surpoids, avec une progression constante.

Ces situations ont des conséquences physiques visibles dès le plus jeune âge : glycémie, cholestérol, tension artérielle en hausse, baisse de l'endurance et problèmes articulaires précoces.

Les études estiment que :

- **20 à 50 % des enfants obèses avant la puberté le resteront à l'âge adulte ;**
- Ce chiffre grimpe à **50 à 70 % si l'obésité se maintient après la puberté.**

Sur le territoire, les professionnel.les font face à plusieurs obstacles dans la prise en charge globale de la santé des plus jeunes :

- Les difficultés d'**accès aux dépistages** pour les enfants et parents concernés par des troubles de santé mentale ou des Troubles Neuro Développementaux (TND) ;
 - Le manque de **sensibilisation et de formation** des professionnel.les de la santé et de l'éducation au dépistage des TND ;
 - La méconnaissance **des ressources disponibles** que ce soit au niveau régional, départemental ou territorial sur les TND ;
 - Le manque de **moyens structurels et humains alloués à la santé mentale** des enfants et adolescent.es ainsi qu'à l'accompagnement des adultes les entourant ;
 - **La faible prévention** autour de la **gestion du temps d'écran** et de ses impacts sur la santé physique et mental ;
 - Le manque **d'actions éducatives autour de l'activité physique, de la nutrition et de la prévention du surpoids/de l'obésité.**
-

Les maladies cardiovasculaires un enjeu prioritaire :

Un niveau de prévalence supérieure à la moyenne régionale

Sur le territoire Lorient-Quimperlé, la situation en matière de maladies cardio-neuro-vasculaires apparaît plus préoccupante que dans l'ensemble de la Bretagne. En 2019, plus de 15 500 bénéficiaires de l'Assurance Maladie ont été pris en charge pour ce type de pathologies. Cela correspond à un taux standardisé de prévalence supérieur de 6 % à la moyenne régionale. Cette tendance est relativement homogène sur l'ensemble du territoire, à l'exception de la Communauté de Communes Roi Morvan, où l'écart atteint +14%.

Par ailleurs, les maladies de l'appareil circulatoire représentent une cause majeure de mortalité. Entre 2013 et 2017, elles ont été à l'origine de plus de 850 décès par an en moyenne, avec un taux standardisé de mortalité comparable à celui observé dans le reste de la région Bretagne.

La santé cardiovasculaire des femmes :

En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé une alerte mondiale concernant l'évolution des maladies cardiovasculaires pour les vingt années à venir. Cette alerte concerne autant les hommes que les femmes, bien que l'évolution de la mortalité ne soit pas la même selon l'âge et le sexe.

Au cours des vingt dernières années, la mortalité cardiovasculaire globale a connu une diminution, mais cette tendance reste hétérogène. Chez les hommes, elle baisse quel que soit l'âge. En revanche, **une hausse inquiétante est observée chez les femmes de moins de 55 ans.** Chaque jour, 200 femmes meurent en France des suites d'une maladie cardiovasculaire. À âge égal, la mortalité hospitalière liée au syndrome coronarien aigu est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge, et plus la femme est jeune, plus l'écart est marqué.

Au-delà de la mortalité, un grand nombre de femmes survivant à un accident cardiovasculaire vivent ensuite avec une santé dégradée. Elles sont particulièrement exposées à un risque accru d'insuffisance cardiaque, de handicap, de séquelles graves liées à un AVC, ou encore de démence vasculaire, les plaçant dans des situations de vulnérabilité et parfois de dépendance sociale.

Cette situation est aggravée par un dépistage encore insuffisant des facteurs de risque ainsi que par la présence de symptômes souvent atypiques chez la femme, qui entraînent des errances diagnostiques et des retards de prise en charge, parfois avec des conséquences lourdes et irréversibles.

L'insuffisance cardiaque :

En France, près de **1,3 million de personnes** vivent avec une **insuffisance cardiaque sévère**. En Bretagne, ce sont environ **45 000 personnes chaque année** qui sont concernées, avec un **taux d'hospitalisation élevé** et un **taux de réhospitalisation à six mois** avoisinant les **30 %**, souvent pour le même motif.

Sur le territoire de la CPTS, **502 patient.es** ont été suivis pour une insuffisance cardiaque entre **fin 2021 et début 2023**, soit **un peu plus de 1 % de la population totale du territoire**. L'âge moyen des patient.es est d'environ **79 ans**, et **47 % d'entre eux sont des femmes**. Parmi ces patient.es, **17 % ont nécessité une hospitalisation**, illustrant la **fragilité et la gravité de cette pathologie**, qui demeure un enjeu majeur de santé publique.¹⁴

I. Le contexte territorial de l'insuffisance cardiaque

Description des patients IC - 2021

	Nombre de patients	% de femmes	Age moyen	Age median	% de bénéf. CMU-C/C2S
CPTS Douar Mor	502	47%	79,1	82,0	2%
56	10 262	49%	79,8	83,0	4%

Les objectifs territoriaux des équipes face à ces constats pour améliorer la santé cardiovasculaire :

- **Prévenir et identifier les signes de décompensations de l'insuffisance cardiaque ;**
- **Agir précocement** en cas de décompensation d'une pathologie cardiaque ;
- **Améliorer la formation des soignants** pour mieux comprendre les spécificités des maladies cardio-vasculaires chez les femmes et les signes de décompensations de l'insuffisance cardiaque ;
- **Rendre la personne actrice de son parcours de soins**, développer l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique dans le cadre de la promotion de la santé cardiovasculaire.

¹⁴ Chiffres issus des données CPAM transmise par Dr Pageaud

La santé des aidant.es :

En France, plus de **8 millions de personnes** endossent chaque jour le rôle d'aidant.e. Selon l'enquête *Handicap-Santé aidant.es* (DREES, 2008), **près de la moitié d'entre eux (48 %) déclarent souffrir d'une maladie chronique**, tandis que **29 % se disent anxieux.ses ou stressé.es**, et **25 % expriment une fatigue physique et morale**. Ces chiffres témoignent de la charge considérable qui pèse sur ces accompagnant.e, et soulignent l'urgence de prendre en compte leur santé et leur bien-être.

Pour répondre à cet enjeu, il est essentiel de **former les professionnel.les de santé**, de développer des outils adaptés permettant d'identifier et de mieux comprendre la situation des aidant.es, et de renforcer la coopération entre les acteurs du territoire afin d'améliorer leur orientation vers les ressources disponibles. Cette démarche doit également **reconnaître et soutenir le pouvoir d'agir des aidant.es**, en veillant à ce que leurs besoins soient écoutés et pris en considération.

Sur le territoire Lorient-Quimperlé, plusieurs initiatives voient déjà le jour **pour mettre en lumière le rôle essentiel des aidant.es** auprès des personnes malades, en situation de handicap ou en perte d'autonomie : la plateforme de répit, formations pour les aidant.es à Kerpape, ou encore groupes de travail au sein du DAC, l'accueil de jour itinérant. Ces dispositifs ont également pour vocation de **permettre à celles et ceux qui ne se reconnaissent pas encore comme aidant.es** de pouvoir **identifier leur rôle et bénéficier d'un accompagnement**, s'ils le souhaitent.

Au sein du territoire de la CPTS, professionnel.les de santé et patient.es partenaires ont, à plusieurs reprises, souligné l'importance d'**inclure systématiquement les aidant.es** dans les actions menées. Leurs objectifs : **valoriser les initiatives existantes** et **proposer de nouvelles solutions au plus près des communes**, afin que **chaque aidant.e puisse accéder facilement à un soutien adapté**, où qu'il se trouve et que **chaque professionnel puisse être en mesure d'informer, d'orienter, de soutenir**.

L'accompagnement des professionnel.les de santé : un enjeu de santé publique et de qualité des soins

Un état de santé préoccupant chez les soignant.es

Selon un rapport récent sur la santé des professionnel.les de santé, **55 % des répondant.es** déclarent avoir connu un ou plusieurs épisodes **d'épuisement professionnel**, tous modes d'exercice confondus.

Les soignant.es signalent des **rythmes de travail soutenus**, souvent **supérieurs à la moyenne nationale**, avec des conséquences directes sur leur santé physique et mentale :

- **Fatigue chronique**
- **Troubles de la concentration**
- **Douleurs physiques persistantes**
- **Stress élevé**

À cela s'ajoutent :

- une **perception dégradée de leur état de santé**,
- **des difficultés d'accès aux soins** pour eux-mêmes,
- et **des comportements à risque** (sédentarité, consommation de substances, isolement...).

Une augmentation préoccupante des violences

Entre **2022 et 2023**, les **signalements de violences physiques ou verbales** à l'encontre des professionnel.les de santé ont augmenté de **27 %**. Ces tensions s'expliquent en partie par la **difficulté d'accès aux soins pour les usagers**, mais elles ont un **impact direct et profond** sur la santé **psychique** et **physique** des soignant.es.

Un engagement fort de la CPTS :

La CPTS Douar Mor place la santé et le bien-être des professionnel.les de santé et des patient.es partenaires au cœur de ses priorités. Au travers des actions proposées, elle souhaite favoriser l'interconnaissance, la collaboration, la solidarité et ainsi :

- Renforcer les liens entre professionnel.les pour **rompre l'isolement** ;
 - **Favoriser les temps de rencontre** pluriprofessionnelles ;
 - Proposer des **formations partagées** autour de thématiques prioritaires (santé mentale, douleur, vieillissement, coordination...).
 - Reconnaître les **vulnérabilités spécifiques** auxquelles peuvent être confronté.es les soignant.es et patient.es partenaires ;
 - Développer des **outils de repérage, de prévention et de soutien** ;
 - Favoriser les **démarches de qualité de vie au travail** à l'échelle territoriale ;
 - Inclure les soignant.es dans les actions de santé publique, non seulement comme acteurs, mais aussi **comme public cible** ;
 - **Développer le pouvoir d'agir des professionnel.les** par la mise en place de dispositifs inclusifs et bienveillants.
-

2. PROJET DE SANTÉ

Les **thématiques de ce projet de santé** ont été définies en tenant compte de la **réalité du territoire de la CPTS**, un territoire déjà **riche en initiatives et en actions de santé**, porté notamment par des **maisons de santé dynamiques et engagées**.

Certaines de ces actions s'inscrivent dans la **continuité des projets déjà menés depuis plusieurs années**, consolidant et renforçant les démarches existantes. D'autres, plus **innovantes**, visent à **apporter des réponses nouvelles**, tout en restant **cohérentes avec les besoins du territoire** et en s'appuyant sur la **collaboration étroite de nos partenaires**.

Afin de garantir une démarche **collective et représentative**, **toutes les thématiques ont été soumises au vote** des membres du **conseil d'administration de la CPTS**, affirmant ainsi une vision **partagée et concertée**, au service de la santé de la population.

2.1. Axe n°1 : Améliorer l'accès aux soins (engagement socle de l'ACI CPTS)

2.1.1. Thématique 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant

ACTION 1	
Accès à un médecin traitant pour toutes et tous	
Contexte/justification de l'action	
<p>7,1% des patient.es de 17 ans et plus du territoire de la CPTS n'ont pas de médecin traitant. C'est un taux moins élevé que celui de la région (10,4%) et que celui du département (9,5%) Au-delà du souhait de réfléchir à l'orientation des patient.es sans médecin traitant, des besoins forts sont soulignés sur le territoire pour réfléchir à une organisation innovante et libérer du temps médical.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les médecins généralistes du territoire ● Les professionnel.les de santé du territoire ● Les patient.es sans médecin généraliste ● Patient.es qui sont accueilli.es dans les structures d'hébergement du territoire de la CPTS ● La CPAM.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<p>Cinq maisons de santé implantées sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les Rives du Scorff ● Plouay ● Inguiniel ● Caudan ● Gestel <p>Une maison de santé en cours de création à Quéven. Deux maisons médicales à Guidel.</p>
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer l'accès au médecin traitant pour toutes et tous et en particulier les personnes vulnérables (personnes en affection longue durée, en situation de précarité, âgées, en situation de handicap...); ● Optimiser le temps médical ; ● Faciliter l'accès aux consultations aux personnes sans moyens de transport.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier et recenser les médecins généralistes qui accueillent de nouveaux patient.es (et combien ils en accueillent), font des visites à domicile, cherchent à s'étendre (collaboration/association) ; ● Accompagnement des départs en retraite ; ● Identifier les patient.es "sans" médecin traitant pour trouver des solutions ;

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cibler les médecins généralistes pour l'adhésion à la CPTS : enquête de besoins, rencontres, identification de leurs besoins ; ● Informations sur les départs et arrivées des professionnel.les médicaux du territoire ; ● Réflexion sur la libération du temps médical : tâches administratives, développement de nouveaux métiers (IPA, IDE asalée, assistants médicaux...) ; ● Développement de l'ETP et des parcours de soins coordonnés ; ● Développement d'un partenariat fort avec le DAC et les AS de secteur pour les parcours complexes ; ● S'appuyer sur des dispositifs mobilité comme HIT (Handicap Innovation Territoire) présents sur le territoire pour faciliter l'accès aux soins de toutes et tous ; ● Éducation des patient.es du territoire de la CPTS aux enjeux du renoncement aux soins : retard de prise en charge médicale, complications...
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les médecins généralistes et les professionnel.les de santé du territoire ; ● La CPAM ; ● URPS médecins. <p>Les moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Outils de communication : supports type flyer, site internet ... ; ● Outils d'enquête ; ● Mise à disposition des salles par les communes pour accueillir les rencontres médicales.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Dès le lancement du projet de santé début 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un groupe de travail médical pour avancer sur les trois fiches action de l'axe 1 "amélioration de l'accès aux soins". <p>Début 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Rencontres individuelles et personnalisées avec les médecins généralistes du territoire de la CPTS pour présenter le rôle d'une CPTS, le projet de santé et identifier leurs besoins.

<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de nouveaux médecins généralistes adhérent.es à la CPTS ; ● Nombre de médecins collaborant avec la CPTS ; ● Nombre de réunions et rencontres organisées sur la thématique avec les professionnel.les concerné;es ; ● Nombre de programmes ETP promus, développés sur le territoire ; ● Pourcentage de médecins proposant d'accueillir de nouveaux patient.es. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diminution du nombre de patient.es sans médecin traitant (patient.es + 17 ans / ALD / +70 ans) ; ● Élaboration du plan d'action : enquête de besoins, recensement, communication, groupe de travail, rencontres ... ; ● Description du partenariat développé pour la prise en charge des situations complexes avec le DAC, les AS de secteur et le GHBS ; ● Description de l'organisation de la mise en relation entre professionnel.les et patient.es.
--	--

ACTION 2 Organisation des soins non programmés (SNP)	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les soins non programmés (SNP) sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures.</p> <p>Actuellement, l'information dispensée aux usagers concernant les conduites à tenir en cas de problème de santé est insuffisante. La situation est aggravée par une méconnaissance de la fonction du numéro d'appel 15 bien souvent associé aux seules urgences vitales.</p> <p>Sur notre territoire, la volonté des professionnel.les de santé est de pouvoir garantir une gestion coordonnée et réfléchie des soins non programmés avec l'ensemble des acteurs et de proposer des outils d'informations sur les orientations de soins en fonction des degrés d'urgence.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Tous les professionnel.les de santé de l'hôpital, de la ville (adhérent.es ou non) ● Usagers
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<p>Cinq maisons de santé implantées sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les Rives du Scorff (Pont Scorff/Cléguer) ● Plouay ● Inguiniel ● Caudan ● Gestel <p><i>Certaines équipes du territoire ont mis des organisations en place pour assurer les soins non programmés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● A Plouay : <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une ligne téléphonique d'urgence pour les soignants du pôle de santé ; - 3 demi-journées / semaine consacrées au soins non programmés ; - Chaque médecin organise également des créneaux d'urgence avec le secrétariat médical pour leur patientèle propre. ● A Pont Scorff : <ul style="list-style-type: none"> - Ligne d'urgence sur le temps du déjeuner ; - 15 à 26 rdv par jour pour les urgences, répartis sur les 2 à 3 médecins présents + créneaux de visite "urgences" >= 1 / jour/ médecin, urgences du cabinet assurées le samedi matin.

	<p>→ Si plus de place le jour J alors que urgence pour le jour : renvoi vers Cléguer ou sur le cabinet de Quéven chez 2 médecins en exercice isolé qui viennent de s'installer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A Inguiniel : <ul style="list-style-type: none"> - Les urgences sont vues par un des 3 médecins ; - Des créneaux sont gardés tous les jours pour les urgences ; - Les patient.es non suivis par le cabinet peuvent venir le mercredi et le samedi sans rendez-vous (pour les autres jours possibilités en fonction des créneaux restants). ● A Cléguer : <ul style="list-style-type: none"> - 5 à 10 créneaux pour les urgences du jour / jour / médecin. ● A Quéven : <ul style="list-style-type: none"> - Consultations le samedi possible pour les urgences du jour ; - Des créneaux disponibles toute la semaine pour les urgences du jour. ● A Guidel : <ul style="list-style-type: none"> - 6 à 8 créneaux d'urgence du jour /médecin. ● SAS (Service d'accès aux soins) : orientation par la ligne 15 ● Maisons de garde : Hennebont et Lorient
<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faciliter l'organisation des soins non programmés (SNP) sur le territoire ; ● Améliorer la qualité du recours aux soins ; ● Communiquer sur l'organisation et les modalités d'accès aux professionnel.les de santé sur le territoire.
<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Informers les professionnel.les sur ces nouvelles missions et favoriser la coordination des SNP ; ● Organisation de réunions sur le territoire avec les professionnel.les de santé : quelles sont les organisations actuelles ? Quelle est l'organisation souhaitée ? ; ● Poursuivre les échanges avec le SAS ; ● Co-création d'un flyer, d'un support informant de l'organisation des soins médicaux et paramédicaux organisés sur le territoire par les acteurs concernés ; ● Education des patient.es aux renoncements (ou pas) aux soins et à la notion d'urgences ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Diffusion du support de communication à tous les adhérent.es de la CPTS (format papier/site internet/Plexus) ; ● Formation à Omnidoc (téléexpertise) pour les paramédicaux, les médicaux et les pharmaciens → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires”.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tous les professionnel.les de santé de l'hôpital, de la ville (adhérent.es ou non) ; ● Les maisons de garde ; ● Le SAS ; ● Les centres d'incendie et de secours ; ● Les services d'ambulance. <p>Les moyens</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Outils de communication ; ● Mise à disposition des salles de réunions par les communes.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>En 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un groupe de travail médical pour avancer sur les trois fiches action de l'axe 1 “amélioration de l'accès aux soins”; ● Participation aux groupes de travail du SAS. <p>2ème semestre 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Publication des flyers/supports d'informations sur l'organisation des SNP à destination de la population de la CPTS.

<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres et d'entretien avec les médecins du territoire pour l'organisation des SNP ; ● Nombre de groupes de travail organisés avec les professionnel.les du territoire ; ● Nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de traitement et d'orientation pour prendre en charge les SNP ; ● Nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS. <p>Indicateurs de résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création du support d'information sur la modélisation de l'organisation de soins sur le territoire ; ● Diffusion du support sur le site internet de la CPTS.
--	---

ACTION 3	
Améliorer l'accessibilité aux médecins spécialistes sur le territoire	
Contexte/justification de l'action	
<p>Il y a un seul médecin spécialiste non médecin généraliste sur le territoire de la CPTS (pédopsychiatre). Aucun dentiste n'adhère à la CPTS et beaucoup ne prennent plus de nouveaux patient.es.</p> <p>Les rendez-vous des spécialistes non MG sont difficiles à obtenir et les délais sont souvent très longs.</p> <p>Ces difficultés impactent d'autant plus les publics vulnérables : personnes âgées en EHPAD, enfants et adolescent.es hébergés en IME, personnes en situation de handicap...</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Toute la population de la CPTS en ciblant prioritairement les publics les plus vulnérables ; ● Les médecins généralistes pour l'orientation vers les spécialistes.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Un médecin spécialiste pédopsychiatre sur la commune de Guidel ● Trois laboratoires d'analyses médicales à Guidel, Plouay et Quéven ● Une infirmière de pratiques avancées à Inguiniel ● La plateforme Omnidoc pour les télé-expertises.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser le lien entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes pour permettre des interactions médicales plus fluides sur les situations complexes et/ou urgentes ; ● Éviter le renoncement aux soins liés à des délais trop longs pour les patient.es ; ● Rencontrer les dentistes du territoire pour identifier leurs problématiques actuelles ; ● Développer des plateformes de consultations et téléconsultations au sein des EHPAD : lieu d'accueil de médicaux et paramédicaux.

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aller vers les différents spécialistes et créer un espace d'échanges avec eux. Les encourager à adhérer ou à participer aux GT de la CPTS ; ● Collaborer avec les spécialistes volontaires et le GHBS pour mener une réflexion sur la manière d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et/ou permettre aux professionnel.les de santé de pouvoir obtenir des avis sur les situations complexes ; ● Recenser les outils existants ; ● Développer des temps de formation Omnidoc pour faciliter son utilisation pour les libéraux ; ● Proposer des formations aux acteurs de premiers recours : utilisation d'un dermatoscope, d'un otoscope, analyse de la douleur dentaire... et développer des arbres décisionnels pour mieux orienter les patient.es vers les spécialistes → voir fiche action n°19 "formation des professionnel.les et des patient.es partenaires" ; ● Développer des plateformes de consultations et de téléconsultations au sein des EHPAD : lieu d'accueil de médicaux et paramédicaux ; ● Informer sur les compétences des professionnel.les de la CPTS : fiches métiers (podologue, audioprothésiste, pharmacien ...) → voir fiche action n°18 "Promotion des outils de communication et interconnaissance des pros et des patient.es partenaires" ; ● Communication régulière sur les solutions de transport / mieux communiquer sur les solutions existantes entre domicile-EHPAD.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les dentistes, ophtalmo, dermato, ORL, gynéco ; ● Le GHBS ; ● L'association Intim'Agir ; ● EHPAD, EMS ... ; ● Mairie, élus, Agglo, CLS ; ● Conseil départemental (conférence des financeurs); ● SSIAD et services de soins à domicile. <p>Les moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de locaux et de salles par les communes et les structures partenaires du territoire de la CPTS.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Coût des formations aux techniques médicales.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recueillir les données (ressources existantes, problématiques, priorités ...), aller à la rencontre des spécialistes du territoire (dentiste et pédopsychiatre) et du GHBS ; ● Création d'un groupe de travail médical pour avancer sur les trois fiches action de l'axe 1 "amélioration de l'accès aux soins" ; ● Favoriser le partenariat entre des spécialistes et des établissements d'accueil comme les EHPAD. <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Déployer des espaces d'accueil/plateforme pour les spécialistes dans les établissements type EHPAD.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres et de groupes de travail menés avec des médecins spécialistes, l'hôpital et les professionnel.les de santé ; ● Nombre de professionnel.les présent.es à ces rencontres, entretiens, formations ; ● Nombre de formations proposées : téléconsultation, techniques médicales... ; ● Nombre de spécialistes adhérent.es/participant aux groupes de travail de la CPTS <p>Indicateurs de résultats : Description du processus de création d'une plateforme d'accueil pour les consultations spécialistes</p>

2.2. Axe n°2 : Favoriser l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient (engagement socle de l'ACI CPTS)

2.2.1. Thématique 1 : Parcours de soins des patient.es souffrant d'insuffisance cardiaque

ACTION 4 : Parcours de soins des patient.es souffrant d'insuffisance cardiaque	
Contexte/justification de l'action	
<p>En France, 1.3 millions de personnes sont touchées par une insuffisance cardiaque sévère. En Bretagne c'est 45 000 personnes chaque année avec un taux d'hospitalisation élevé un taux de réhospitalisation pour le même motif à 6 mois de près de 30%.</p> <p>Face à ces constats le développement de solutions est devenue une priorité actuelle sur le territoire en santé et réfléchir à des projets d'accompagnement et de prise en charge hors hospitalier afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prévenir et identifier les décompensations ; ● Agir précocement en cas de décompensation ; ● Améliorer la formation des soignants ; ● Rendre la personne concernée actrice de son parcours de soins. 	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les patient.es souffrant d'insuffisance cardiaque ; ● Les patient.es à risque de développer une insuffisance cardiaque ; ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Le dispositif PRADO ; ● Le programme ETP "Au Coeur de ma Santé" à la maison de santé de Plouay et des Rives du Scorff ; ● Une réflexion est actuellement menée entre les différents acteurs de cardiologie, l'HAD et les CPTS du territoire 3 sur un dispositif commun de prise en charge des patient.es.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer le parcours des patient.es souffrant d'une insuffisance cardiaque et limiter les risques de réhospitalisations en urgence ; ● Faciliter leur suivi par les professionnel.les de ville et de l'hôpital ; ● Co-crée un protocole de prise en charge des patient.es insuffisants cardiaque avec les acteurs concernés ; ● Développer les compétences des professionnel.les du domicile afin de sensibiliser aux signes de décompensations et aux conduites à tenir ; ● Promouvoir des campagnes de prévention et le développement de l'éducation thérapeutique.

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer une sensibilisation auprès des professionnel.les de proximité et de l'entourage familial (EPOF) : aide à domicile et aidant.es ; ● Formation des professionnel.les de santé : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ... → voir fiche action n°19 "formation des professionnel.les et des patient.es partenaires" ; ● Identifier et informer sur les ressources existantes sur notre territoire : ETP, PRADO, SAS ... ; ● Participation active au GT territorial proposé entre les CPTS, l'HAD et des cardiologues du territoire et s'inscrire dans une vraie dynamique territoriale dans le parcours de soins ; ● Rédiger un protocole de prise en charge ville-hôpital (CPTS/MSP/Structures hospitalière/HAD) ; ● Mise en place d'outils de suivi (exemple du livret PRADO), calendrier de suivi du patient ; ● Réfléchir à la possibilité d'inclure davantage les professionnel.les de santé non médicaux comme par exemple pouvoir proposer une consultation post-décompensation avec une diététicienne en fonction des possibilités du territoire.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médecins généralistes, spécialistes : cardiologues et pneumologues ● Infirmiers + IPA ● Pharmaciens ● Diététiciennes ● HAD ● Services d'aide à domicile ● Kinésithérapeutes ● Patient.es ● Aidant.es ● Patient.es partenaires <p>Moyens :</p> <p>Coût des formations et des sensibilisations</p>
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Participation au GT territorial et promotion des ressources existantes ;

	<p>2026/2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Envisager les programmes de formation et de sensibilisation en fonction des avancées du GT territorial.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de partenaires engagés sur la thématique (médicaux et non médicaux) ; ● Nombre de GT organisés avec les acteurs concernés sur le territoire : professionnel.les de santé, spécialistes, GHBS, HAD, Kerpape, CPTS ... ; ● Nombre de sensibilisations et de formations menées sur la prise en charge du patient ayant une insuffisance cardiaque. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description de la participation de la CPTS au GT territorial ; ● Co-crédation du protocole de prise en charge pour les patient.es atteints d'insuffisance cardiaque et d'outils de suivi ; ● Crédation de sensibilisations et formations à destination des professionnel.les de santé de la CPTS.

2.2.2. *Thématique 2 : Parcours de soins des patient.es souffrant de douleurs chroniques*

ACTION 5	
Parcours de soins des patient.es souffrant de douleurs chroniques	
Contexte/justification de l'action	
<p>20 millions de personnes souffrent de douleurs chroniques sur le territoire français selon l'HAS.</p> <p>Il existe un manque de formation et de sensibilisation des professionnel.les de santé à la douleur chronique, à ses origines et ses conséquences sur la vie quotidienne des personnes concernées. Ce manque de formation entraîne des errances médicales et un risque de chronicisation pour des patient.es qui auraient pu l'éviter.</p> <p>Sur le territoire de la CPTS trois besoins forts ont été identifiés sur cette thématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La nécessité d'améliorer la coordination du parcours de soins de la personne concernée par les douleurs chroniques et de développer une véritable culture ville-hôpital ; ● Le besoin pour les professionnel.les de connaître les différents dispositifs existants sur le territoire ; ● L'importance de diminuer l'errance thérapeutique et les délais de prise en charge pour les patient.es. 	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les patient.es du territoire souffrant de douleur chronique sur le territoire de la CPTS ; ● Les professionnel.les de santé.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Une unité médicale de la douleur au GHBS ; ● Un programme d'éducation thérapeutique "douleur" mis en oeuvre depuis 4 ans au sein de la maison de santé de Plouay ; ● Des RCP spécifiques développées au sein de la MSP des Rives du Scorff ; ● La plateforme Omnidoc.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Coordonner le parcours de soins des patient.es souffrant de douleurs chroniques afin d'améliorer le repérage, l'orientation et le suivi ● Développer la dimension collaborative entre la ville et l'hôpital pour faciliter le parcours de soins des personnes souffrant de douleurs chroniques.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Dupliquer des expériences mises en place par certaines MSP : coordination de parcours de soins des patient.es douloureux à Plouay, RCP aux Rives du Scorff;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en place des staffs techniques au sein des différentes maisons de santé du territoire de la CPTS en collaboration avec le GHBS ; ● Formation sur la douleur, sur la coordination de parcours de soins, sur les dispositifs existants sur le territoire → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires” ; ● Développer 1 journée de formation pour les référents/an avec possibilité de l’ouvrir aux libéraux → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires” ; ● S’appuyer sur les structures et organismes du territoire (plateforme ETP et B3S) pour proposer des formations sur l’alliance thérapeutique, l’entretien motivationnel, la posture éducative, le bilan éducatif partagé ... → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires” ; ● Formation sur la fibromyalgie en E-learning (Nantes) → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires” ; ● Formation TENS (utilisation du neurostimulateur externe) → voir fiche action n°19 “formation des professionnel.les et des patient.es partenaires” ; ● Travail de veille pour mettre à jour les connaissances et discours sur la douleur ; ● Avoir des ressources et des outils identiques entre les acteurs concernés ; ● Création de fiches pratiques pour les professionnel.les pour identifier les référents et les ressources et développer des méthodes d’identification pour orienter les patient.es ; ● Développer le partenariat patient en particulier avec les référents douleur du territoire de la CPTS des référents (idée d’un binôme professionnel de santé/patient partenaire) et prendre contact avec les associations du territoire ; ● Informé des “drapeaux rouges” les professionnel.les hors CSP pour améliorer l’orientation vers un médecin ; ● Informé les patient.es des parcours existants pour éviter l’orientation systématique vers des parcours de soins à but lucratifs.
<p>Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Professionnel.les de santé ; ● Les patient.es partenaires et les associations de patient.es ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Les référent.es des services du GHBS ; ● Les associations ; ● La plateforme ETP ; ● Le B3S ; ● Cap Autonomie Santé. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des formations ; ● Mise à disposition de salles par les communes pour les rencontres et les formations.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un GT "douleur" : identification des personnes ressources sur le territoire, veille documentaire, orientation des actions envisagées ; ● Promotion du programme ETP "Mieux vivre avec mon dos" ; ● Valorisation de consultations de coordination du parcours douleur en partenariat avec la MSP de Plouay; ● Rencontre avec le GHBS et l'unité douleur pour identifier leurs attentes concernant les staffs médicaux. <p>Années 2027/2028 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Envisager le développement des staffs médicaux "douleur" dans les MSP du territoire ; ● Formation "douleur" en partenariat avec le DAC ; ● Poursuite de l'expérimentation de la consultation de coordination de parcours "douleur" : déploiement, formation, évaluation...
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de professionnel.les formé.es à la douleur sur le territoire ; ● Nombre de groupes de travail organisés ; ● Nombre de professionnel.les présent.es lors de ces groupes de travail ; ● Nombre de patient.es partenaires inclu.es au sein du groupe de travail ; ● Nombre de rencontres effectuées avec les différents partenaires ; ● Nombre de formations proposées ; ● Nombre de professionnel.les et patient.es partenaires présent.es aux formations et aux événements organisés sur la thématique ;

	<ul style="list-style-type: none">● Nombre de staffs techniques mis en œuvre en collaboration ville-hôpital. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">● Description du développement du partenariat ville-hôpital pour l'extension des staffs techniques sur le territoire ;● Description du travail de veille établi par les référents douleurs ;● Description du parcours "coordination du parcours de soins de la personne douloureuse chronique".
--	---

2.2.3. *Thématique 3 : Parcours de soins des enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement*

ACTION 6	
Parcours de soins des enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les troubles du neurodéveloppement (TND) touchent environ 1 personne sur 6 et se traduisent par des difficultés affectant diverses fonctions cognitives : socialisation, communication, attention, motricité, apprentissages, etc.</p> <p>Ils regroupent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● les troubles du spectre de l'autisme (TSA), qui concernent 1 à 2 % de la population, ● le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H), touchant 6 % des enfants et 3 % des adultes, ● le trouble du développement intellectuel (TDI), présent chez 1 % de la population, ● ainsi que les troubles dys, qui affectent environ 8 % de la population et incluent la dyslexie, la dyspraxie, la dysphasie, la dyscalculie, la dysgraphie et la dysorthographe. <p>La prévalence de ces troubles est en hausse depuis vingt ans, en particulier pour l'autisme et le TDAH, avec des causes encore mal identifiées.</p> <p>Sur le territoire de la CPTS Douar Mor, les professionnel.les de santé relèvent plusieurs difficultés dans l'accompagnement des enfants concernés et de leurs familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un accès limité aux dépistages pour les enfants et leurs familles ; ● un manque de formation et de sensibilisation des professionnel.les de santé et de l'éducation ; ● ainsi qu'une méconnaissance des ressources existantes, qu'elles soient locales, départementales ou régionales. <p>Ils soulignent l'urgence d'améliorer le repérage et l'accompagnement des enfants concernées.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS ; ● Les professionnel.les de l'enfance et de l'éducation ; ● Les familles concernées résidant sur le territoire de la CPTS.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● La PCO 56 (Plateforme de Coordination et d'Orientation) permet de coordonner sur le territoire les prises en charges diagnostic lorsqu'il y a une suspicion de trouble du neurodéveloppement (TND); ● Le dispositif Troubles des Apprentissages de l'Enfant (TAE) 56 propose une première analyse relative à des situations de troubles des apprentissages sur dossier et

	<p>orienté, le cas échéant, vers la consultation spécialisée la plus adaptée au trouble décrit.</p>
<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer le repérage des troubles du développement type TDAH ; ● Eviter la mise en échec des enfants concernés et le cercle vicieux d'une errance thérapeutique ; ● Mettre en lumière les TND, les dernières recommandations nationales et les dispositifs existants ; ● Faciliter l'inclusion des enfants concernés en milieu ordinaire.
<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier et mettre en lumière les ressources et outils existants (recommandations HAS, livret, stratégie nationale, plateformes d'accompagnement ...) : flyer, support attractif ... ; ● Se rapprocher des plateformes régionales et départementales TND ; ● Repérer les associations partenaires ; ● Valoriser les initiatives déjà en place ; ● Interroger les besoins du territoire et des acteurs concernés ; ● Focus groupe avec les parents concernés pour mieux cerner les besoins ; ● Réfléchir à la mise en oeuvre d'un parcours sur le territoire facilitant le dépistage, l'orientation et le suivi des enfants souffrant de TND ; ● Développer un programme ETP TND ; ● Développer des soirées d'informations pour les professionnel.les de santé et de l'enfance ; ● Proposer des actions d'informations dans les établissements scolaires ; ● Développer des petites capsules vidéos et des podcasts pour informer les professionnel.les et patient.es partenaires sur les TND → voir fiche action n°18 "Promotion des outils de communication et interconnaissance des pros et des patient.es partenaires".
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé et de l'enfance ; ● Le corps enseignant et les référents ; ● Les infirmières scolaires, les psychologues de l'éducation nationale et les médecins scolaires ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Les crèches, assistant.es maternelles, MAM, microcrèches; ● Le CAMSP ; ● Les plateformes TAE 56 et les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) ; ● Le personnel communal de la petite enfance. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles pour les rencontres par les communes.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 2026 : Rencontre des spécialistes du territoire ; ● 2027 : Création d'un groupe de travail TND pour recenser les outils, proposer un focus group, créer les outils, et le programme ETP ; ● 2028 : Diffusion du support d'information sur tout le territoire de la CPTS et déploiement du programme ETP.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales (associations, plateformes ...); ● Nombre de groupes de travail menés ; ● Nombre de personnes présentes aux groupes de travail ; ● Nombre d'actions d'informations menées auprès des professionnel.les de santé et de la petite enfance. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du processus de co-création du support d'information territorial ; ● Description du processus d'amélioration des modalités de repérages et d'orientation des enfants vers les structures adaptées ; ● Description de l'organisation du focus group auprès des parents et des professionnel.les pour l'identification des besoins prioritaires ; ● Description du processus de co-création du programme ETP sur les TND.

2.2.4. *Thématique 4 : Parcours de soins des victimes de violences intrafamiliales*

ACTION 7	
Parcours de soins des victimes de violences intrafamiliales	
Contexte/justification de l'action	
<p>Sur le territoire, les professionnel.les de santé soulignent un manque d'information et un sentiment d'isolement face aux violences intrafamiliales.</p> <p>Ils et elles font état d'une insuffisance de ressources et d'outils concrets pour détecter les signes de violences, accompagner les victimes et les orienter vers les structures compétentes. Lorsque ces situations se présentent, les professionnel.les se retrouvent souvent seul.es, mal outillé.es et sans relais clairement identifié, ce qui génère de l'inconfort, de l'incertitude et parfois un renoncement à l'action. Ce constat met en évidence la nécessité de renforcer la formation, la coordination interprofessionnelle et la lisibilité des dispositifs d'aide sur le territoire.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les adhérent.es de la CPTS ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● L'association l'Écouteille accueille les personnes victimes de violences intrafamiliales ; ● L'hôpital de jour du GHBS accueillant les victimes de violences intrafamiliales 2 fois/semaine ; ● Le centre d'informations sur les droits des femmes et des familles (CIDFF _ permanences à Vannes et Lorient dans les locaux de l'Écouteille).
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Accompagner les professionnel.les de santé à pouvoir identifier et orienter les personnes victimes de violences intrafamiliales ; ● Sensibiliser les professionnel.les de santé et les patient.es partenaires à l'identification des différents types de violences ; ● Former les professionnel.les de santé à une posture juste et adéquate permettant d'accueillir et d'écouter la parole des victimes.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Rencontrer les associations et services d'accueil des victimes de violences intrafamiliales ; ● Recenser, diffuser les ressources et dispositifs existants ; ● Former les professionnel.les : développement d'un partenariat avec la cellule VIF du GHBS et l'Écouteille → voir fiche action n°19 "formation des professionnel.les et des patient.es partenaires" ; ● Pour les professionnel.les libéraux : favoriser l'utilisation d'Omnidoc (cellule VIF présente sur la plateforme de téléexpertise) ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser les professionnel.les aux signes d’alerte, aux ressources existantes sur le territoire ; ● Développer une meilleure connaissance des codes au sein de la CPTS pour permettre leur diffusion auprès du grand public : point noir, masque 19, code orange, Angela...
<p>Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Les acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les sage-femmes ; ● L’unité VIF du GHBS ; ● L’association l’Écouteille ; ● Le CIDFF ; ● Les juristes, les services de police et de gendarmerie ; ● Les équipes municipales. <p>Les moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des interventions de sensibilisations ; ● Mise à disposition de salles par les communes pour les rencontres et interventions.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recensement des ressources ; ● Rencontres des acteurs impliqués ; ● Mise en place d'un groupe de travail pour envisager les actions sur les 4 prochaines années. <p>2027/2028 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place des actions et des formations auprès des professionnel.les de santé .
<p>Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales ; ● Nombre de groupes de travail organisés ; ● Nombre de professionnel.les présent.es ; ● Nombre de patient.es accompagné.es dans le cadre de violences intrafamiliales vers les structures adaptées ; ● Nombre de sensibilisations/formations proposées aux professionnel.les et nombre de personnes ayant participé.

	<p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">● Description du processus d'amélioration des modalités de repérage et d'orientation des personnes victimes vers les structures adaptées.
--	--

2.2.5. *Thématique 5 : Parcours de soins des patient.es souffrant de troubles psychiques et d'addictions*

ACTION 8	
Parcours de soins des patient.es souffrant de troubles psychiques et d'addictions	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les professionnel.les de la CPTS soulignent plusieurs difficultés majeures dans l'accompagnement des patient.es souffrant de troubles psychiques et d'addictions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un manque de visibilité sur les structures, dispositifs et programmes d'ETP disponibles, ainsi que sur les missions de chaque acteur pouvant soutenir les patient.es ; ● Des parcours de soins peu fluides, notamment pour les adolescent.es et adultes, avec une séparation nette entre la santé mentale et l'addictologie ; ● Un clivage marqué entre psychiatrie et addictologie : à l'EPSM Sud Bretagne, peu de professionnel.les sont formés à l'addictologie, ce qui complique la prise en charge des patient.es présentant des problématiques relevant des deux spécialités ; ● Un manque de soutien pour les professionnel.les de ville, souvent en première ligne face à ces situations complexes. <p>Ces constats mettent en évidence la nécessité de renforcer la coordination et la formation afin de mieux répondre aux besoins des patient.es.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS ● Les personnes souffrant de troubles psychiques et/ou d'addictions
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Un programme d'éducation thérapeutique "Addict'Ateliers" porté par neuf structures du territoire dont l'EPSM Sud Bretagne ; ● L'équipe du CMP de Plouay intervient deux fois par mois au sein de la MSP Rives du Scorff à Pont-Scorff.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer des espaces de rencontres entre la ville, les structures de soins en santé mentale et d'addictologie et les associations de patient.es ; ● Créer des ponts entre les services de santé mentale et d'addictologie ; ● Améliorer les connaissances des professionnel.les de la CPTS sur l'organisation du système de soins en santé mentale et en addictologie ; ● Promouvoir le programme d'ETP "Addict'Ateliers" pour faciliter à la fois l'interconnaissance entre les professionnel.les et fluidifier le parcours des patient.es.

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Promotion par la CPTS des outils existants lors des temps de rencontres entre professionnel.les et sur le site internet : répertoire des ressources en addictologie, répertoire des programmes ETP, structures de soins existantes ... ; ● Création sur Plexus (futur outil de coordination de la CPTS) d'un projet "santé mentale" permettant de partager toutes les documentations existantes sur les structures en santé mentale, les actions mises en œuvre, les professionnel.les existants, les compétences présentes sur le territoire → voir fiche action n°18 "Promotion des outils de communication et interconnaissance des pros et des patient.es partenaires" ; ● Créer un groupe de travail "parcours de soins santé mentale-addictologie" afin de développer une procédure d'orientation du patient en fonction de ses besoins (pour les professionnel.les et pour les patient.es) et du niveau de prise en charge ; ● Inviter le CMP à intégrer les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) des maisons de santé du territoire et créer des RCP "santé mentale" ; ● Déploiement de la formation en addictologie sur le territoire portée par la plateforme d'éducation thérapeutique Lorient-Quimperlé → voir fiche action n°19 "formation des professionnel.les et des patient.es partenaires" ; ● Organiser un brunch addicto : inviter les acteurs de l'addictologie et les professionnel.les de santé de ville et de la santé mentale à se rencontrer dans le cadre d'un speed meeting et d'un moment convivial ; ● Développer des cafés "addicto et santé mentale" sous le format des "cafés mortels" pour poursuivre les rencontres entre les professionnel.les engagés en addictologie en ville ou à l'hôpital et les associations ; ● Promouvoir l'éducation thérapeutique et les programmes ETP santé mentale et addicto auprès de tous les professionnel.les de santé du territoire.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les et les patient.es partenaires de la CPTS ; ● Les associations de patient.es ; ● Le DAC et la plateforme ETP ; ● L'EPSM Charcot, les structures d'addicto du territoire ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Les maisons de santé du territoire ; ● Les Semeurs de Santé (sur le Nord du territoire). <p>Les moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles par les communes pour les rencontres et interventions ; ● Coût des interventions (formations, brunch de l'addicto, cafés ...).
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formations communes des professionnel.les en addicto sur le territoire ; ● Création du groupe de travail "parcours de soins santé mentale-addictologie" pour le développement de la procédure d'orientation ; ● Création d'un dossier "ressources" sur Plexus ● Développement des RCP avec le CMP au sein des MSP "RCP santé mentale" ● Promotion par la CPTS des programmes d'ETP en santé mentale et en addicto et des structures de soins du territoire. <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Développement de temps de rencontres interprofessionnelles : brunch, café addicto... ; ● Promotion de la procédure d'orientation auprès des professionnel.les du territoire de la CPTS.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales ; ● Nombre de GT organisés ; ● Nombre de RCP thématiques développées en partenariat CMP/MSP/CPTS ; ● Nombre de formations addicto proposées ; ● Nombre de patient.es orientés et accompagnés dans le cadre de la création de la procédure d'orientation de la CPTS ; ● Nombre d'actions d'informations, de sensibilisation organisées à destination des professionnel.les de santé : brunch de l'addiction, café addict', etc. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description de la co-crédation de la procédure d'orientation des patient.es ;

	<ul style="list-style-type: none">• Description du développement des RCP “santé mentale” en MSP.
--	--

ACTION 9	
Coordination ville-hôpital du parcours après-cancer	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les professionnel.les de santé du territoire témoignent d'un manque de visibilité concernant les ressources existantes pour les patient.es atteints de cancer, en cours ou en fin de traitement. Ils soulignent la nécessité d'améliorer le circuit d'information entre l'hôpital et les professionnel.les libéraux, afin de mieux assurer la continuité des soins et de préparer la phase post-traitement.</p> <p>Actuellement, de nombreux patients expriment le sentiment d'être "abandonnés" une fois les protocoles thérapeutiques terminés, alors même qu'ils continuent de faire face à des besoins physiques, psychologiques et sociaux importants. Cet enjeu met en lumière la nécessité de développer des actions coordonnées et des outils de communication efficaces, pour fluidifier les échanges entre professionnel.les et renforcer l'accompagnement global des personnes touchées par le cancer, bien au-delà de la période de soins "actifs".</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS accompagnant des personnes après un cancer ; ● Les équipes du service oncologie-hématologie du GHBS ; ● La Ligue contre le cancer ; ● Le centre de coordination en cancérologie (3C).
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Le parcours après-cancer porté par le 3C, le GHBS et la maison de santé des Rives du Scorff ; ● Un programme d'ETP porté par Cap Autonomie Santé et par la maison de santé des Rives du Scorff ; ● Le dispositif Proxiligue déployée par la Ligue contre le cancer en 2025 ; ● Un classeur de coordination pour les patient.es transmis par le GHBS.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer la communication ville-hôpital dans le cadre de l'après-cancer ; ● Créer un parcours après-cancer sur le territoire en partenariat avec le centre hospitalier et les partenaires du territoire pour éviter l'errance thérapeutique et l'isolement des patient.es éloignés géographiquement des ressources disponibles.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Encourager à l'utilisation de Mon Espace Santé pour tous les patient.es ;

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proposer des espaces d'échanges ville-hôpital sur le parcours de soins du patient en après-cancer ; ● Créer un groupe de travail entre les services d'oncologie et hématologie, la CPTS et les acteurs de santé pour faciliter le suivi et la coordination des patients en après-cancer ; ● Développer un dossier thématique sur Plexus permettant de réunir les ressources existantes et y inviter tous les professionnel.les-ressources en oncologie et hématologie ; ● Promouvoir les ressources existantes : répertoire des soins de support, répertoire des ressources en cancérologie, programme ETP ... ; ● Déploiement du programme ETP et des accompagnements spécifiques → voir fiche action n°14 Prévention et promotion de la santé après cancer ● Proposer des soirées de formation sur des outils tels que l'entretien motivationnel, la communication non violente, des mises en situation... aux professionnel.les pour les accompagner à mieux identifier les besoins des patient.es et leur offrir un espace d'échanges dans le suivi après-cancer → voir fiche action n°19 formation des professionnel.les et des patient.es partenaires
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tous les professionnel.les de santé de l'hôpital, de la ville ; ● Le 3C ; ● La plateforme ETP ; ● La Ligue contre le cancer de Lorient ; ● Les patient.es partenaires. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles par les communes pour les rencontres et interventions.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proposer un GT avec les différents partenaires pour envisager les actions à mettre en œuvre ; ● Promotion des ressources existantes. <p>2027 :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Encourager à l'utilisation de "mon espace santé" pour faciliter le partage des informations et la coordination dans le cadre de l'après-cancer ; ● Proposer des soirées de sensibilisation pour aider les professionnels à mieux identifier les besoins des patients (entretien motivationnel, CNV ...) ;
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales ; ● Nombre de GT organisés ; ● Nombre d'acteurs ville-hôpital impliqués dans les rencontres et GT ; ● Nombre de MSP ayant déployé le programme ETP. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du partenariat mis en place avec l'hôpital et les différents partenaires.

ACTION 10 Parcours de la personne âgée à domicile	
Contexte/justification de l'action	
<p>Dans le cadre du groupe "Personnes âgées", deux problématiques majeures ont émergé :</p> <p>1. Le risque de multiplier les strates et les différentes coordinations, noyant les ressources disponibles tant pour les professionnel.les de santé que pour les personnes concernées. Plusieurs interrogations en découlent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quel doit être le rôle de la CPTS dans le cadre du maintien à domicile et/ou du retour à domicile ? ● Comment articuler les missions de la CPTS avec celles du DAC et des différentes structures gravitant autour de la personne âgée ? ● Comment mieux coordonner les situations pour les professionnel.les de proximité et, par extension, pour les patient.es, souvent perdus face à la multiplication des dispositifs et des interlocuteurs ? <p>L'objectif est de fluidifier les parcours afin de réduire la complexité ressentie par les acteurs de terrain et les usager.es.</p> <p>2. La prescription, le renouvellement des aides techniques dans le cadre de l'accompagnement au maintien à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comment améliorer la prescription pour que les aides techniques soient réellement adaptées aux besoins des personnes concernées ? ● Que faire des aides techniques inadaptées, ou devenues inutiles lorsque la personne quitte son domicile ou décède ? ● Est-il possible de recycler ces équipements ? Et si oui, quels dispositifs mettre en place pour organiser ce recyclage ? <p>Au-delà des aspects pratiques, ce sujet a ouvert un débat sur la perception des aides techniques. Souvent associées à une image négative dans une société valorisant le culte du corps et de l'apparence, elles peuvent être mal acceptées par les bénéficiaires. Or, une aide technique nécessite un temps d'essai et d'appropriation, ainsi qu'un accompagnement adapté pour être réellement efficace.</p> <p>Étant donné le coût important de ces équipements, les acteurs de la CPTS ont souligné la nécessité de développer un travail structuré sur cette thématique, afin d'optimiser leur utilisation et leur accessibilité, tout en réduisant le gaspillage et les inégalités.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé ; ● Les structures partenaires de la CPTS.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Un dispositif d'appui à la coordination en charge de la coordination de situations complexes sur le territoire Lorient-Quimperlé et du déploiement des temps d'échanges territoriaux sur les situations complexes ;

<p>Organisations et/ou fonctionnement déjà en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Une cellule projet au GHBS en charge de la structuration de l'accueil des personnes âgées aux urgences (mission 3) ; ● Un centre de ressources territorial (CRT) proposant un accompagnement renforcé et personnalisé à domicile en s'appuyant sur la coordination des acteurs de santé territoriaux existants (EHPAD, services à domicile tels que les SSIAD, SPASAD...) ; ● Des services d'aide à domicile ; ● Le dispositif ICOPE ; ● Les CCAS du territoire ; ● La plateforme aidant.es du Morbihan ; ● HIT : le dispositif handicap innovation territoire sur Lorient Agglomération ; ● Le centre de Kerpape ; ● Les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) ; ● Deux MSP du territoire, Plouay et Rives du Scorff collaborent avec une ergothérapeute sur les situations complexes pour favoriser le maintien à domicile. <p>L'ADMR de Pont Scorff restructure actuellement un classeur de coordination pour les intervenants à domicile.</p>
<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer la visibilité des structures ressources pour les professionnel.les accompagnant le maintien/le retour à domicile ; ● Faciliter l'accès aux ressources disponibles pour soutenir les professionnel.les confrontés aux situations complexes à domicile ; ● Accompagner les professionnel.les à prendre en considération la personne lors de la mise en place de l'aide technique : les parcours de soins étant singuliers et personnels, les besoins en aides techniques et l'appropriation de ces dernières le sont également ; ● Améliorer la prescription, l'utilisation et le recyclage des aides techniques dans une volonté à la fois économique et écologique de la santé et d'amélioration des pratiques professionnelles → voir fiche action n°18 : Amélioration des pratiques dans l'accompagnement au vieillissement et à la perte d'autonomie ;

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Créer un espace ressource pour les professionnel.les de la CPTS afin de répertorier les dispositifs existants et faciliter l'orientation des personnes âgées ; → voir fiche action n°20 "promotion des outils de communication et interconnaissance" ● Améliorer l'accès à un.e ergothérapeute pour toutes et tous et mettre en lumière les dispositifs ergo existants déjà sur le territoire ; ● Développer un annuaire pour trouver un.e MPR, un.e ergothérapeute, un.e assistante sociale pour soutenir le maintien/retour à domicile ; ● Développer un protocole "perte d'autonomie, que faire ?" pour des prescriptions raisonnables, adaptées et utiles ; → voir fiche action n°18 : Amélioration des pratiques dans l'accompagnement au vieillissement et à la perte d'autonomie ● Offrir l'occasion aux professionnel.les de santé de faire tester le matériel personnes concernées ; ● Identifier une recyclothèque pour laquelle la CPTS serait relai ; ● Participer à la dynamique territoriale dans le cadre de la semaine bleue, promouvoir les actions du territoire ; ● Créer un club des sages avec des personnes âgées concernées et pouvoir les interroger sur l'expérience du vieillissement et de la perte d'autonomie afin d'améliorer les pratiques et questionner la pertinence des actions engagées ; ● Permettre le développement de la formation ETP afin de développer une posture commune d'écoute des besoins de la personne âgée → voir fiche action n°19 formation des professionnel.les et des patient.es partenaires .
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé de ville ; ● La coordination territoriale du DAC ; ● Le dispositif ICOPE ; ● LE CRT ; ● La plateforme des aidant.es ; ● Le GHBS ; ● Les CCAS ; ● ADMR ; ● Services d'aides à domicile ; ● HIT ; ● Centre de Rééducation fonctionnel de Kerpape. <p>Moyens :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles par les communes de la CPTS.
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	2026 : <ul style="list-style-type: none"> ● Identification de la recyclothèque et mise en place du partenariat ; ● Participer à la dynamique territoriale notamment lors des évènements type semaine bleue. 2027 : <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place du groupe de travail .
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat	Indicateurs de moyens : <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre et type de partenaires engagés sur la thématique ; ● Nombre de GT. Indicateurs de résultats : <ul style="list-style-type: none"> ● Identification de la recyclothèque et description du processus partenarial engagé ; ● Description du travail de co-création du protocole "perte d'autonomie que faire ?"; ● Description du travail de co-création de l'annuaire pour trouver un.e ergothérapeute ou un.e MPR.

2.3. **Axe n°3 : Développer des actions territoriales de prévention sur le territoire (engagement socle de l'ACI CPTS)**

2.3.1. *Thématique 1 : Promotion de la santé et prévention des risques cardio-vasculaires*

ACTION 11	
Promotion de la santé et prévention des risques cardio-vasculaires	
Contexte/justification de l'action	
<p>Pour les professionnel.les de la CPTS, les évolutions du modèle de santé et les transformations sociétales amènent à repenser la prévention des risques cardio-vasculaires. L'objectif est d'inclure un public plus jeune et de mieux prendre en compte la santé des femmes, encore trop souvent sous-représentées dans les démarches de prévention.</p> <p>Les constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Modification des modes de vie : augmentation de la sédentarité, stress accru lié aux rythmes de vie, consommation plus importante de produits transformés, impact de la crise écologique sur la santé et les habitudes quotidiennes... ● Évolution du système de santé, rendant la prévention plus complexe : problématiques d'accès aux soins, manque de spécialistes, en particulier en cardiologie, crise hospitalière et tensions sur l'offre de soins. 	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les habitant.es du territoire de la CPTS ; ● Les femmes du territoire de la CPTS ; ● Les professionnel.les de santé du territoire.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Un programme ETP "Au cœur de ma santé" est en cours au sein de deux maisons de santé à Plouay et les Rives du Scorff : ce programme accueille les patient.es souffrant de maladies chroniques dont des patient.es à haut risque cardiovasculaire.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Promouvoir la bonne santé cardio-vasculaire de toutes et tous ; ● Sensibiliser à la bonne santé cardiovasculaire des femmes ; ● Favoriser l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique auprès du grand public et des professionnel.les de santé : prendre conscience des évolutions dans l'âge d'apparition des premiers symptômes, différencier les symptômes selon le sexe de la personne...
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Mener une réflexion avec les professionnel.les et les habitant.es : comment fait-on de la promotion à la santé ?

	<p>Développement de l'approche communautaire en santé sur le territoire de la CPTS;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Soutenir les patient.es dans le développement de leurs propres compétences en santé : utilisation de techniques de l'éducation populaire pour identifier leurs besoins : porteurs de paroles, théâtre, art, interventions sur les marchés, etc. ; ● Se saisir de l'existant pour aller vers les habitant.es (là où ils vivent, travaillent...) pour les interroger sur leurs besoins, leurs questionnements, leurs craintes : école, entreprise, activités sociales et sportives ; ● Proposer des actions sur l'accès aux droits et à la santé sur l'ensemble des communes de la CPTS ; ● Proposer chaque année une journée de consultations (gynéco, cardio, diet...) et d'ateliers de prévention avec l'association "agir pour le ♥ des femmes" ● Sensibiliser, former les professionnel.les de santé aux spécificités des maladies cardio-vasculaires chez les femmes : proposer des temps de formation avec les spécialistes → voir fiche action n°19 formation des professionnel.les de santé ● Promouvoir et déployer le programme "Au ♥ de ma santé" auprès des équipes en exercice coordonné du territoire ; ● Communiquer sur l'éducation thérapeutique : la rendre accessible et compréhensible pour toutes et tous et déployer les programmes au sein des maisons de santé.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médecins généralistes, cardiologues, gynécologues, sages femmes ; ● Diététiciennes, Infirmières Asalée, IPA ; ● Pharmaciens ; ● Maison sport santé ; ● Plateforme ETP ● Association française de cardiologie ; ● L'association "Agir pour le ♥ des femmes" ; ● Les associations de patient.es en cardiologie ; ● Les acteurs du territoire : les autres CPTS, le CLS, les MSP, la Mutualité; ● France Assos Santé; ● Assistant.es sociales du territoire ; ● L'animateur de la filière AVC Bretagne.

	<p>Moyens :</p> <p>Coût des interventions de prévention.</p>
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promotion du programme au ♥ de ma santé ; ● Mise en œuvre d'un groupe de travail "maladies cardio-vasculaires" : avec des professionnel.les de santé, des patient.es partenaires et des personnes concernées ; ● Prendre contact avec l'association "agir pour le ♥ des femmes" ; ● Prendre contact avec France Assos Santé et les services sociaux du territoire. <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Déploiement d'une journée de consultations/ateliers avec l'association "agir pour le ♥ des femmes". Proposer une journée chaque année jusqu'en 2030 sur des communes stratégiques de la CPTS ; ● Déploiement d'ateliers sur l'accès aux droits et à la santé sur des communes stratégiques de la CPTS ; ● Déploiement d'actions de préventions de proximité.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de GT et de rencontres ; ● Nombre et type de personnes/partenaires présent.es au GT ; ● Nombre d'actions de prévention mises en oeuvre ; ● Nombre de partenariat développés ; ● Nombre de patient.es ayant bénéficié des actions de prévention ; ● Satisfaction des personnes concernées par les actions de prévention proposées. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du déploiement du programme ETP "Au Coeur de ma Santé" sur le territoire de la CPTS ; ● Description du déploiement des journées "Agir pour le ♥ des femmes" sur le territoire ; ● Description du processus de création des actions de prévention et de formation.

ACTION 12

Promotion de la santé physique, mentale et sociale des adolescent.es

Contexte/justification de l'action

La santé des enfants et des adolescent.es est une priorité pour les professionnel.les de la CPTS, qui souhaitent promouvoir des environnements favorisant leur bien-être physique et mental.

Deux points d'attention majeurs ont été identifiés :

- **Les inégalités sociales de santé**, qui apparaissent dès le plus jeune âge et impactent la santé tout au long de la vie ;
- **L'installation de comportements à risque** : sédentarité, mauvaise alimentation, obésité dès l'enfance, tabagisme et consommations excessives d'alcool à l'adolescence.

L'objectif est d'agir tôt pour prévenir ces problématiques.

Dans le cadre de son projet de santé, la CPTS a identifié deux priorités majeures pour la santé des adolescent.es : le surpoids / l'obésité, et la santé mentale.

1. Surpoids et obésité : un enjeu de santé publique et d'inégalités sociales

Selon l'Inserm, **5 % des enfants sont aujourd'hui en situation d'obésité**, un chiffre en augmentation. Si l'obésité touche toutes les catégories sociales, elle est plus fréquente dans les milieux défavorisés.

Conséquences identifiées :

- Complications précoces : apparition de facteurs de risque cardiovasculaire dès l'enfance, baisse de la capacité physique (manque d'endurance, douleurs articulaires).
- Forte persistance à l'âge adulte :
 - 20 à 50 % des enfants obèses avant la puberté le restent à l'âge adulte ;
 - 50 à 70 % des enfants obèses avant la puberté le restent à l'âge adulte lorsque l'obésité persiste après la puberté.

Ces données soulignent l'importance d'une prévention précoce et d'actions coordonnées.

2. La santé mentale : une situation préoccupante

Depuis 2020, la santé mentale des adolescent.es s'est fortement dégradée.

- **25 %** présentent des signes de trouble anxieux généralisé (Ipsos, mars 2025) ;
- **45 %** seraient potentiellement concernés par des troubles anxieux, en forte hausse depuis 2021 ;
- **40 %** présentent des symptômes dépressifs, de modérés à sévères.

Les professionnel.les de santé expriment leur **sentiment d'impuissance** face à cette détresse psychologique et identifient plusieurs défis :

- **Le manque de moyens** dédiés à la santé mentale des jeunes et à l'accompagnement de leur entourage ;
- **Un usage excessif des écrans**, sans éducation à un usage réfléchi et critique, accentuant anxiété et isolement ;
- **L'insuffisance de prévention** sur les effets à long terme de la sédentarité, d'une alimentation industrielle et du surpoids.

Des constats qui appellent à **une action collective et coordonnée**, combinant prévention, accompagnement et sensibilisation, pour répondre aux besoins de santé des jeunes du territoire.

<p>Population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les adolescent.es du territoire de la CPTS ● Les adultes encadrant et accompagnant des adolescent.es au sein des associations, centre de loisirs, maisons des jeunes...
<p>Organisations et/ou fonctionnement déjà en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Un centre psychothérapeutique enfants/adolescent.es (CPEA) à Plouay ● Des associations sportives sur les communes du territoire
<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alerter sur les risques d'un manque d'activité physique à long terme sur la santé physique, mentale et sociale des adolescent.es ; ● Alerter sur les risques d'une surexposition aux écrans sur la santé physique, mentale et sociale des adolescent.es ; ● Promouvoir la bonne santé physique et mentale des adolescent.es en proposant des actions de santé autour du sport santé, de la nutrition, de l'impact du stress ... ; ● Mettre en lumière l'importance du lien social et de la coopération pour maintenir une bonne santé mentale ; ● Prévenir les risques de mises en danger et de suicides chez les adolescent.es en informant, sensibilisant, formant les adultes intervenant auprès des jeunes publics; ● Développer les compétences psychosociales des adolescent.es leur permettant de développer leur capacité à collaborer, communiquer, faire du lien ...
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prendre contact avec les associations sportives, les centres de loisirs, les maisons des jeunes, la maison sport santé pour répertorier les actions déjà en cours sur les thématiques de santé autour du surpoids, de la sédentarité et comportements à risques pour leur santé mentale ;

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proposer de développer des actions dans ces espaces d'accueil en faveur du développement de la coopération et le renforcement des compétences psychosociales visant à démontrer l'impact positif de ces espaces et de ces compétences dans la prévention et l'amélioration du bien être physique et mental des adolescent.es ; ● Proposer des actions de sensibilisation de différentes formes à destination du grand public autour des risques liés à la sédentarité, au manque d'activité physique et à une alimentation industrielle trop riche, en mettant l'accent sur leurs impacts sur la santé physique des adolescent.es : <i>Conférences animées par des professionnels de santé (diététicien.ne, infirmier.e ASALEE, cardiologue, etc.), Théâtre forum pour favoriser l'expression et la réflexion collective, Porteurs de paroles dans des lieux publics pour recueillir et partager les représentations des habitants, présence sur le forum des associations pour toucher directement les familles et les jeunes, Interventions au sein d'associations sportives, afin de promouvoir une alimentation équilibrée et une pratique sportive régulière auprès des adhérent.es et encadrant.es ;</i> ● Développer les formations aux premiers secours en santé mentale pour les adolescent.es et les encadrants bénévoles ou professionnel.les au sein des associations sportives et culturelles du territoire → voir fiche action n° 13 Promotion de la santé mentale ; ● Proposer des soirées d'informations et de sensibilisation à destination du grand public sur l'effet des écrans sur la santé mentale et physique : les écrans ne sont pas à bannir, leur utilisation raisonnable est une opportunité pour les jeunes de former leur esprit, leur intelligence, leur sens critique et leur ouverture d'esprit ; ● Faire du lien avec les actions qui seront développées dans le cadre du contrat local de santé sur Lorient Agglomération ; ● Répertorier les dispositifs pouvant accueillir des adolescent.es en souffrance : les psychologues du territoire, dispositif Mon Psy, maison des ados, EPSM Sud Bretagne, urgences pédiatriques ...
	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médecins généralistes, spécialistes, sage-femmes ; ● Diététiciennes, Infirmières Asalée, IPA ;

<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pharmaciens ; ● Plateforme ETP ; ● Maison sport santé ; ● APEL, FCPE ; ● Lieux d'accueil Parents-Enfants ; ● Le CLS ; ● Médiathèques ; ● Maisons des jeunes ; ● Elu.es. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des interventions et intervenants ; ● Coût de la formation aux premiers secours en santé mentale à destination des adolescent.es.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Repérer les dispositifs et les actions en cours en faveur de la santé des jeunes, répertorier les structures ayant mis en place les démarches ICAPS, rencontrer les partenaires ; ● Rencontrer et identifier les associations sportives, les maisons des jeunes souhaitant s'engager dans cette dynamique pour créer un groupe de travail ; ● Identifier les professionnels et les structures accueillant des adolescents en souffrance psychique ; <p>2027/2028 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un groupe de travail avec les acteurs du territoire ; ● Formation aux 1ers secours en santé mentale adolescent.es et adultes → voir fiche action n°13 "Promotion de la santé mentale" ; ● Proposer des actions en faveur de la santé physique, psychique et sociales aux adolescent.es ; ● Développer les soirées d'informations "grand public".
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales ; ● Nombre de partenaires engagés avec la CPTS ; ● Nombre de GT organisés ; ● Nombre de formations aux premiers secours en santé mentale proposées aux adultes et aux adolescent.es ; ● Nombre de personnes formées sur le territoire de la CPTS;

	<ul style="list-style-type: none">● Nombre de psychologues accueillant des adolescent.es sur le territoire de la CPTS ;● Nombre d'actions de santé proposées aux adolescent.es ;● Nombre de soirées d'informations proposées au grand public ;● Satisfaction des actions proposées par les personnes concernées. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">● Description du processus de partenariat engagé avec les associations, les maisons des jeunes, les communes pour agir en faveur de la santé physique, psychique et sociale des adolescent.es.
--	---

ACTION 13 Promotion de la santé mentale	
Contexte/justification de l'action	
<p>"1 personne sur 2 sera atteinte d'un trouble psychique au cours de sa vie et 1 adulte sur 5 en souffre actuellement" (IRDES). C'est désormais la première cause d'arrêt de travail longue durée (Malakoff Humanis).</p> <p>Face à ce constat la santé mentale est identifiée comme une priorité par les professionnel.les de santé de la CPTS avec un objectif double :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La déstigmatiser afin de modifier le regard de toutes et tous sur les troubles psychiques et mentaux ; ● Renforcer la prévention et le repérage précoce en sensibilisant l'ensemble de la population, dans les diverses sphères de la société (associations, écoles, entreprises, collectivités ...) et faire de la santé mentale un enjeu collectif nécessitant l'implication de toutes et tous. 	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Tous les habitant.es du territoire de la CPTS ; ● Les professionnel.les de santé. <p>Priorité de la CPTS : Aller vers les publics vulnérables (personnes âgées, jeunes femmes, adolescent.es, jeunes parents... Mais aussi vers les personnes qui se sentent souvent le moins concernées → hommes)</p>
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Structures présentes sur le territoire de la CPTS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le site d'hospitalisation complète enfants et adolescent.es de l'EPSM Charcot à Caudan ○ L'antenne du CMP de Plouay ○ Le CATTP de Plouay ● Un partenariat déjà en cours entre 2 MSP du territoire et les CMP de l'EPSM Charcot : Ce partenariat améliore l'accès aux soins en santé mentale, répond aux problématiques de transport des patient.es, fait du lien entre la médecine générale et la médecine psychiatrique. ● Le projet territorial en santé mentale (PTSM) sur le département du Morbihan dont fait partie la CPTS ● Un programme d'accompagnement à la parentalité "Naître Parents" pour les jeunes parents déployés dans deux maisons de santé.

<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Promouvoir la santé mentale auprès du grand public au travers de formations, partages d'expériences et d'outils permettant à chacun.e de s'autoévaluer ; ● Faire sauter les "blocages" quand on parle de santé mentale et déstigmatiser la santé mentale ; ● Rompre l'isolement et l'identifier comme un élément fort de la santé mentale ; ● Créer un questionnement interne pour soi et pour les autres sur la santé mentale ; ● Sensibiliser à la santé mentale comme faisant partie à part entière de la santé globale : tout le monde dans sa vie peut traverser une période de vulnérabilité.
<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Déploiement de la formation 1ers secours en santé mentale adultes et adolescent.es → voir fiche 12 Promotion de la santé des adolescent.es ; ● Création d'un réseau et de personnes relais garantes de la pérennité des actions formées aux premiers secours en santé mentale ; ● Développement du concept d'ambassadeurs en santé mentale dans les associations, entreprises, structures publiques... ; ● Organisation d'évènements culture et santé mentale : théâtre forum, partages d'expériences, auto-test, fresque de la santé mentale ...; ● Participation au SISM : semaine d'information en santé mentale (thématique des SISM 2026 : "Pour notre santé mentale, ouvrons nous à l'art") ; ● Déploiement du programme Naître Parents pour soutenir la santé mentale des jeunes parents ; ● Faire du lien avec les actions qui seront développées dans le cadre du contrat local de santé sur Lorient Agglomération.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pour la formation : tous les adhérent.es de la CPTS, les professionnel.les de santé, les aides à domicile, le personnel d'EHPAD puis tous les citoyens intervenant auprès du grand public (associations sportives, culturelles, crèches...); ● Pour les actions : tous les habitant.es du territoire de la CPTS ; ● CLS.

	<p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des interventions et intervenant.es ● Coût de la formation “premiers secours en santé mentale”
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place d’une formation 1ers secours en santé mentale adultes et adolescent.es (PSSM) ; ● Participation aux semaines d’information en santé mentale; ● Aller à la rencontre des entreprises, associations, structures publiques des lieux de vie sur la CPTS pour identifier les besoins concernant la santé mentale ... <p>2027 : Soutenir le déploiement du programme Naître Parents ;</p> <p>2028 : Mise en lumière d’un réseau “santé mentale” avec les institutions, les associations, entreprises et identification d’ambassadeurs (citoyens en entreprise, associations, élus ...).</p>
<p>Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de formations en premiers secours en santé mentale ; ● Nombre de personnes formées ; ● Nombre d’ambassadeurs identifiés ; ● Nombre de rencontres partenariales engagées ; ● Nombre d’actions en faveur de la santé mentale engagées sur le territoire dans le cadre des SISM. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description des actions mises en oeuvre dans le cadre des semaines de la santé mentale ; ● Déploiement du programme Naître Parents.

ACTION 14	
Prévention et promotion de la santé après-cancer	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les professionnel.les de santé constatent une inégalité d'accès aux soins de support et de confort pour les patient.es vivant en zone rurale. La majorité des ressources sont centralisées autour du GHBS ou situées à Lorient, ce qui rend leur accès difficile pour les habitant.es des territoires plus isolés. La fatigabilité, les séquelles physiques, la crainte de retourner à l'hôpital – ou au contraire le souhait de ne pas y revenir – constituent autant de freins à la mobilisation vers ces structures, privant ainsi les patient.es de soins pourtant essentiels à leur qualité de vie.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les patient.es ayant été traités pour un cancer ; ● Les professionnel.les de santé.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Le parcours après-cancer porté par le 3C, le GHBS et la maison de santé des rives du Scorff ; ● Un programme d'ETP porté par Cap Autonomie Santé et par la maison de santé des Rives du Scorff ; ● Le dispositif Proxiligie déployé par la Ligue contre le cancer en 2025.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser des offres de soins de proximité pour les patient.es ayant été soigné.es pour un cancer et isolé.es géographiquement ou avec des difficultés de mobilité ; ● Mettre en œuvre un accompagnement après-cancer accessible à toutes et tous.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer le partenariat avec la Ligue contre le cancer, le 3C et les service d'onco et hémato du GHBS ; ● Développer des groupes de parole animés par des patient.es partenaires pour davantage fédérer les patient.es entre eux ; ● Réaliser une enquête de besoins auprès des patient.es pour identifier les priorités ; ● Déployer le programme ETP en oncologie sur le territoire de la CPTS ; ● Promouvoir la formation en éducation thérapeutique ; ● Développer des supports de communication accessibles à toutes et tous pour informer des ressources existantes (groupes de parole, programme ETP, annuaire des soins de support ...) ; ● Mieux informer les professionnel.les des ressources existantes pour mieux informer les patient.es : encourager les rencontres MSP/CPTS/libéraux.

<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé; ● Les patient.es partenaires ; ● La Ligue contre le cancer ; ● Le 3C . <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des interventions.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proposer un GT avec tous les partenaires afin de réfléchir aux actions prioritaires et à la mise en place d'une enquête de besoins ; ● Promotion des outils et ressources existants (Proxiligue, Ligue contre le cancer 56, programme ETP, projet après-cancer ...). <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Développement des actions : groupes de paroles ; ● Déploiement du programme ETP.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de rencontres partenariales ; ● Nombre de GT ; ● Nombre et type de partenaires présents ; ● Nombre d'actions de prévention post-cancer mises en oeuvre ; ● Nombre de personnes présentes lors des actions ; ● Satisfaction des personnes concernées. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du processus de création des actions de prévention et de formation ; ● Description du déploiement du programme ETP sur le territoire de la CPTS.

ACTION 15 La santé des aidant.es	
Contexte/justification de l'action	
<p>En France, 14,8 % de la population est constituée de proches aidant.es (source : Études et Résultats n°1255, Enquête Vie quotidienne et santé 2021 – @DREES). Sur le territoire de la CPTS, plus de 20 % de la population a plus de 65 ans, ce qui souligne l'importance croissante des besoins liés à l'accompagnement du vieillissement et, par conséquent, des aidant.es.</p> <p>Toutefois, la figure de l'aidant ne se limite pas à l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit également de proches soutenant des enfants ou des adultes atteints de pathologies physiques, psychiques ou en situation de handicap. Cette diversité des situations rend d'autant plus nécessaire une approche globale et inclusive.</p> <p>Les acteurs de la CPTS souhaitent accompagner ces personnes à s'identifier comme aidant.es, à reconnaître leur rôle, souvent invisibilisé, et surtout à les encourager à prendre soin de leur propre santé, souvent négligée face à la charge que représente l'aide au quotidien.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les aidant.es ; ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS ; ● Les habitant.es de la CPTS.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● La plateforme des aidant.es du Morbihan ; ● Un groupe de travail territorial porté par le DAC ; ● Le centre mutualiste de Kerpape : formation aux aidant.es ; ● La plateforme de répit ; ● Un accueil de jour itinérant multi site : ateliers cafés-jeux; ● Des actions inscrites dans le cadre du CLS de Lorient Agglomération.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser les professionnel.les sur le repérage des aidant.es et l'orientation vers les ressources existantes du territoire ; ● Développer des actions pour sensibiliser le grand public à la question des aidant.es ; ● Sensibiliser les aidant.es sur les aides, les actions et les ressources du territoire; ● Proposer des temps d'échange et des ateliers à destination des aidant.es pour les aider à maintenir un équilibre sur le plan physique et psychique.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Participer au groupe de travail territorial sur les aidant.es animé par le DAC ; ● Être partenaire et relai dans le déploiement des actions proposées par le DAC ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Promouvoir les structures et les actions en cours sur le territoire ; ● Organiser des actions de sensibilisation aux repérage et l'orientation des aidant.es vers des structures pouvant les soutenir à destination des professionnel.les de santé et patient.es partenaires ; ● Créer un espace d'échanges avec des aidant.es (personnes âgées, parents d'enfants en situation de handicap ...) pour échanger avec eux sur leurs besoins.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mona Lisa ; ● la plateforme de répit des aidant.es ; ● Kerpape ; ● le DAC ; ● les professionnel.les du territoire ; ● le centre de ressources territoriales. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition des salles; ● Coût pour les ateliers à destination des aidant.es : rémunération des intervenant.es.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Participation aux GT du DAC ; ● Recensement des ressources existantes. <p>2027/2028 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En fonction des GT territoriaux, mise en oeuvre d'actions à l'attention des aidant.es sur le territoire de la CPTS.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicateurs de moyens : Nombre de rencontres engagées ; Nombre de participations aux GT et actions menées par le DAC et les partenaires sur la thématique. ● Indicateurs de résultats : Description de la participation de la CPTS aux groupes de travail animé par le DAC ; Description du processus de co-crédation d'actions de prévention auprès des aidant.es sur le territoire de la CPTS.

ACTION 16	
La prévention des violences intrafamiliales	
Contexte/justification de l'action	
<p>Les violences intrafamiliales sont un enjeu de santé publique et de coordination territoriale.</p> <p>En 2023, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 82 800 victimes de violences intrafamiliales, dont 63 700 victimes de violences physiques, 19 100 victimes de violences sexuelles (essentiellement de nature physique).</p> <p>Parmi les victimes de violences physiques 52 % sont des femmes, 75 % étaient mineures au moment des faits.</p> <p>Concernant les violences sexuelles : 80 % des victimes sont des femmes, 96 % étaient mineures.</p> <p>Sur un an, le nombre de victimes enregistrées a progressé de 14 % : +15 % pour les violences physiques, +8 % pour les violences sexuelles, dans un contexte toujours marqué par la libération de la parole et une amélioration de l'accueil dans les services d'enregistrement.</p> <p>Malgré une meilleure reconnaissance des violences intrafamiliales, les acteurs du territoire identifient plusieurs freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un manque d'information généralisé sur les signes de violence, les démarches d'accompagnement et les dispositifs d'orientation, tant pour les professionnels que pour les patients ou le grand public ; ● Un impact grave sur la santé physique, psychique et sociale des victimes, souvent durable et sous-estimé ; ● Un besoin urgent d'identification plus précoce des situations à risque, afin de pouvoir mettre en œuvre une réponse coordonnée, pluridisciplinaire et adaptée. 	
Population cible	Les habitant.es de la CPTS.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● L'association L'Écouteille accueillant les personnes victimes de violences intrafamiliales ; ● L'hôpital de jour du GHBS accueillant les victimes de violences intrafamiliales ; ● Le centre d'informations sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) : permanences à Vannes et Lorient dans les locaux de l'Écouteille.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser le grand public aux violences intrafamiliales : comment les reconnaître et accompagner une personne victime ? Qui contacter ? ● Sensibiliser aux conséquences des violences intrafamiliales sur la santé physique et mentale des victimes (adultes et enfants)

	<ul style="list-style-type: none"> ● Promouvoir les dispositifs d'accueil existant sur le territoire et les faire connaître à toutes et tous
<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Recenser et diffuser au grand public les ressources et dispositifs existants ; ● Créer un support lisible et accessible à toutes et tous pour permettre à chaque victime de s'orienter vers la structure la plus adaptée à son besoin : démarches juridiques, démarches médicales, mise sous protection... ; ● Sensibiliser le grand public : signes d'alerte, ressources existantes, conséquences... au travers de soirées d'information, d'interventions lors d'évènements culturels ou sportifs (festival, tournois...); ● Eduquer le grand public aux codes pour les victimes de violences intrafamiliales : Angela, point noir... ; ● Intervenir dans les lieux de vie : écoles, centres de loisirs, maisons des jeunes, PMI, associations sportives....
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La cellule VIF du GHBS ; ● L'association l'Ecoutille ; ● Le CIDFF ; ● Les professionnel.les de santé du territoire ; ● Maisons des jeunes. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût de la réalisation de supports de communication.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recensement des ressources, rencontres avec les structures et professionnel.les intervenant sur la thématique, mise en place d'un partenariat ; ● Création d'un GT. <p>2027-2028 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Animation du GT ; ● Création d'un support d'information ; ● Interventions auprès du grand public.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicateurs de moyens : <p>Nombre de rencontres partenariales effectuées ; Nombre de GT organisés ; Nombre et type de partenaires engagés dans le GT ; Nombre d'interventions menées auprès du grand public.</p>

	<ul style="list-style-type: none">● Indicateurs de résultats : Description du processus de création du support de communication et d'information pour les victimes de violences intrafamiliales.
--	---

2.4. Axe n°4 : Gestion de crise (engagement socle de l'ACI CPTS)

2.4.1. Trame Nationale

ACTION 17 Gestion de crise	
Contexte/justification de l'action	
<p>Suite à la crise Covid, la gestion des crises sanitaires graves est devenue une mission socle des CPTS. Il est attendu des CPTS qu'elles organisent une réponse territoriale face aux 5 typologies de crises sanitaires suivantes selon une trame nationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendies, explosions, émeutes ...); ● Prise en charge de malades (notamment des populations fragiles (personnes âgées ou enfants) : épidémie saisonnière (grippe, bronchiolite), canicule, grand froid, pollution) ; ● Prise en charge de patient.es atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales, arboviroses, ...) et le cas échéant mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle ; ● Prise en charge immédiate de patient.es atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires; radiologiques ou chimiques) et suivi à moyen et long-termes des éventuels effets induits ; ● Altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone). 	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Professionnel.les de santé ; ● Acteurs pouvant contribuer à la gestion de la crise (collectivité, médico-social, hôpitaux, services de transport, pompiers...).
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 maisons de santé sur le territoire avec un plan de gestion de crise inscrit dans leur projet de santé.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Capitaliser sur les enseignements des crises liées à la COVID 19 ; ● Anticiper la coordination du territoire et être prêt à réagir en cas de crise sanitaire ; ● Proposer une fiche action commune avec les CPTS du territoire de santé n°3 ;

<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un annuaire des membres de la CPTS actualisé avec leur contact en cas de crise et leurs fonctions ; ● Identifier les contacts des référents « crise sanitaire » du territoire : référent ARS, département, ville, préfecture, maisons de santé) ; ● Identifier les contacts des partenaires ; ● Identifier un référent volontaire et prévoir un référent suppléant volontaire en cas de congés ou d'absence ; ● Formation proposée en lien avec ARS et les établissements de santé notamment leurs centres d'enseignement des soins d'urgence (FGSU SSE) ; ● Intégrer les plans de gestion de crise des maisons de santé du territoire.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS ; ● Les MSP ; ● Les communes ; ● Les services de secours ; ● Le GHBS ; ● L'ARS.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prévoir l'écriture du plan de gestion de crise pour décembre 2026 ; ● Mise en commun avec les autres CPTS du territoire.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicateurs de moyens : Nombre de rencontres effectuées ; Nombre de professionnel.les impliqués dans le plan. ● Indicateurs de résultats : Élaboration du plan de crise avec les autres CPTS du territoire 3 en santé.

2.5. **Axe n°5 : Développer des actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins (engagement optionnel de l'ACI CPTS)**

2.5.1. *Thématique 1: Amélioration des pratiques dans l'accompagnement au vieillissement et à la perte d'autonomie*

ACTION 18

Amélioration des pratiques dans l'accompagnement au vieillissement et à la perte d'autonomie

Contexte/justification de l'action

Dans le cadre du groupe "personnes âgées", deux problématiques majeures ont émergé :

1. Le risque de multiplier les strates et les différentes coordinations noyant les ressources disponibles tant pour les professionnel.les de santé que pour les personnes concernées. Plusieurs interrogations en découlent :

- Quel doit être **le rôle de la CPTS** dans le cadre du maintien à domicile et/ou du retour à domicile ?
- Comment **articuler les missions** de la CPTS avec celles du **DAC** et des **différentes structures** gravitant autour de la personne âgée ?
- Comment **mieux coordonner les situations** pour les **professionnels de proximité** et, par extension, pour les **patients**, souvent perdus face à la **multiplication des dispositifs et des interlocuteurs** ?

L'objectif est de **fluidifier les parcours** afin de réduire la complexité ressentie par les acteurs de terrain et les usagers.

2. La prescription, le renouvellement des aides techniques dans le cadre de l'accompagnement au maintien à domicile :

- Comment améliorer la **prescription** pour que les aides techniques soient **réellement adaptées aux besoins** des personnes concernées ?
- Que faire des aides techniques **inadaptées**, ou devenues inutiles lorsque la personne **quitte son domicile ou décède** ?
- Est-il possible de **recycler ces équipements** ? Et si oui, **quels dispositifs mettre en place** pour organiser ce recyclage ?

Au-delà des aspects pratiques, ce sujet a ouvert un **débat sur la perception des aides techniques**. Souvent associées à une image négative dans une société valorisant le **culte du corps et de l'apparence**, elles peuvent être **mal acceptées par les bénéficiaires**. Or, une aide technique nécessite **un temps d'essai et d'appropriation**, ainsi qu'un **accompagnement adapté** pour être réellement efficace.

Étant donné **le coût important** de ces équipements, les acteurs de la CPTS ont souligné la nécessité de **développer un travail structuré** sur cette thématique, afin d'optimiser leur utilisation et leur accessibilité, tout en réduisant le gaspillage et les inégalités..

<p>Population cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé ; ● Les structures partenaires de la CPTS ; ● Les personnes concernées.
<p>Organisations et/ou fonctionnement déjà en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Un dispositif d'appui à la coordination en charge de la coordination de situations complexes sur le territoire Lorient-Quimperlé et du déploiement des temps d'échanges territoriaux sur les situations complexes ; ● Une cellule projet au GHBS en charge de la structuration de l'accueil des personnes âgées aux urgences (mission 3) ; ● Un centre de ressources territorial (CRT) proposant un accompagnement renforcé et personnalisé à domicile en s'appuyant sur la coordination des acteurs de santé territoriaux existants (EHPAD, services à domicile tels que les SSIAD, SPASAD...); ● Des services d'aide à domicile ; ● Le dispositif ICOPE ; ● Les CCAS du territoire ; ● La plateforme aidant.es du Morbihan.
<p>Objectifs de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Offrir des espaces d'échanges de pratiques et d'analyses interprofessionnelles dans le cadre du maintien et du retour à domicile après une hospitalisation ; ● Etre force de proposition pour l'amélioration des liens ville-hôpital mais aussi entre les professionnel.les du domicile (médecin, infirmier.ère, aide à domicile, ergothérapeute ...) dans le cadre de l'accompagnement au vieillissement, du maintien à domicile et du retour à domicile après une hospitalisation ; ● Améliorer la prescription et l'utilisation des aides techniques afin qu'elles répondent aux besoins des personnes concernées .
<p>Description du déroulement de l'action et effets attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Créer un groupe d'analyse réflexive pluriprofessionnel : CPTS, DAC, GHBS, CRT, services d'aide à domicile, ICOPE ... ; ● Proposer des temps d'analyses de pratiques interprofessionnelles et d'échanges de pratiques abondant : <ul style="list-style-type: none"> - le maintien à domicile - le retour à domicile - le rôle de chaque instance et de chaque coordination : qui fait quoi ? Qui intervient à quel moment ? Quels sont les éléments permettant d'assurer un maintien à domicile répondant aux besoins de sécurité et de confort de la personne concernée ?

	<ul style="list-style-type: none"> - La prescription des aides techniques : à quel moment ? Laquelle ? Comment ? - Les représentations de la dépendance, du vieillissement, du maintien à domicile, des aides techniques ...
Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé du territoire de la CPTS ; ● Le DAC ; ● Le GHBS ; ● Le CRT ; ● Les Services d'aide à domicile. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles par les communes de la CPTS.
Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre	<p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Création du groupe d'analyses de pratiques.
Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre d'analyses de pratiques effectuées ; ● Nombre et type de partenaires impliqués. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du processus de développement du groupe d'analyse de pratiques et de son organisation.

2.6. **Axe n°6 : Améliorer l'accompagnement des professionnel.les de santé sur la territoire (engagement optionnel de l'ACI CPTS)**

2.6.1. *Thématique 1: Formation des professionnel.les et des patient.es partenaires*

ACTION 19	
Formation des professionnel.les et des patient.es partenaires	
Contexte/justification de l'action	
<p>Le besoin de formation a été exprimé dans l'ensemble des groupes de travail. C'est une action transversale indispensable à la qualité et la pertinence des soins. Les actions de formation auront pour but :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● D'offrir de nouveaux outils, de nouvelles connaissances, nourrir le territoire de nouvelles compétences ; ● De répondre aux besoins exprimés par les professionnel.les d'améliorer l'interconnaissance sur le territoire, de développer les échanges de pratique et d'expérience ; ● De développer une culture de promotion de la santé sur le territoire de la CPTS ; ● D'améliorer l'orientation des personnes, de leurs aidant.es et des professionnel.les de santé vers les dispositifs répondant à leurs besoins. <p>L'enjeu sera de pouvoir proposer un programme de formation sur le territoire de la CPTS, accessible géographiquement et financièrement à toutes et tous et suffisamment ouvert pour répondre aux besoins des différents acteurs du territoire.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les adhérent.es de la CPTS
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Les différents organismes de formation publics et privés du territoire ; ● La Plateforme ETP (pour les ateliers méthodologiques sur l'ETP et l'EM) et l'organisation de sessions de formation en ETP et en EM chaque année ; ● Le B3S au GHBS.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Proposer des temps de formation et de sensibilisation aux professionnel.les de santé et patient.es partenaires du territoire en fonction des thématiques et des actions menées dans le cadre du projet de santé de la CPTS ; ● Développer la formation en éducation thérapeutique des professionnel.les de santé sur le territoire de la CPTS pour créer une culture et une posture commune autour de la promotion de la santé.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Etablir un diagnostic des besoins en formation sous format de questionnaires (QR Code, mails, affiches) ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Etablir un bilan des compétences disponibles sur le territoire ; ● Création d'un programme de formation continue : définir les formations/sensibilisations souhaitées en fonction du calendrier de priorité et selon les thématiques envisagées : <p><i>Exemples de thématiques suggérés dans les GT : insuffisance cardiaque, addicto, douleurs chroniques, les VIF, ETP, entretien motivationnel, les compétences psychosociales, utilisation de techniques médicales spécifiques, utilisation d'outils comme Omnidoc, présentation de dispositifs tel que "mon parcours psy" ...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mutualiser les formations communes aux différentes thématiques ; ● Diversifier les supports de formation ; ● Mutualiser des outils de communication/visuels existants (Plexus) ; ● Mener une réflexion sur les financements possibles de la formation professionnelle : CPTS, financement par le DPC ... ● Identifier des lieux propices à la formation permettant également de développer l'interconnaissance (MSP, EHPAD, collectivités) ; ● S'appuyer sur l'existant : plateforme ETP, programmes déjà développés sur le territoire ; ● Proposer une première présentation de l'éducation thérapeutique pour encourager les professionnel.les et les patient.es partenaires à se former ; ● Donner accès à des formations à tous les professionnel.les et adhérent.es de la CPTS : les professionnel.les de santé, les professionnel.les de l'enfance, les associations ; ● Former les professionnel.les aux compétences psychosociales.
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé de ville ou de structures du territoire ; ● Les patient.es partenaires ; ● La plateforme ETP.

	<p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à disposition de salles équipées pour la formation par les communes de la CPTS.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Faire le point sur les besoins en formation auprès des professionnel.les de santé en fonction du calendrier des actions ; ● Organisation de formations addicto et 1ers secours en santé mentale pour adultes ; <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proposer une soirée de présentation de l’ETP. ● Formation IC ; ● Formation PSSM adolescent.es ; ● Formation douleur ; ● Proposer à la plateforme ETP de délocaliser une formation ETP sur le territoire.
<p>Modalités d’évaluation de l’action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de formations proposées chaque année ; ● Nombre d’adhérent.es présent.es aux formations ; ● Nombre et type de partenaires engagées dans le processus de formation de la CPTS ; ● Nombre de formations organisées en partenariat ; ● Satisfaction des personnes présentes. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du déploiement du programme de formation continue.

2.6.2. *Thématique 2: Promotion des outils de communication et interconnaissance des professionnel.les et des patient.es partenaires.*

ACTION 20	
Promotion des outils de communication et interconnaissance des professionnel.les et des patient.es partenaires	
Contexte/justification de l'action	
<p>L'ensemble des groupes de travail ont montré un besoin fort pour les professionnel.les et patient.es partenaires d'améliorer l'interconnaissance. Les équipes ont à cœur de pouvoir bénéficier au travers de la CPTS d'une meilleure visibilité des différentes compétences et expériences disponibles sur le territoire pour faciliter l'accompagnement des patient.es. La mutualisation des compétences et un mode d'organisation collaboratif entre les acteurs de santé est un gain de temps non négligeable dans le parcours de nombreux patient.es. Cela permet également de s'appuyer sur des ressources locales, d'améliorer la qualité des soins proposés et limiter l'isolement souvent ressenti par les professionnel.les libéraux.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les et patient.es partenaires adhérent.es de la CPTS ; ● Les structures partenaires du territoire.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Des rencontres partenariales et/ou des rencontres informelles se déroulent déjà dans certaines maisons de santé entre les équipes et des structures du territoire.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser l'interconnaissance au sein de la CPTS dans un cadre convivial, favorable aux échanges et permettant de développer une coopération en santé soutenante pour toutes et tous ; ● Faciliter une bonne circulation des informations, des ressources locales et des projets en cours pour tous les adhérent.es de la CPTS ; ● Favoriser une connaissance pratico-pratique du territoire, des acteurs, des dispositifs, des parcours, des outils (CNV, EM, ETP ...).
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement de Plexus : répertoire des compétences des professionnel.les du territoire et des différents spécialistes, accès pour tous les adhérent.es, mise en place de dossiers partagés/thématiques ... ; ● Développement du site internet de la CPTS ; ● S'appuyer sur les dispositifs et organisations existantes ; ● Communiquer lors de l'arrivée de nouveaux membres sur le territoire de la CPTS (installation - actions MSP ...) ; ● Relai des informations via un agenda partagé ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● Proposer une réunion pour identifier les besoins/difficultés (Woodlap) des professionnel.les et des patient.es partenaires pour faciliter leur interconnaissance ; ● Repérer les associations, les structures à inviter pour des présentations succinctes de leurs activités et développer des partenariats avec la CPTS ; ● Créer des espaces de rencontre avec les partenaires du territoire notamment le DAC pour travailler à l’articulation de nos deux structures ; ● Créer des fiches métiers sur le territoire disponibles sur Plexus ; ● Créer un podcast filmé à diffuser sur les plateformes d’écoute permettant de présenter un métier, une action, une compétence, une pathologie ... sous un format court (7 min) ; ● Aller vers “amène un ami” : lors des temps de rencontres proposer aux professionnel.les et patient.es partenaires d’amener un ou plusieurs professionnel.les ami.es ; ● Créer une action type “quizz room” : se rencontrer, se présenter de manière interactive.
<p>Ressources mobilisées pour l’action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les professionnel.les de santé et les patient.es partenaires adhérent.es ; ● Les partenaires de la CPTS ; ● Le DAC ; ● Les dispositifs et associations en place sur le territoire. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L’adhésion à Plexus ; ● La création d’un site internet et d’une identité visuelle de la CPTS ; ● Le soutien de radios locales ou de personnes ayant des compétences en enregistrement de podcast.
<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place de Plexus avec le répertoire des professionnel.les, les dossiers partagés ; ● Création du site internet et des outils de communication ; ● Proposer un groupe de travail restreint pour identifier les besoins, réfléchir au temps de rencontres conviviaux, créer le podcast et se rapprocher des professionnel.les pouvant

	<p>soutenir la création, l'enregistrement et la diffusion du podcast.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Au cours de l'année 2027 : diffusion des premiers épisodes du podcast (1 podcast/mois) et création des fiches métiers.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de professionnel.les utilisant Plexus ; ● Nombre de fiches métiers créés et proposés sur Plexus ; ● Nombre de rencontres partenariales effectuées ; ● Nombre de consultations du site internet ; ● Nombre d'épisodes de podcast enregistrés et diffusés ; ● Nombre d'actions favorisant l'interconnaissance organisées. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du processus de co-crédation du podcast de la CPTS.

ACTION 21	
Santé des soignant.es	
Contexte/justification de l'action	
<p>La santé et le mieux être des professionnel.le.s et des patient.es partenaires seront une priorité pour la CPTS. Si l'interconnaissance et les programmes de formation viennent répondre à un besoin fort de travailler ensemble et de rompre un sentiment d'isolement, il semble important au sein de la CPTS de pouvoir reconnaître la vulnérabilité à laquelle peuvent être confrontés les professionnel.les de santé et les patient.es partenaires.</p> <p>Dans un rapport sur la santé des soignants 55% des répondant.es déclarent avoir connu un ou plusieurs épisodes d'épuisement professionnel et ce, quel que soit le mode d'exercice. Les participant.es signalent des horaires de travail soutenus, souvent supérieurs à la moyenne nationale, avec des conséquences directes sur leur état de santé : fatigue, problèmes de concentration, douleurs chroniques et stress élevé. A cela, s'ajoutent un niveau de santé perçu comme altéré, des difficultés d'accès au soin et des comportements à risques bien présents.</p> <p>En outre, les signalements de violences physiques ou verbales ont augmenté de 27 % entre 2022 et 2023 s'expliquant par une difficulté d'accès aux professionnel.les de santé mais n'étant pas sans conséquence sur la santé physique et psychique des soignants.</p>	
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Professionnel.les de santé, patient.es partenaires.
Organisations et/ou fonctionnement déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> ● Certaines équipes en exercice coordonné ont déjà mis en place des espaces d'échanges et des actions pour favoriser la bonne santé des professionnel.les de leur structure.
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> ● Accompagner les acteurs de la CPTS à maintenir leur équilibre professionnel et personnel sur le plan physique et psychique ; ● Améliorer l'épanouissement au travail en offrant des espaces d'échanges, de pause, de mises en mouvement; ● Gagner en efficacité ; ● Rester acteur de son travail, de sa vie et de ses choix ; ● Favoriser le travail en coopération pour limiter le sentiment d'isolement, encourager la création de lien et la solidarité interprofessionnelle.
Description du déroulement de l'action et effets attendus	<p>Proposition d'ateliers thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sur le plan physique :</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'appuyer sur les professionnel.les de santé du territoire et les associations, ayant des compétences spécifiques, pour proposer des sessions "sport santé" aux professionnel.les du territoire ; ○ Proposer des ateliers type ETP animés par les professionnel.les formé.es et engagé.es sur la douleur chronique dans le cadre de la CPTS, aux professionnel.les de santé souffrant eux-mêmes de douleurs chroniques ; ○ Communiquer via l'agenda partagé sur les ateliers proposés par les professionnel.les de la CPTS de yoga, de cohérence cardiaque, d'ETP ... <ul style="list-style-type: none"> ● Sur le plan psychique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pouvoir proposer des groupes de paroles abordant les émotions, la charge mentale, le sommeil, le lâcher prise... ; ○ Déterminer un cadre d'intervention pour proposer de l'analyse de pratique, de la supervision.... <p><i>Dans le cadre du développement de la coopération en santé, cette fiche action est en lien avec la fiche action "interconnaissance" : les actions proposées permettront également d'agir sur la bonne santé des acteurs de la santé et de développer une forme de coopération entre eux. → voir fiche action n°20 Promotion des outils de communication et interconnaissance.</i></p> <p><i>Une vigilance sera apportée à ce que la CPTS soit tremplin dans les prises de conscience de "prendre soin de soi". Les actions n'ont pas vocation à être pérennes mais à "encourager" à prendre soin de sa santé.</i></p>
<p>Ressources mobilisées pour l'action : moyens, acteurs du territoire impliqués et partenaires</p>	<p>Acteurs impliqués :</p> <p>Les professionnel.les possédant une expertise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médecins formés à la douleur chronique ; ● Kinésithérapeute ; ● Ergothérapeute ; ● Professeur de yoga ; ● Educateurs sportifs ; ● Thérapeutes ; ● Psychologues. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coût des interventions et des intervenants.

<p>Niveau de maturité et calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2026</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proposer un sondage pour identifier les besoins ; ● Identifier les experts sur le territoire. <p>2027 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proposer les premiers ateliers en fonction des réponses au sondage ; ● Créer les ateliers ; ● Mettre en place un planning.
<p>Modalités d'évaluation de l'action, dont indicateurs de résultat</p>	<p>Indicateurs de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre et types d'ateliers proposés ; ● Nombre de professionnel.les présents aux ateliers ; ● Nombre d'analyses de pratiques et de supervisions proposées ; ● Satisfaction des personnes concernées. <p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Description du processus de création d'une réflexion sur la santé de soignant.es et des actions à mettre en oeuvre ; ● Description des effets d'une prise en compte des besoins des professionnel.les sur l'amélioration des pratiques.

3. PARTAGE D'INFORMATIONS ET COORDINATION ENTRE PROFESSIONNEL.LES

3.1. Outils numériques envisagés et finalités attendues

(Dans l'attente d'un catalogue régional sur les outils existants)

Pour **faciliter la coordination entre professionnel.les** sur le territoire et **renforcer la communication et la cohésion** au sein de la CPTS, différents **outils numériques** sont envisagés. Leur utilisation sera guidée par une **démarche environnementale**, privilégiant la **sobriété numérique**.

Nous avons commencé à **utiliser LinkedIn** pour communiquer sur le **lancement de la CPTS**, les **groupes de travail** et les **futures échéances**. À terme, nous pourrions intégrer d'autres réseaux, tels que **Facebook, Instagram**, et son canal de diffusion **Threads**.

Une **newsletter** est également diffusée et sera poursuivie afin de permettre à nos adhérent.es de **suivre les dernières actualités** de la CPTS et de ses structures partenaires. Par ailleurs, nous avons le **projet de créer un site internet**, afin de **gagner en visibilité** sur le territoire.

Pour l'organisation interne et faciliter la mise en oeuvre du projet de santé, la **plateforme Plexus Santé** a été choisie pour son aspect complet, permettant notamment de :

- faciliter la **gestion des adhésions et des indemnités** ;
- créer des **espaces ressources pour les adhérent.es** impliqué.es dans les actions du projet de santé ;
- proposer un **annuaire des ressources locales**.

Ces outils visent à **renforcer la collaboration, la fluidité de l'information** et la **visibilité des initiatives de la CPTS**, tout en restant attentifs à l'**impact environnemental** de leur utilisation.

3.2. Outils de coordination ville-hôpital

À partir des **contenus élaborés lors des groupes de travail**, il est prévu de développer plusieurs **outils**, tels que des **fiches pratiques** et des **protocoles ou procédures d'orientation**, couvrant des thématiques variées comme la **santé mentale, l'insuffisance cardiaque** ou les **violences intrafamiliales**.

Ces outils auront pour objectif de **faciliter la coordination entre les acteurs de ville et d'hôpital, d'optimiser la prise en charge des patient.es** et de renforcer la **fluidité des parcours de soins** sur le territoire.

4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CPTS

4.1. Pilotage et fonctionnement

La **CPTS Douar Mor** est une **association régie par la Loi 1901**, créée le **7 novembre 2024**. Dans le respect de **l'indépendance des professionnel.les de santé** et de **l'autonomie des personnes morales**, les membres de la CPTS sont les **seuls décisionnaires** quant au fonctionnement et à l'organisation de l'association.

Le **pilotage** de l'association revient exclusivement aux **professionnel.les qui la composent**. La dynamique de la CPTS est **inclusive**, ce qui signifie qu'elle est ouverte à **toutes les catégories de professionnel.les de santé**, quel que soit leur mode d'exercice. Dès sa création, elle a intégré **des patient.es partenaires** et des **représentants des institutions et des collectivités locales**, avec une attention particulière portée à **l'utilisation d'outils et de dispositifs favorisant la communication et la participation de tous les adhérent.es**.

L'association se veut **collaborative**, privilégiant le **respect, la bienveillance et l'horizontalité** dans les échanges, afin de créer un cadre propice à la **co-construction et à la coopération** sur le territoire.

L'association se compose de :

- Membres actifs
- Membres associés
- Membres d'honneur

L'Assemblée générale est composée de membres actifs et de membres associés.

Les membres sont répartis en 5 collèges avec une répartition des votes comme suit :

- **Collège n°1** : professions de santé libérales reconnues au code de la santé publique bénéficiant de 61% des droits de vote ;
- **Collège n°2** : autres professions libérales partenaires de soins bénéficiant de 13% des droits de vote ;
- **Collège n°3** : établissements de santé, établissements médico-sociaux, dispositif d'appui à la coordination, établissements sociaux type service d'aide à la personne bénéficiant de 13% des droits de vote ;
- **Collège n°4** : usagers, représentants et associations d'usagers bénéficiant de 13% des droits de vote ;
- **Collège n°5** : membres associés : élus et représentants de collectivités territoriales du territoire de la CPTS bénéficiant de 0% des droits de vote (rôle consultatif).

Le Conseil d'administration se compose de 28 membres volontaires au maximum, soumis à une élection à bulletin secret par leur collège en Assemblée générale Ordinaire. **Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée d'un an renouvelable**. Les modalités de renouvellement seront précisées dans le règlement intérieur.

Le Conseil d'administration est constitué sous forme de collèges :

- **Collège n°1** : professions de santé libérales reconnues au code de la santé publique, représenté par 14 personnes maximum ;
- **Collège n°2** : autres professions libérales partenaires de soins, représenté par 4 personnes maximum ;
- **Collège n°3** : établissements de santé, établissements médico-sociaux, dispositif d'appui à la coordination, établissements sociaux type service d'aide à la personne, représenté par 4 personnes maximum ;
- **Collège n°4** : usagers, représentants et associations d'usagers, représenté par 4 personnes maximum ;
- **Collège n°5** : membres associés : élus et représentants de collectivités territoriales du territoire de la CPTS, représenté par 2 personnes maximum.

La composition du bureau :

Nom Prénom	Profession	Fonction dans le bureau
BONAVENTUR Olivier	Directeur Hospitalisation à Domicile Aven à Etel	Membre
CRAS Maeva	Infirmière de Pratiques Avancées	Membre
DAVID Soazig	Ergothérapeute	Secrétaire
DE MALLERAY Pia	Responsable résidence Kerelys	Membre
LE NAVEOS Bertrand	Prestataire de Service AD	Vice-président
LE QUELLEC Albane	Pharmacien	Trésorière adjointe
NETTER Alix	Médecin généraliste	Présidente
SQUIBAN Anne-Catherine	Masseur kinésithérapeute	Membre
DERRE Thibaut	Audioprothésiste	Trésorier

La composition du Conseil d'administration

Nom Prénom	Profession	Secteur d'activité	Structure d'appartenance	Lieu d'exercice
AHMINE Natacha	Patiente partenaire		MSP	Quéven et Gestel
BONAVENTUR Olivier	Directeur	Hospitalier	HAD	Territoire Aven à Etel
BOUTRUCHE Marc	Maire	Collectivité	Mairie	Quéven
CRAS Maëva	Infirmière libérale et IPA	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
CROSSIN Françoise	Directrice des soins	Hospitalier	EPSM Charcot	Caudan
DAVID Soazig	Ergothérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
DE MALLERAY Pia	Responsable résidence Kerelys	Médico Social	EHPAD	Guidel
DERRE Thibaut	Audioprothésiste	Ambulatoire	Exercice indépendant	Quéven-Plouay
DI GUGLIELMO Martine	Élue aux affaires sociales et responsable CLS	Collectivité	Mairie	Caudan
JEHANNO DUPUY Béatrice	Infirmière libérale	Ambulatoire	Exercice indépendant	Pont Scorff
LE BIHAN Nathalie	Infirmière	Ambulatoire	Exercice indépendant	Guidel
LE CAROUR Valérie	Infirmière	Ambulatoire	MSP	Plouay
LE NAVEOS Bertrand	Prestataire de service	Privé	Exercice indépendant	Quéven
LE NOZACH Isabelle	Médecin généraliste	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
LE QUELLEC Albane	Pharmacienne	Ambulatoire	MSP	Plouay
LE STUNFF Sonia	Patiente partenaire		MSP	Plouay
LE TRIONNAIRE Anne	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
MAUGERE Mathilde	Sage femme	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff
MERCIER Sandrine	Thérapeute	Ambulatoire	MSP	Cléguer
NETTER Alix	Médecin généraliste	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff
Nozahic Lydie	Patiente partenaire		MSP	Pont Scorff
RIO Carine	Pharmacienne	Ambulatoire	MSP	Quéven
RUAUD Isabelle	Pédicure-Podologue	Ambulatoire	MSP	Quéven
SCALCON Nathalie	Patiente partenaire		MSP	Plouay
SQUIBAN Anne-Catherine	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff
TONNELIER Arnaud	Directeur	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester

4.2. Organisation du projet

Le projet initial a été lancé par des professionnelles des MSP de Plouay et des Rives du Scorff. Plusieurs rencontres et échanges informels ont eu lieu, notamment autour de projets existants et de congrès régionaux et nationaux organisés par nos fédérations d'exercice coordonné.

Au début de l'année 2024, un temps d'échange informel a été organisé, accompagné d'un rétroplanning incluant la programmation de plusieurs réunions d'information au printemps et à la rentrée 2024. **L'Assemblée Générale Constitutive, qui s'est tenue en novembre 2024, a marqué la création officielle de l'association et l'envoi de la lettre d'intention.**

À cette occasion, plusieurs professionnel.les et patient.es partenaires se sont engagé.es comme référent.es des thématiques du projet de santé, en fonction de leurs compétences et de leurs affinités. Leur rôle est de soutenir la coordinatrice dans la mise en œuvre des groupes de travail et dans l'écriture du projet de santé.

Une fiche de poste de référent.e sera prochainement créée afin de clarifier les attentes et les besoins liés à ce rôle et d'accompagner efficacement la dynamique de collaboration au sein de la CPTS.

Thématiques	Professionnel.les référents
Accès aux soins	DERRE Thibaut
Santé mentale	RIO Carine
Parentalité et adolescence	MAUGERE Mathilde et LE STUNFF Sonia
Maladies cardio-vasculaires	CRAS Maëva
Oncologie-douleur chronique	LE TRIONNAIRE Anne
Personnes âgées	DAVID Soazig
Accompagnement des soignants	MERCIER Sandrine

4.3. Professionnel.les impliqués dans la démarche

→ voir Annexe 1 : Liste des professionnel.les adhérents à la CPTS;

→ voir Annexe 2: Liste des professionnel.les ayant participé aux groupes de travail.

4.4. La fonction de coordination

Une **coordinatrice** a été recrutée en **avril 2025** directement par la CPTS. Ses missions de coordination comprennent, de manière non exhaustive :

- **L'élaboration du projet de santé** : mise en place du cadre méthodologique, recueil des éléments du diagnostic territorial, animation des groupes de travail et rédaction du projet de santé ;

- **La communication, la dynamique partenariale et les relations institutionnelles** : diffusion des informations sur l'avancée du projet, présentation des objectifs et missions de la CPTS, et création d'outils de communication adaptés ;
- **La vie de l'association** : préparation et organisation des instances de gouvernance (Bureau, CA, AG), suivi des démarches administratives, et participation à la gestion budgétaire et financière.

Ces missions permettent à la coordinatrice de **soutenir la CPTS dans sa dynamique collaborative**, tout en **assurant le lien entre professionnel.les, partenaires et instances institutionnelles**.

→ voir Annexe 4 : fiche de poste de la coordinatrice

4.5. Communication en interne pour la vie de la structure

La CPTS utilisera **différents canaux de communication** pour tenir ses membres informés et faciliter le partage d'informations :

- **La plateforme Plexus Santé** pour centraliser les informations et ressources ;
- **Une newsletter**, actuellement trimestrielle, qui pourra devenir mensuelle selon la **charge de travail et les actualités** de la coordinatrice ;
- **La création d'un site internet**, permettant de présenter **le rôle et les missions de la CPTS**, de **référencer les actions en cours** et de recenser les **ressources disponibles** sur le territoire ;
- **Les réseaux sociaux**, tels que **LinkedIn**, pour diffuser les informations en **temps réel**.

Une **référente communication** a été désignée au sein du bureau pour soutenir la coordinatrice dans la **stratégie de communication de la CPTS**.

Une **attention particulière sera portée à la littératie des informations transmises**, afin que les messages soient **clairs et accessibles**, tant pour les **patient.es partenaires** que pour les **professionnel.les moins familiers avec la culture de l'exercice coordonné**.

SIGNATURE DU PROJET DE SANTÉ

« Ce **projet de santé** est signé par les **professionnel.les de santé** qui participent au projet de CPTS ou par leur structure représentative

Projet de santé établi le : 24 septembre 2025

Signature de la représentante des professionnel.les de santé adhérent.es au projet de santé :

Pour la CPTS Douar Mor, la présidente,
Alix Netter.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alix Netter', written in a cursive style.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des professionnel.les adhérents à la CPTS

COLLÈGE 1

Nom	Prénom	Profession	Secteur d'activité	Représentant d'une organisation ou à titre individuel	Lieu d'exercice
Barbot	Alexis	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
Bedard-Christien	Ysoline	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Calan
Bertrand	Céline	Psychomotricienne	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Boissou	Juliette	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Bolay	Françoise	IDEL	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Bouyaux	Gabrielle	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Brustiec	Marion	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Brustiec	Thomas	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	guidel
Cabaret	Mickaël	Médecin	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Calve	Aurélie	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay
Combellas	Mathieu	Orthoptiste	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Cottin	Lenaïg	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Cras	Maeva	Infirmière de pratiques avancées	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Cristini	Sylvain	Médecin	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven

Daniel	Thiery	Médecin	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
David	Soazig	Ergothérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
De Puniet	Leslie	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Quéven
Debuire	Alice	Sage-Femme	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Delalande	Damien	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Derré	Thibaut	Audioprothésiste	Ambulatoire	A titre individuel	Plouay
Diveu	Anne	Podologue-pédicure	Ambulatoire	A titre individuel	Caudan
Dreumont	Antoine	Audioprothésiste	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Ducasse	Caroline	Ergothérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Ploemeur
Garnier	Jenny	Podologue-pédicure	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Gordinho	Joana	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Gouet	Ophélie	Podologue-pédicure	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Gouzerh	Nolwenn	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Guenec	Chloé	Médecin	Ambulatoire	MSP	Plouay
Guibert	Céline	Orthophoniste	Ambulatoire	MSP	Gestel
Huiban	Aurore	IDE TND	Ambulatoire	A titre individuel	Gestel
Jehanno	Vincent	Podologue-pédicure	Ambulatoire	MSP	Plouay
Jehanno Dupuy	Béatrice	IDEL	Ambulatoire	MSP	Caudan - Pont-Scorff
Jezequel	Sylvie	Diététicienne	Ambulatoire	MSP	Plouay/Lochrist
Kerisit	Emeline	Médecin	Ambulatoire	MSP	Gestel
Laborie	Helena	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Lalouelle	Julie	Ergothérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay

Langard	François	Médecin	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Lanoë	Sylvaine	Sage-Femme	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Laporte-Bekhaled	Linda	Pédopsychiatre	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Laurent	Sterenn	Orthophoniste	Ambulatoire	A titre individuel	Ploemeur
Le Bihan	Nathalie	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Borgne	Anthony	Kinésithérapeute Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Bourhis	Naïs	Audioprothésiste	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Le Bras	Antoine	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
Le Calve	Fabienne	IDEL	Ambulatoire	MSP	Gestel
Le Carour	Valérie	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay
Le Coq	Déborah	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Gestel
Le Corre	Floriane	Kinésithérapeute RKS	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Le Dall	Charlotte	Médecin	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Floch Lescop	Nathalie	IDEL	Ambulatoire	MSP	Caudan- Pont-Scorff
Le Gal	Maïwenn	Médecin généraliste	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Le Lem	Tifen	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Maire	Aurélie	Orthoptiste	Ambulatoire	A titre individuel	Plouay
Le Mentec	Nicolas	Médecin	Ambulatoire	MSP	Plouay
Le Mentec	Solenn	Sage femme	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Merdy	Mélissa	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay
Le Monnier	Charline	Pharmacien	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Le Monnier	Richard	Pharmacien	Ambulatoire	MSP	Inguiniel

Le Nozach	Isabelle	Médecin	Ambulatoire	MSP	Inguiniel
Le Ny	Fabrice	IDEL	Ambulatoire	MSP	Caudan Pont-Scorff
Le Poder	Audrey	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Quellec	Albane	Pharmacie	Ambulatoire	MSP	Plouay
Le Trionnaire	Anne	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
Leborgne	Bertille	Médecin	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Lepont	Alexandra	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Gestel
Lequemeneur	Jessica	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Lernould	Anaïs	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Leroy	Jean-Baptiste	Kinésithérapeute Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Marino	Johanne	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Marot	Sylvain	Opticien	Ambulatoire	A titre individuel	Pont-Scorff
Maugère	Mathilde	Sage-Femme	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Mazaré	Claire	Médecin	Ambulatoire	MSP	Cléguer
Merien	Mathilde	Podologue	Ambulatoire	MSP	Plouay
Michardière	Pauline	Ergothérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay
Miny	Guillaume	Pharmacie	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Monfort	Anne	Orthophoniste	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Netter	Alix	Médecin	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Parenteau	Audrey	IDEL	Ambulatoire	MSP	Gestel
Pelleter	Christelle	IDEL	Ambulatoire	MSP	Cléguer
Penvern	Yann	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay

Pichot	Germain	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Plaçais	Benjamin	Médecin	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Quéven	David	Infirmier	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Rahmani	Maylis	Kinésithérapeute Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Rio	Carine	Pharmacie	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Roger	Jeanne	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Roos	Jacqueline	Pharmacie	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Rose	Anne	Ergothérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Gestel - Quéven
Ruault	Isabelle	Podologue	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Schick	Catherine	Pharmacien	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Scolan	Laëtitia	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Calan
Squiban	Anne-Catherine	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Stragliati	Caroline	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Stragliati	Nicolas	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Thalbot	Sophie	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Calan
Treguer	Marie	Orthophoniste	Ambulatoire	MSP	Plouay
Vitteaut	Florence	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel

COLLÈGE 2 :

Nom	Prénom	Profession	Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social)	Représentant d'une organisation (MSP, CH, SSIAD,...) ou à titre individuel	Lieu d'exercice
Bahuon	Josiane	Matériel Médical	Ambulatoire	A titre individuel	Plouay
Cristini	Juliette	Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Queven/Lanester
Jan	Antonin	Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Le Crom	Hélène	Accompagnement à la parentalité	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Le Guillanton	Jérôme	Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Le Navéos	Bertrand	Prestataire de Santé	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Mercier	Sandrine	Hypnothérapeute	Ambulatoire	MSP	Cléguer
Michel	Mermet	Psychologue	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Tremillon	Sylvaine	Psychologue	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff
Tran Van Gie	Gurwann	Hypnothérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff

COLLÈGE 3 :

Nom	Prenom	Profession	Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social)	Représentant d'une organisation (MSP, CH, SSIAD,...) ou à titre individuel	Lieu
Bernard	Carole	Assistante sociale	Médico-social	Association Ligue contre le cancer	Lorient
Bonaventur	Olivier	Directeur	Hospitalier	HAD	Lorient
Chapelais	Maylis	Responsable de service IME	Médico-social	EPSMS IME Kervihan	Caudan
Coquillard	Karen	Chargée de mission partenariat	Médico-social	Résidence Domitys	Lanester
Crossin	Francoise	Directrice des soins	Hospitalier	EPSM Sud Morbihan	Caudan
De Malleray	Pia	Directrice	Médico-social	EHPAD, Kerelys	Guidel
Denis	Jean Christophe	Biologiste BIOLOR	Ambulatoire	Laboratoire Biolor	Plouay
Gahinet	Magali	Responsable développement des partenariats	Hospitalier	HAD	Lorient
Giraud	Florence	Psychologue	Médico-social	CRT accueil de jour	Territoire de la CPTS
Kerzerho	Hélène	Cheffe de projet coordination territoriale	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester
Le Friec	Nathalie	Directrice partenariat	Hospitalier	GHBS	Lorient

Le Moual	Nolwen	Responsable de service	Médico-social	EPSMS IME Kerpont	Caudan
Leroux Madec	Gaëlle	IDE Asalée	Ambulatoire	Asalée	Plouay
Levron	Armelle	Présidente CME	Hospitalier	GHBS	Lorient
Lorho	Cathy	Responsable SPASAD ADMR	Médico-social	ADMR	Pont Scorff
Richard	Sylvie	Responsable de service	Médico-social	ASSAP	Guidel
Ropert	Charlotte	IDE Asalée	Ambulatoire	Asalée	Cléguer Pont-Scorff
Sparfel	Jean Marc	Biologiste BIOLOR	Ambulatoire	Laboratoire Biolor	Quéven
Tonnellier	Arnaud	Directeur	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester
Troil	William	Directeur	Médico-social	CCAS Plouay	Plouay
Werbrouck	Vincent	Directeur	Médico-social	EHPAD Ti Aieul	Caudan

COLLÈGE 4 :

Nom	Prénom	Profession activités	Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social)	Représentant d'une organisation (MSP, CH, SSIAD,...) ou à titre individuel	Lieux
Ahmime	Natacha	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven
Bonabesse	Stéphanie	Formatrice	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel
Bornerie	Corine	Sophrologue - IDE	Ambulatoire et associatif	Association des fibromyalgiques	Lorient-Quimperlé
Le Rezollier	Didier	Patient partenaire	Ambulatoire	Association Soutien Addict	Lorient-Quimperlé
Le Stunff	Sonia	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Inguiniel
Nozahic	Lydie	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Pont-Scorff
Scalcon	Nathalie	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Plouay

COLLÈGE 5

Nom	Prénom	Profession	Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico-social, social)	Représentant d'une organisation (MSP, CH, SSIAD,...) ou à titre individuel	Lieu
Boutruche	Marc	Maire	Collectivité	Mairie	Quéven
Di Guglielmo	Martine	Adjointe au maire et reponsable CLS	Collectivité	Mairie	Caudan
Vely	Fabrice	Maire	Collectivité	Mairie	Caudan

Annexe 2 : Liste des professionnel.les ayant participé aux groupes de travail de la CPTS

Nom	Prénom	Profession	Secteur d'activité	Représentant d'une organisation ou à titre individuel	Lieu	Nombre de groupes de travail
Ahmime	Natacha	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven	4
Bertrand	Céline	Psychomotricienne	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel	1
Blandin	Maxime	Directeur	Médico social	EHPAD Ti Aieul	Caudan	2
Caclin	Peggy	Cheffe de projet ETP	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	2
Cauchie	Alexandre	Médecin algologue	Hospitalier	GHBS	Lorient	1
Chabaliier	Laure	Coordinatrice de parcours	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	1
Coquillard	Karen	Chargée de mission partenariat	Médico-social	Résidence Domitys	Lanester	1
Cras	Maeva	Infirmière de pratiques avancées	Ambulatoire	MSP	Inguiniel	2
David	Soazig	Ergothérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay	4
De Malleray	Pia	Directrice	Médico-social	EHPAD, Kerelys	Guidel	3
De Puniet	Leslie	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Quéven	2

Derré	Thibaut	Audioprothésiste	Ambulatoire	A titre individuel	Plouay	2
Dreumont	Antoine	Audioprothésiste	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven	1
Ducasse	Caroline	Ergothérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Ploemeur	1
Garnier	Jenny	Podologue-pédicure	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff	2
Giraud	Florence	Psychologue	Médico-social	CRT accueil de jour	Territoire de la CPTS	2
Huiban	Aurore	IDE TND	Ambulatoire	A titre individuel	Gestel	3
Jezequel	Sylvie	Diététicienne	Ambulatoire	MSP	Plouay/Lochrist	1
Kerjean	Alan	Cadre de santé	Hospitalier	EPSM Charcot	Lorient	1
Kerzerho	Hélène	Cheffe de projet coordination territoriale	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	2
Le Bihan	Nathalie	IDEL	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel	1
Le Borgne	Anthony	Kinésithérapeute Ostéopathe	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel	1
Le Calve	Fabienne	IDEL	Ambulatoire	MSP	Gestel	1
Le Carour	Valérie	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay	4

Le Corre	Floriane	Kinésithérapeute RKS	Ambulatoire	MSP	Inguiniet	1
Le Lem	Tifen	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel	2
Le Merdy	Mélissa	IDEL	Ambulatoire	MSP	Plouay	2
Le Moing	Ronan	Cadre supérieur de santé	Hospitalier	EPSM Charcot	Caudan	1
Le Nezet	Lilou	Stagiaire coordination territoriale	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	1
Le Nozach	Isabelle	Médecin	Ambulatoire	MSP	Inguiniet	4
Le Quellec	Albane	Pharmacie	Ambulatoire	MSP	Plouay	2
Le Rezollier	Didier	Patient partenaire	Ambulatoire	Association Soutien Addict	Lorient-Quimperlé	2
Leborgne	Bertille	Médecin	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff	2
Le Stunff	Sonia	Patient partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Inguiniet	3
Le Trionnaire	Anne	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Plouay	2
Lorho	Cathy	Responsable SPASAD ADMR	Médico-social	ADMR	Pont Scorff	1
Mardikian	Pauline	Cheffe de projet coordination territoriale	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	2

Maugère	Mathilde	Sage-Femme	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff	2
Mazaré	Claire	Médecin	Ambulatoire	MSP	Cléguer	2
Mercier	Sandrine	Hypnothérapeute	Ambulatoire	MSP	Cléguer	2
Mesle	Ludivine	Chargée de projet ETP	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	1
Michau	Amélie	Médecin gériatre	Hospitalier	GHBS	Lorient	1
Netter	Alix	Médecin	Ambulatoire	MSP	Pont-Scorff	7
Nozahic	Lydie	Patiente partenaire	Ambulatoire	A titre individuel	Pont-Scorff	4
Parenteau	Audrey	IDEL	Ambulatoire	MSP	Gestel	1
Pecheyrand	Ludovic	Cadre de santé	Hospitalier	EPSM Charcot	Lorient	2
Pourchasse	Charlotte	Cheffe de projet 3C	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	1
Renambot	Bérénice	Assistante, plateforme ETP et 3C	Médico-social	DAC Cap Autonomie Santé	Lanester	2
Rio	Carine	Pharmacie	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven	2
Rose	Anne	Ergothérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Gestel - Quéven	1
Ruault	Isabelle	Podologue	Ambulatoire	A titre individuel	Quéven	4

Squiban	Anne-Catherine	Kinésithérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff	4
Tournerie	Christophe	Cadre de santé	Hospitalier	EPSM Charcot	Plouay	2
Tran Van Gie	Gurwann	Hypnothérapeute	Ambulatoire	MSP	Pont Scorff	3
Viau-Dang	Leelou	Externe en médecine	Libéral	MSP	Pont Scorff	1
Vitteaut	Florence	Kinésithérapeute	Ambulatoire	A titre individuel	Guidel	1
Werbrouck	Vincent	Directeur	Médico-social	EHPAD Ti Aieul	Caudan	1

Annexe 3 : Liste des personnes référentes pour un soutien au projet de CPTS

Territoire	Référents	Organisme	Coordonnées téléphoniques	Mails
22	Estelle Oléron	CPAM	02 96 75 95 35	roc.cpam-saintbrieuc@assurance-maladie.fr
22	Anne Charles	DD	02 96 78 86 53	anne.charles@ars.sante.fr ars-dd22-animation-territoriale@ars.sante.fr
22	Virginie le Guirec	MSA	02 96 78 87 77	leguirec.virginie@armorique.msa.fr
22	Dr Bellut-Robinet	MSA	02 96 78 87 00	bellut-robinet.catherine@armorique.msa.fr
22	Hadrien Lévénès	URPS	02 30 83 71 79	h.levenes@urpscdlb.bzh
29	Christiane Plouzenec	CPAM	02 98 34 54 24	roc.cpam-finistere@assurance-maladie.fr
29	Béatrice Lastennet	DD	02 98 64 58 30	beatrice.lastennet@ars.sante.fr ars-dd29-animation-territoriale@ars.sante.fr
29	Virginie le Guirec	MSA	02 96 78 87 77	leguirec.virginie@armorique.msa.fr
29	Dr Patrick Bon	MSA	02 98 85 79 94	bon.patrick@armorique.msa.fr
29	Romain Gaillard	URPS	02 99 30 36 45	r.gaillard@urpsmlb.org
35	Clotilde Delacour	CPAM	02 57 87 21 61	rps.accueil.cpam-rennes@assurance-maladie.fr
35	Anne-Marie Keromnes	DD	02 99 33 33 91	anne-marie.keromnes@ars.sante.fr ars-dd35-animation-territoriale@ars.sante.fr

35	Eric Jan	MSA	02 99 01 83 82	jan.eric@aromsabretagne.msa.fr
35	Dr Catherine Floren	MSA	02 99 01 80 40	floren.catherine@portesdebretagne.msa.fr
35	Sybille Le Bourjois	URPS	02 99 84 15 18	slebourjois@urpspharmacien.fr
56	Valérie Poupon	CPAM	02 90 79 81 65	roc.cpam-vannes@assurance-maladie.fr
56	Anaëlle Kerneis	DD	02 97 62 77 60	anaelle.kerneis@ars.sante.fr ars-dd56-animation-territoriale@ars.sante.fr
56	Michel Havard	MSA	02 97 46 51 67 (56) 02 99 35 83 81 (35)	havard.michel@portesdebretagne.msa.fr
56	Dr Christelle Paris	MSA	02 97 46 52 37	paris.christelle@portesdebretagne.msa.fr
56	Virginie Morin	URPS	02 99 84 15 16	cdm.urpskine@maisondesurpsbretagne.org
Région	Ronan Derieux	ARS	02 22 06 73 54	ronan.derieux@ars.sante.fr
Région	Fabienne Nassar	DCGDR	02 57 87 21 41	coordination.regionale-gdr.cpam-rennes@assurance-maladie.fr
Région	Patrick Morvan	ARCMSA	02 99 01 80 14	morvan.patrick@portesdebretagne.msa.fr

Annexe 4 : Fiche de poste coordinatrice CPTS Douar Mor

FICHE DE POSTE COORDINATEUR·ICE CPTS DOUAR MOR

CAUDAN

FEVRIER 2025

La CPTS Douar Mor a été créée en novembre 2024 pour contribuer à la coordination des soins à l'échelle de son territoire.

Elle est constituée sous la forme d'une Association Loi 1901.

Elle s'étend sur les communes de Calan, Caudan, Cléguer, Gestel, Guidel, Inguiniel, Lanvaudan, Plouay, Pont-Scorff et Quéven.

Les professionnels de santé et tout autre acteur du secteur sanitaire et social, adhérents de l'Association, porteurs d'un projet de santé commun pourront coordonner leurs actions à travers la Communauté Professionnelle d'un Territoire de Santé afin d'améliorer la réponse aux problématiques de santé du territoire et prétendre à un engagement conventionnel avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

DESCRIPTIF DU POSTE ET DE SES MISSIONS

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU POSTE	Le·la coordinateur·ice contribue à la structuration de la CPTS Douar Mor et assure la déclinaison opérationnelle du projet de santé ainsi que sa mise en œuvre, sous la responsabilité de la présidente.
MISSION 1 : PILOTER LE PROJET DE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none">• Animer des réunions d'équipes, des groupes de travail avec une grande diversité d'acteurs• Suivre et mettre en place les fiches actions du projet de santé• Préparer et participer au dialogue de gestion• Rendre compte des avancées auprès des instances décisionnaires (conseil d'administration, bureau)
MISSION 2 : ANIMER LA VIE ASSOCIATIVE	<ul style="list-style-type: none">• Assurer la veille juridique et documentaire concernant les lois relatives à la santé, les appels à candidatures locaux, régionaux et nationaux et les initiatives du territoire, identifier les éventuelles subventions et appels à projets• Gérer et organiser les instances de l'association (bureau, conseil d'administration, assemblée générale)• Gérer l'administratif de l'association et les adhésions• Etablir les budgets prévisionnels et définitifs de l'association avec les trésoriers et la présidente, suivre les dépenses et les comptes de l'association en partenariat avec les trésoriers et la présidente
MISSION 3 : DÉVELOPPER LA COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none">• Organiser la communication et promouvoir les actions de la CPTS• Assurer les relations institutionnelles et partenariales, ainsi qu'avec les autres CPTS• Solliciter l'adhésion des professionnels de santé du territoire au projet de la CPTS• Réaliser l'état des lieux des besoins et des habitudes en terme de communication interprofessionnelles pour proposer l'utilisation d'outils de communication adéquats et sécurisés
INTÉRÊTS ET CONTRAINTES DU POSTE	<ul style="list-style-type: none">• Grande richesse des actions et dynamisme du territoire• Développement local en santé : favoriser l'accès au soin en impliquant les personnes concernées, améliorer la coopération et la coordination des acteurs de santé du territoire, créer une communauté d'acteurs sur le territoire• Disponibilité en soirée (réunions)• Déplacements avec son véhicule propre

FICHE DE POSTE

COORDINATEUR·ICE CPTS DOUAR MOR

COMPÉTENCES ET QUALIFICATIONS REQUISES

LES "SAVOIRS"

- Organisation du système de santé, politiques et acteurs de santé
- Fonctionnement et problématiques des professionnels de santé
- Connaissance du territoire et de ses acteurs
- Connaissance en gestion administrative et comptable
- Connaissances en communication non violente

LES "SAVOIR FAIRE"

- Animer des réunions avec des professionnels d'horizons variés
- Organiser et prioriser son travail
- Mener et suivre un projet dans son déroulement, son financement et son évaluation
- Avoir une capacité d'analyse et de synthèse
- Être autonome
- Mettre en relation des professionnels
- Travailler avec des bénévoles, expérience associative appréciée
- Coordonner des actions
- Savoir aller chercher les informations, savoir demander de l'aide
- Maîtriser les outils informatiques et de communication (pack Office, réseaux sociaux, site internet)
- Réaliser des supports de communication simples

LES "SAVOIR ÊTRE"

- Aisance relationnelle, accessibilité, simplicité
- Capacité d'initiative et d'autonomie
- Esprit du travail en collaboration et en partenariat
- Capacité à s'adapter à différents interlocuteurs
- Être bienveillant·e, chaleureux·se
- Rigueur et organisation
- Savoir oser, être force de proposition
- Être engagé·e
- Être ouvert·e d'esprit
- Être en adéquation avec les valeurs du projet
- Être diplomate
- Fédérer

CONDITIONS DE TRAVAIL

Poste : Cadre, Temps plein, 35 heures par semaine.

Salaire : Salaire compétitif basé sur l'expérience et les qualifications.

Lieu de travail : Bureau basé au sein du CCAS de Caudan, 17 rue de la Libération.

COMMENT POSTULER ?

Pour rejoindre notre équipe dynamique, bienveillante et engagée dès février 2025,

Envoyez vos CV et lettre de motivation avant le 12 janvier 2025 à la présidente Alix Netter :

cptsdouarmor@gmail.com