

**CHARTRE PARTENARIALE REGIONALE
SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES
ET SUR LE DEPLOIEMENT DES POLES
DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES
EN NORMANDIE**

PREAMBULE

Dans un contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale, la politique des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) a été initiée dès 2008 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie (URML) et partagée avec l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et la Région de Basse-Normandie dans l'optique d'une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné.

Eu égard à cet enjeu de la démographie médicale, ainsi qu'à celui d'un aménagement équilibré des territoires, les Départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne se sont engagés pour favoriser et inciter à l'exercice de la médecine en territoire rural.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, ainsi que les représentants de l'Etat sur les territoires ont adhéré à la dynamique initiée.

Cette volonté d'interventions coordonnées s'est traduite par la signature le 27 juin 2008 de la première « Charte Partenariale Régionale sur l'Offre de Soins Ambulatoire et sur le Déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires en Basse-Normandie » par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et l'ensemble des partenaires régionaux et départementaux impliqués dans la démarche.

En 2013, l'évaluation de la politique de déploiement des PSLA effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie conclut à une politique remarquable, « *fondée sur une mobilisation unique d'un ensemble de partenaires institutionnels* ».

Ainsi confortée, cette politique régionale est poursuivie et actualisée dans le cadre d'une deuxième Charte signée le 18 mars 2015.

Parallèlement, en Haute-Normandie, les partenaires institutionnels (Préfecture, ARS, Région, Départements) ont élaboré, à destination des porteurs de projets de maisons de santé pluridisciplinaires, un guide méthodologique pour les aider à l'émergence de leurs projets à partir de la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipements en maisons de santé en milieu rural. Les annexes de cette circulaire ont également permis aux acteurs concernés des territoires de formuler leur projet selon un cahier de charges national et un projet de santé type. Un comité de sélection et de financement des projets a été mis en place en Haute-Normandie suite à la publication de la circulaire.

A l'issue de la réforme territoriale mise en œuvre par la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (Loi NOTRe), la Normandie comprend désormais 5 départements et plus de 3,3 millions d'habitants.

Les enjeux de maintien de l'offre de santé et d'accessibilité à des soins de qualité restent prégnants dans cette nouvelle configuration territoriale et sont affirmés dans les projets régionaux de santé de Basse-Normandie et de Haute-Normandie, en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2018, date prévisionnelle d'adoption d'un projet régional de santé normand.

Dès le début de l'année 2016, les partenaires régionaux se sont exprimés en faveur de la définition d'une politique régionale normande qui s'appuie sur les expériences et les réussites précédentes.

Ainsi, le 22 avril 2016, les Présidents de la Région Normandie et des 5 départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche, de l'Orne et de la Seine-Maritime réunis « en G6 », se sont prononcés en faveur de l'élaboration, en concertation avec les partenaires institutionnels et les représentants des professionnels de santé, sur la base de la Charte bas-normande, d'une Charte normande sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des PSLA.

Afin de soutenir et d'accompagner cette démarche, une nouvelle évaluation externe de la Charte bas-normande a été réalisée en 2016. Cette évaluation confirme que cette organisation, unique en France, a produit des effets incontestables en matière de maintien et de croissance de la démographie médicale.

Eu égard aux constats et perspectives d'évolution de l'offre de soins de premier recours en Normandie, conscients de la nécessité de faire converger l'ensemble des initiatives en les intégrant dans un projet cohérent et structurant, les parties signataires conviennent pour la période 2017 – 2020 de mettre en œuvre de manière concertée les objectifs et les actions partenariales décrits ci-après.

OBJECTIFS

Les signataires de la Charte souhaitent faire converger l'ensemble des initiatives précédentes menées en Basse-Normandie et en Haute-Normandie en les intégrant dans un projet cohérent et structurant. Ils partagent les objectifs suivants :

➤ Objectifs généraux

- Garantir l'accès à des soins de proximité pour la population normande ;
- Consolider l'offre de soins actuelle ;
- Développer un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé ;
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires déficitaires ou en voie de fragilisation ;
- Contribuer à la réponse aux besoins de santé publique à travers la déclinaison régionale des orientations nationales et à travers la mise en œuvre des priorités propres à la région ;
- Contribuer à la politique d'aménagement des territoires et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée ;
- Valoriser l'action régionale et ses effets sur l'offre de soins de proximité par le biais d'une évaluation continue.

➤ Objectifs opérationnels

- Amener les médecins généralistes et les autres professionnels de santé à devenir maîtres de stage agréés ;
- Favoriser le développement de lieux de stage pour les 2^{ème} et 3^{ème} cycles en lien avec les Facultés de médecine des Universités et les autres étudiants médicaux et paramédicaux en lien avec l'ensemble des centres de formations concernés ;
- Participer à des actions et programmes de recherche clinique nationaux et régionaux.

MISSIONS

Au regard de ces objectifs, les signataires de la Charte s'engagent à assurer de manière coordonnée et concertée la déclinaison des politiques nationales et régionales suivant ces missions :

- Établir et mettre à jour un diagnostic territorial commun ;
- Soutenir et accompagner l'émergence, la mise en œuvre et le suivi des projets ;
- Communiquer auprès des professionnels de santé, des étudiants, des élus... ;
- Recenser, accompagner, soutenir le déploiement de dispositifs innovants / expérimentaux ;
- Contribuer à l'évaluation des dispositifs régionaux d'aide à l'installation.

Article 1 : Objet de la Charte

1.1 Coordination des actions

Les signataires conviennent de coordonner leurs actions dans le cadre d'instances définies pour assurer une cohérence de la politique régionale.

1.2 Coordination des moyens (humains et financiers)

Les actions d'incitation, d'accompagnement et de financement des regroupements de professionnels seront réalisées conjointement par les partenaires de la Charte dans le cadre des instances, afin de renforcer les actions et de faciliter le montage des projets conjoints aux professionnels de santé et aux collectivités locales. Les partenaires de la charte s'engagent auprès du binôme : professionnels de santé/élus dans le cadre de leur démarche de réorganisation de l'offre de santé de leur territoire.

1.3 Information régulière et réciproque

Les partenaires conviennent de porter les différentes initiatives en lien avec l'objet de la Charte à la connaissance des autres signataires afin de garantir une cohérence de l'action par le biais des instances définies à l'article 5 de la présente Charte.

Article 2 : Objectifs opérationnels de la Charte

2.1. Établir un diagnostic territorial commun

L'outil de diagnostic des dynamiques territoriales est la carte des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) ; celle-ci est actualisée annuellement, par l'ARS, sur la base des données fournies par les cinq Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins et après avis du comité de pilotage PSLA.

2.2. Soutenir et accompagner les projets de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires

2.2.1 Définition du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

Un PSLA est une organisation cohérente s'articulant avec l'ensemble des ressources identifiées des champs sanitaire, médico-social et social d'un territoire géographique déterminé, le bassin de vie :

- Réalisant une unité fonctionnelle pouvant se décliner en site principal ou en multi-sites ;
- Permettant, sur la base du volontariat, d'associer et de regrouper des professionnels de santé libéraux, voire collaborateurs salariés et salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux ;
- Assurant des soins de médecine de proximité (1^{er} et 2nd recours) en zone rurale, semi-rurale ou urbaine, avec possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé.

Cette organisation s'appuie sur des professionnels déjà en activité.

=> Zoom sur les PSLA multi-sites :

Afin de mieux tenir compte des spécificités du territoire, un projet de Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire peut prévoir une implantation sur plusieurs sites. Dans cette approche multi-sites, le PSLA constitue une unique unité fonctionnelle qui se décline en un site principal, accueillant la majorité des professionnels de santé, et un ou plusieurs sites satellites, dits « antennes ».

Pour être qualifié d'« antenne », le site satellite doit émaner du projet de santé du PSLA considéré. Il doit, en sus, accueillir au moins un médecin généraliste et peut héberger un ou plusieurs professionnels paramédicaux. En outre, la continuité des soins doit être organisée et assurée par l'ensemble des médecins du PSLA. Ainsi les médecins du site central s'engagent à pallier les indisponibilités du ou des médecins de l'antenne et réciproquement.

Enfin, pour bénéficier des subventions publiques, le projet immobilier d'une antenne doit avoir pour objectif de regrouper, sur le site satellite, plusieurs professionnels de santé.

Un PSLA est adapté aux situations locales (conditions d'accessibilité pour les patients, etc.).

Sa taille dépend donc du contexte local et des éléments du diagnostic territorial : dans la mesure du possible, les projets de PSLA s'adaptent au principe suivant : 3 x 15 (15 professionnels, 15 000 habitants, -/15 min pour l'accessibilité géographique) qui a valeur indicative.

Un projet de santé est défini à l'échelle du territoire identifiant des actions pertinentes et adaptées relevant des soins de proximité (1^{er} recours et 2nd recours) répondant aux besoins et aux demandes de la population du territoire.

Les objectifs sont de :

- Réduire les inégalités territoriales de santé en misant sur une approche transversale et non plus sectorielle des besoins de santé ;
- Assurer un meilleur accès effectif aux soins de 1^{er} recours et organiser l'accès aux soins de 2nd recours ;
- Optimiser le parcours de santé par une meilleure collaboration entre secteurs (médical, médico-social, social), entre professionnels et entre établissements.

Sur la base du diagnostic des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et des besoins de santé identifiés et partagés, le **projet de santé** s'articule autour de quatre principaux enjeux :

- Assurer la continuité des soins ;
- Développer la coordination des soins de proximité ;
- Identifier les problèmes de santé prioritaires et proposer des actions de prise en charge ;
- Participer à la pérennité de l'accès aux soins de 1^{er} recours par le biais de la formation (maître de stage).

Il peut également prévoir des actions de prévention, une implication dans la recherche clinique, la participation à la veille sanitaire et à l'épidémiologie.

Le projet de santé se décline sous la forme d'un **projet professionnel**, qui définit les modalités d'organisation choisies par les professionnels pour répondre aux enjeux identifiés et notamment aux besoins de santé de la population. Afin d'assurer la pérennité des soins, le projet professionnel détaille les moyens mis en œuvre pour faciliter l'accueil de professionnels de santé en formation. Le développement de la maîtrise de stage et la **mise à disposition d'un logement** doté des fonctionnalités nécessaires sont notamment requis.

Par ailleurs, la participation à des programmes de recherche clinique est recommandée.

Le bassin de vie, défini par l'activité économique locale et les mouvements habituels de la population constitue en termes de territoire le bon niveau de réflexion et de propositions, tant du point de vue démographique que socio-économique. Il s'inscrit prioritairement dans le territoire d'un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI).

Le PSLA ainsi défini permet d'assurer la transition entre l'exercice professionnel d'aujourd'hui et celui de demain, favorisant par ailleurs des possibilités de remplacement et de succession.

En consolidant l'offre de service de santé existante et en créant une dynamique locale entre usagers, élus et professionnels, le PSLA constitue un élément fort de la politique d'aménagement du territoire.

2.2.2 Objectifs opérationnels du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

- Assurer les soins de 1^{er} recours, leur continuité et leur coordination (organisation des suivis, des consultations spécialisées, des consultations pluridisciplinaires, meilleure prise en charge des patients, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi) ;
- Coordonner les prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, notamment par la mise en œuvre d'une organisation territoriale coordonnée au travers de partenariats ;
- Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant la coopération et l'exercice coordonné ;
- Participer à la formation des futurs professionnels de santé en ayant des maîtres de stage sur site ;
- Faciliter la formation continue des professionnels ;
- Favoriser la mise en place de systèmes d'informations partagés et s'intégrer dans le déploiement des projets de télémédecine ;
- Optimiser le temps de professionnel pour le soin en allégeant la charge administrative des professionnels de santé ;
- Favoriser la mise en place de réponses aux crises sanitaires ;
- Améliorer la prise en charge des patients par le biais de la prévention et de l'éducation thérapeutique ;
- Concourir aux actions d'épidémiologie de terrain (ex: veille sanitaire, etc.).

2.3. Favoriser l'installation des nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre défini par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (puis par le schéma régional de santé – SRS)

Une plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), regroupe sur un site Internet de l'ARS, toutes les informations utiles aux professionnels de santé.

2.4. Identifier et coordonner l'ensemble des structures de 1^{er} recours sur le territoire de la Région

Parallèlement aux PSLA, se sont également développées dans les 5 départements des structures de taille plus modeste, maillant néanmoins le territoire et permettant l'accès à des soins de proximité (1^{er} et 2nd recours). Certaines de ces structures disposent déjà d'un projet de santé.

Le portage, plus généralement local, a été à l'origine du développement de ces structures.

L'enjeu de la politique régionale sera de s'assurer de la mise en œuvre progressive des projets de santé de ces structures et de leur organisation en cohérence avec les PSLA les plus proches afin de constituer un réseau coordonné de professionnels de santé de proximité. Elles pourront devenir le cas échéant, un des sites du PSLA et s'inscrire ainsi dans le projet de santé du territoire.

Ainsi, le comité de sélection et de financements des projets de MSP de l'ex-Haute-Normandie a vocation à intégrer les instances de la Charte et le guide méthodologique également élaboré en ex-Haute-Normandie, à inclure le concept de PSLA.

A cette fin, les projets de santé des structures qui en feront la demande, seront présentés aux comités opérationnels départementaux et les professionnels seront incités à exercer de manière coordonnée avec le PSLA de proximité.

Les PSLA et les MSP disposant déjà d'un projet de santé validé par le Comité Opérationnel Départemental concerné ont la possibilité d'émarger au règlement arbitral. Celui-ci permet le financement d'un forfait d'équipe via l'Assurance Maladie.

2.5. Participer à l'amélioration de l'organisation des parcours dans une logique d'appui à la coordination autour des soins de proximité

Les professionnels de santé sont attachés à la promotion des soins de proximité et à l'amélioration de l'organisation des parcours des patients.

La politique régionale de déploiement des PSLA s'articule avec les dispositifs nationaux en vigueur.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a défini les **Equipes de Soins Primaires (ESP)** et les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** (cf. définitions en annexe); elle a reconnu le rôle premier des professionnels de santé pour faire émerger ces organisations.

Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé.

Les CPTS sont formées par des professionnels de santé qui se réunissent, de leur propre initiative, pour élaborer et suivre des projets.

En Normandie, les PSLA développés selon les concepts de la présente Charte, correspondent de fait à des CPTS.

A ces dispositifs s'ajoute la possibilité, en s'appuyant sur les initiatives des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de constituer des **Plateformes Territoriales d'Appui** (PTA) pour mettre à la disposition des professionnels de santé qui en font la demande les fonctions d'appui nécessaires à la coordination des parcours de santé complexes.

Les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé constitués par l'ARS pour la coordination des parcours de santé cas complexe. Priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville et, lorsqu'elles existent, aux initiatives des ESP et des CPTS visant un retour et un maintien à domicile.

Article 3 : Partenaires signataires

- La préfète de région et les préfets de département s'engagent à mobiliser l'ensemble de leurs services dans la région et à faciliter la coordination de l'ensemble des partenaires concernés.
- La Région Normandie participe à la concertation partenariale et s'engage à favoriser l'installation regroupée des professionnels de santé dans les territoires les plus fragiles afin de d'encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé et pour une meilleure prise en charge de la population.
- Les Conseils Départementaux participent également à la concertation partenariale pour favoriser l'installation regroupée des professionnels de santé dans les territoires les plus fragiles et encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé pour une meilleure prise en charge de la population.
- L'A.R.S. s'engage à favoriser la coopération de la médecine de ville avec les acteurs des champs de la prévention/promotion de la santé, les acteurs médico-sociaux, les acteurs hospitaliers publics et privés afin de veiller à une approche globale de la santé et d'optimiser l'articulation de l'offre ambulatoire et de l'offre de soins notamment hospitalière.
- L'U.R.M.L. s'engage à faciliter la mise en œuvre de cette politique en étant impliquée à toutes les étapes de l'élaboration des projets jusqu'aux phases d'ingénierie juridique et d'accompagnement à la mise en œuvre des systèmes d'informations.
- L'U.R.M.L., les Conseils de l'Ordre, et l'A.R.S s'engagent à mobiliser leurs systèmes d'informations pour contribuer à l'élaboration du diagnostic territorial.
- Les Conseils de l'Ordre veillent à la qualité des soins donnés aux malades, au respect de la déontologie, participent à la concertation et transmettent les informations relatives au mouvement des professionnels de santé dont ils disposent.

- L'ensemble des U.R.P.S. concernées s'engagent à apporter aux porteurs de projets les conseils et l'expertise nécessaires à la réalisation de leurs projets.
- La Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) représente l'Assurance Maladie et instruit avec l'ARS les dossiers des PSLA et MSP qui souhaitent candidater à l'Accord Conventionnel Inter professionnel.
- Les Facultés de Médecine de l'Université de Caen et de l'Université de Rouen s'engagent à apporter un soutien pédagogique aux actions visant à favoriser l'exercice dans les pôles de santé libéraux et ambulatoires, à la promotion de l'exercice pluridisciplinaire coordonné et regroupé, ainsi que celle de la recherche en soins primaires, de l'organisation des soins. Les Universités ont par ailleurs en charge la formation des maîtres de stage.
- La FÉdération des PSLA, maisons de santé et regroupements pluri-professionnels de NORmandie (FENOR) s'engage à soutenir l'action des projets et réalisations de PSLA, MSP et toute autre structure de regroupement pluri-professionnel.
- L'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires, Sociaux et médico-sociaux (URIOPSS) s'engage à participer aux instances de la Charte, à relayer auprès de ses adhérents l'information relative aux actions partenariales mises en œuvre et à promouvoir l'exercice pluridisciplinaire coordonné sur les territoires.

L'ensemble des signataires de la présente Charte s'engage à promouvoir la politique de déploiement des PSLA Normandie.

Article 4 : Financement

4.1 Ingénierie

Le partenariat entre l'ARS, la Région Normandie et l'URML, destiné à favoriser l'ingénierie des projets des PSLA, est déployé à l'échelle de la Normandie.

Un fonds commun d'ingénierie abondé annuellement par l'ARS, la Région Normandie et l'URML, permet aux projets de bénéficier d'une étude de faisabilité, d'une aide à la formalisation et la rédaction du projet de santé, d'une assistance juridique et d'une expertise relative aux systèmes d'information.

Le fonds commun d'ingénierie fait l'objet d'une convention annuelle de financement.

Chaque signataire de la présente Charte peut être contributeur et donc signataire de la convention de financement du fonds commun pour l'ingénierie de projet des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires.

4.2 Investissement

Les financeurs s'engagent, dans la mesure du possible, à mobiliser des fonds et à valider collégalement les demandes de financements des maîtres d'ouvrage des PSLA par le biais du Comité de pilotage (Cf. : article 5 de la présente Charte).

Il est rappelé que l'engagement des collectivités ne peut se faire que dans la limite des évolutions financières et budgétaires auxquelles elles sont contraintes. Cet engagement est également conditionné par les textes législatifs actuels et à venir (notamment les règles de financements et les compétences des collectivités).

Article 5 : Composition et missions des instances

5.1 : Instances de gouvernance

Le Comité stratégique

Le Comité stratégique est la gouvernance politique régionale relative aux PSLA, co-présidé par la Préfète de Région et la Directrice générale de l'ARS. Ce Comité est composé de l'ensemble des signataires. Il s'assure du respect des orientations de la charte et valide ses évolutions éventuelles.

L'ARS réalise un bilan annuel de la politique partenariale régionale de déploiement des PSLA en Normandie et le présente au Comité.

Le Comité se réunit une fois par an.

Le secrétariat du Comité est assuré par l'ARS.

Le Comité de pilotage (COPIL)

Ce Comité, piloté par l'ARS, est en charge de la préparation des travaux soumis au Comité stratégique : suivi de la mise en œuvre de la politique PSLA, avis sur la carte des zones d'implantation prioritaires notamment

Il procède par ailleurs à la validation des projets sur propositions des instances techniques.

Il vise l'ensemble des concours financiers des partenaires, chaque financeur restant libre de sa décision.

Le COPIL est composé de l'ARS, des préfets, d'un élu de la Région Normandie, d'un élu de chaque Département, de l'URML et des référents des COD.

Le COPIL se réunit a minima une fois par an et autant que de besoin.

Le secrétariat du COPIL est assuré par l'ARS.

5.2 : Instances techniques

Le Comité Technique d'ingénierie (CTI)

Le CTI, piloté par l'ARS, a pour mission de gérer le fonds commun pour l'ingénierie de projet des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires. Il rend un avis technique sur les dossiers validés par les COD et accorde, si nécessaire, des subventions aux associations des professionnels de santé pour des missions d'ingénierie.

Le CTI est composé de l'ARS, de la Région Normandie, de l'URML et des signataires de la Charte qui souhaiteraient participer au fonds commun d'ingénierie.

Le CTI se réunit a minima une fois par an et autant que de besoin.

Le secrétariat du CTI est assuré par l'ARS.

Les Comités Opérationnels Départementaux (COD)

Les COD ont pour mission d'évaluer et d'instruire les demandes de projets de PSLA et de l'ensemble des structures pluridisciplinaires d'exercice coordonné et regroupé déposés par les professionnels de santé ou les collectivités des territoires concernés. Ils ont également pour mission de valider les projets de santé des équipes pluridisciplinaires souhaitant émarger à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Les COD sont animés par les Présidents des Conseils de l'Ordre des médecins dans les départements de la Manche et de l'Orne, par le Président de l'URML dans le département du Calvados et par les délégués départementaux de l'ARS dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime.

Ils sont composés de l'ARS, de la Région Normandie, des Conseils Départementaux, des préfets ou leurs représentants, des URPS, de la DCGDR et de l'URIOPSS.

Les COD ont la possibilité de coopter des experts dans la mesure où les dossiers le nécessitent.

Les COD se réunissent à minima une fois par an et autant que de besoin.

L'organisation, l'animation et le secrétariat du COD est assuré par l'URML dans le Calvados.

L'organisation, l'animation et le secrétariat des COD est assuré par l'ARS dans les autres départements.

Le Comité de Suivi Territorialisé

Le CST a pour mission de réunir **les professionnels de santé** qui portent le projet de santé et **les élus des collectivités** qui portent le projet immobilier. Le binôme ainsi formé est garant du projet.

Le CST a la possibilité de faire appel au COD du département concerné à tout moment du la vie du projet de regroupement des professionnels de santé.

Article 6 : Stratégie de communication

Les partenaires s'engagent à mettre en œuvre une politique de communication commune permettant une meilleure visibilité et lisibilité de la politique PSLA et d'assurer la promotion des différents dispositifs d'accompagnement et de financement.

Cette stratégie de communication s'incarnera notamment à travers une page dédiée sur le site PAPS (Cf. : article 2.3) et l'élaboration d'outils de communication sur le parcours type d'un projet de regroupement ainsi que sur le rôle des instances.

Article 7 : Evaluation et suivi de la politique PSLA

L'évaluation permet de mesurer l'atteinte des objectifs fixés initialement et l'impact des actions sur la santé des populations au regard notamment des priorités de santé régionales décrites dans le PRS.

Suivi et évaluation

Le suivi permet de vérifier si les actions prévues sont effectivement engagées et d'apprécier le degré de déploiement de celles-ci. Il concerne tout ce qui a été mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés : les acteurs et leurs structures, le partenariat, l'organisation...

L'évaluation permet de mesurer l'atteinte des objectifs fixés initialement et l'impact des actions sur la santé des populations au regard notamment des priorités de santé régionales décrites dans le PRS.

Les outils développés par la FENOR permettent une auto-évaluation des PSLA et donc une évolution positive des modes d'exercices professionnels de santé regroupés au sein de ces structures.

Calendrier

La politique partenariale régionale fait l'objet d'un suivi, a minima, annuel.
Elle a vocation à être évaluée à échéance de la présente Charte en 2020.

Article 8 : Durée et conditions de dénonciation

La présente Charte est conclue pour une durée de 3 années à compter de la date de signature par l'ensemble des parties.

Les partenaires ont la faculté de dénoncer pour leur propre institution la Charte. Cette dénonciation est envoyée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'ARS.

A Caen, le ../../2017

Madame la Préfète
de la Région Normandie et
de Seine-Maritime

Madame la Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé
Normandie

Monsieur le Président
de la Région Normandie

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Médecins Libéraux
De Normandie

Monsieur le Préfet
du Calvados

Monsieur le Préfet
de l'Eure

Monsieur le Préfet
de la Manche

Madame le Préfet
de l'Orne

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
du Calvados

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Eure

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de la Manche

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Orne

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
De Seine-Maritime

Monsieur le Doyen
de la Faculté de médecine
de Caen

Monsieur le Doyen
de la Faculté de médecine
de Rouen

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Médecins
de Basse-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Médecins
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
du Calvados

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
de l'Eure

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
de la Manche

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
de l'Orne

Monsieur le Président
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Médecins
de Seine-Maritime

Monsieur le Directeur
de la Coordination de la Gestion du
Risque de Normandie

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Pharmaciens

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Infirmiers

Madame la Présidente
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé Sages-
femmes

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Pédicures-Podologues

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Masseurs-kinésithérapeutes

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Biologistes

Monsieur le Président
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Chirurgiens-dentistes

Madame la Présidente
de l'Union Régionale
des Professionnels de Santé
Orthophonistes

Madame la Présidente
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Sages-femmes
du Calvados

Madame la Présidente
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Sages-femmes
de l'Eure

Madame la Présidente
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Sages-femmes
de la Manche

Madame la Présidente
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Sages-femmes
de l'Orne

Madame la Présidente
du Conseil Départemental
de l'Ordre des Sages-femmes
de Seine-Maritime

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Infirmiers
de Basse-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Infirmiers
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
de la Fédération des pôles, maisons
de santé
et regroupements
pluriprofessionnels
de NORmandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Chirurgiens-dentistes
de Basse-Normandie

Madame la Présidente
du Conseil Régional de l'Ordre des
Chirurgiens-dentistes
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Pharmaciens
de Basse-Normandie

Madame la Présidente
du Conseil Régional de l'Ordre des
Pharmaciens
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Pédicures-Podologues
de Basse-Normandie

Madame la Présidente
du Conseil Régional de l'Ordre des
Pédicures-Podologues
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
du Conseil Régional de l'Ordre des
Masseurs-Kinésithérapeutes
de Basse-Normandie

Madame la Présidente
du Conseil Régional de l'Ordre des
Masseurs-Kinésithérapeutes
de Haute-Normandie

Monsieur le Président
de l'Union Régionale Interfédérale
des Organismes Privés Sanitaires
Sociaux et médico-sociaux de Basse-
Normandie

Madame laPrésidente
de l'Union Régionale Interfédérale
des Organismes Privés Sanitaires
Sociaux et médico-sociaux de
Haute-Normandie

Monsieur le Président
de France Assos Santé Normandie

Liste des annexes :

- N°1 : *glossaire*
- N°2: *tableau de synthèse ESP-CPTS / PTA*

ANNEXE N°1

GLOSSAIRE

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

COD : Comité Opérationnel Départemental

COFIL : COmité de PILotage

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CTI : Comité Technique d'Ingénierie

CST : Comité de Suivi Territorialisé

DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion du Risque

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESP : Equipe de Soins Primaires

FENOR : FEdération des PSLA, maisons de santé et regroupements pluri-professionnels de NORmandie

Loi NOTRe : Nouvelle Organisation Territoriale de la République

MSP : Maison de Santé Pluri-disciplinaires

PAPS : Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

PTA : Plate-forme Territoriale d'Appui

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRS : Schéma Régional de Santé

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires, Sociaux et médico-sociaux

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

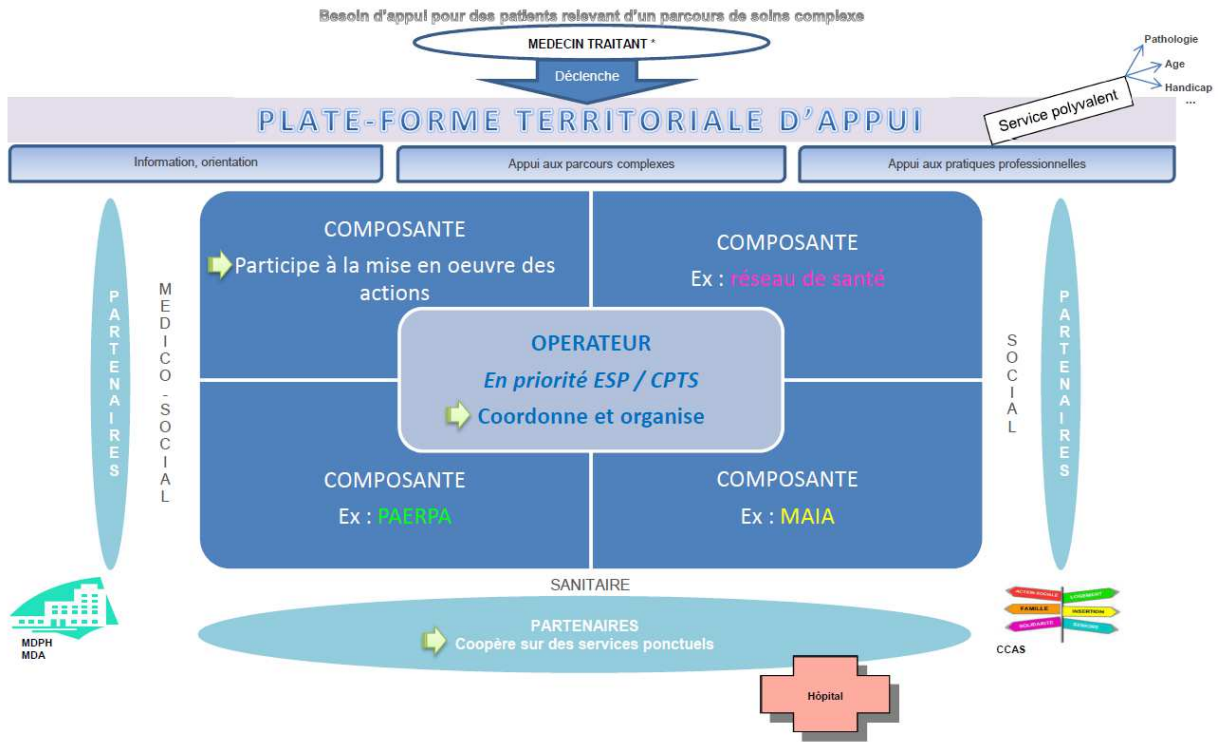
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ANNEXE N°2

SYNTHESE DES DISPOSITIFS ESP-CPTS / PTA

	Equipe de soins primaires	Communautés professionnelles territoriales de santé
Références réglementaires (code de la santé publique)	L.1411-11-1	L.1434-12
Composition	Professionnels de ville (1er et 2e recours) dont, a minima, un médecin généraliste	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social)
Forme juridique	Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou toute autre forme d'organisation	Toute forme d'organisation
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels visée par le projet de l'équipe	Correspond à celui de la population visée par le projet de la communauté
Objet	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire	
Projet de santé	Obligatoire Fixe les modalités de coordination et les actions projetées Pour les maisons et centres, leur projet de santé vaut projet pour leurs membres	Obligatoire Fixe le territoire, les modalités de coordination et les actions projetées par la communauté
Contractualisation	Contrat territorial de santé entre l'ESP ou la CPTS et l'ARS et toute autre partie prenante Fixe les engagements réciproques des acteurs	



* : ou un médecin en lien avec le médecin traitant