

# CHARTRE PARTENARIALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS AMBULATOIRES EN NORMANDIE

---

[ OCTOBRE 2021 ]

# PRÉAMBULE

---

## CONTEXTE ÉLABORATION DE LA CHARTE

La Normandie est confrontée à une situation défavorable du point de vue de la démographie médicale, qui continue à se dégrader malgré des politiques volontaristes en la matière. Ainsi, avec 2318 médecins généralistes libéraux installés dans la région en décembre 2019, on peut estimer que trois quarts de la population normande environ réside dans une zone concernée par des difficultés d'accès aux soins.

Depuis la fin des années 2000, les acteurs normands partagent la conviction qu'une stratégie régionale et coordonnée, associant l'ensemble des acteurs publics comme des représentants des professionnels de santé et des représentants des usagers et des patients, est l'une des clés permettant de faire émerger, accompagner et soutenir des initiatives qui répondent, dans la durée, aux besoins des soignants, des usagers et patients et des territoires. Cette stratégie s'incarne dans une charte partenariale définie et cadrée au niveau régional, qui se décline ensuite de manière opérationnelle dans les départements. Cette initiative, initialement portée par l'URML, a trouvé l'adhésion d'un nombre croissant de partenaires, aujourd'hui signataires de la charte.

La présente charte constitue la 3ème version de la politique régionale en la matière. Elle résulte de douze années de travail partenarial des acteurs normands pour une stratégie régionale cohérente en matière de soutien à des initiatives de qualité favorables au renforcement pérenne de l'accès aux soins de la population normande.

L'intérêt et la qualité de la politique menée depuis 2008 ont été confortés par les évaluations menées. Cette troisième génération de charte marque un tournant dans la stratégie portée par les partenaires en inscrivant l'action régionale dans une approche plus globale permettant d'inclure l'ensemble des initiatives en mesure de répondre aux besoins des professionnels de santé, des usagers et patients et des territoires. Ainsi, les deux premières générations de charte avaient fortement mis l'accent sur le soutien aux Pôles Libéraux de Santé Ambulatoire (PSLA). Tout en continuant à promouvoir cette forme d'exercice coordonné, cette troisième génération souhaite également favoriser toutes les initiatives pertinentes qui permettront de faciliter l'accès aux soins et le développement équilibré des territoires. Cette refonte doit permettre de proposer un cadre d'intervention global et cohérent pour l'ensemble du territoire normand, au service de la santé des usagers et des patients. Concrètement, elle ouvre la voie à l'intégration dans la politique régionale du soutien à d'autres solutions, comme les CPTS, les projets de télémedecine, les autres formes d'exercice coordonné ou tout autre projet relevant des initiatives portées par les professionnels de santé comme une réponse aux besoins de leur territoire.

Enfin, la nouvelle charte a vocation à conforter la vision stratégique régionale, tout en approfondissant la dimension territoriale de la politique menée, dans un cadre commun permettant des règles de fonctionnement homogènes entre les départements et assurant la qualité des projets accompagnés sur l'ensemble du territoire, au service d'une réponse de proximité aux besoins et aux parcours de santé des usagers et patients.

Le 28 janvier 2021, les partenaires se sont prononcés en faveur de l'établissement d'une nouvelle charte régionale pour l'accès aux soins pour la période 2021 – 2025.

## OBJECTIFS POURSUIVIS

La charte régionale vise à coordonner l'ensemble des interventions des acteurs publics et des initiatives des professionnels favorables au renforcement de l'accès aux soins. Cette recherche d'interventions coordonnées s'incarne dans la définition d'un projet cohérent et structurant, dans le partage d'informations sur les actions menées par chacun au titre de ses politiques propres et par une décision concertée sur les projets donnant lieu à un soutien, que celui-ci soit méthodologique ou financier.

Par ailleurs, les partenaires prennent acte de la prégnance des enjeux d'accès aux soins dans la région et de l'absence de solution unique pour y répondre. Dans ces conditions, ils reconnaissent la forte capacité d'innovation des professionnels de santé eux-mêmes et ne souhaitent pas délimiter a priori les dispositifs et les solutions pouvant donner lieu à un soutien. Dès lors, la discussion collégiale menée dans le cadre de la charte a vocation à porter sur différents types de projets, sous réserve qu'ils répondent à

des besoins territoriaux et s'inscrivent dans les critères de qualité définis collectivement. Ces projets pourront être : des PSLA, d'autres formes d'exercice coordonné, des CPTS, des projets de télémédecine ou d'autres projets ad hoc en faveur de l'accès aux soins. La discussion sur ces différentes initiatives ne présage pas de l'obtention d'un soutien financier.

Ce travail ne constitue pas une fin en soi et la finalité doit rester de trouver les solutions les plus pertinentes pour apporter des réponses cohérentes et de qualité aux besoins des usagers et des patients.

## MISSIONS À MENER

Au regard de ces objectifs, les signataires de la charte s'engagent à décliner de manière coordonnée et concertée les politiques nationales et régionales et plus particulièrement les missions suivantes :

- Établir et mettre à jour un diagnostic territorial commun ;
- Définir une feuille de route régionale et décliner des plans d'action opérationnels départementaux (territoires d'intervention prioritaires, suivi des projets ayant reçu un avis favorable...);
- Centraliser l'information sur les différentes initiatives et actions menées dans les territoires ;
- Impulser, soutenir et accompagner l'émergence, la mise en œuvre et le suivi des projets ;
- Émettre un avis sur la qualité des projets et des actions menées.

Ces 5 missions permettent d'incarner les trois rôles confiés à la charte régionale : un rôle de chef de file (elle donne le cadre et les orientations), un rôle d'animateur (elle fait vivre la dynamique aux différentes échelles) et un rôle de guichet unique (elle centralise et coordonne l'information et la prise de décision).

## **ARTICLE 1 : OBJET DE LA CHARTE**

---

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

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 information réciproque et une cohérence de l'action. Cette information réciproque est assurée dans les conditions définies à l'Article 3 : Instances de la charte ci-après.

## **ARTICLE 2 : OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DE LA CHARTE**

---

### MISSION 1 : Etablir et mettre à jour un diagnostic territorial commun de l'accès aux soins de premier recours dans les territoires

Le diagnostic commun s'appuie sur les cartographies régionales pouvant être pondérées par des indicateurs régionaux.

Les cartographies régionales reposent sur les zonages conventionnels des professionnels de santé.

Les indicateurs régionaux sont établis à l'échelle des territoires de vie santé :

- Accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes de moins de 60 ans
- Part de la population sans médecin traitant
- Délai moyen d'accès à une consultation
- Densité d'infirmiers libéraux

- Indice de défavorisation
- Indice d'inégalités infra-territoriales

Des indicateurs spécifiques sont mobilisés pour traduire la situation spécifique des zones urbaines.

Les indicateurs sont mis à jour annuellement, le cas échéant par un opérateur extérieur (observatoire régional de santé par exemple), sur la base des données transmises par l'ordre des médecins, l'ARS ou l'Assurance Maladie. Le diagnostic est validé par les partenaires à l'occasion d'une réunion du comité stratégique régional. Des compléments à la cartographie peuvent être demandés par les comités opérationnels départementaux dans la mesure où ils permettent de mieux objectiver une situation locale.

Le diagnostic a vocation à alimenter et objectiver la discussion des partenaires de la charte sur l'opportunité territoriale des projets proposés. Il ne constitue donc pas un critère unique et ne vaut pas décision automatique sur le soutien dont peuvent bénéficier les projets.

## MISSION 2: Définir une feuille de route régionale et décliner des plans d'action opérationnels départementaux

### *Feuille de route régionale*

Sur la base du diagnostic régional, et des orientations proposées par le Bureau du comité stratégique régional, les signataires définissent collégalement les priorités d'intervention pour la région. Cette stratégie décline les différentes missions à développer dans le cadre du travail partenarial pour l'année à venir, ainsi que les territoires jugés prioritaires pour les différentes missions. La feuille de route constitue un cadre de structuration de l'action à destination des partenaires et ne constitue pas un outil contraignant.

Elle permet de définir collégalement :

- Pour la stratégie régionale d'accès aux soins : les actions structurantes à mettre en place collectivement ou individuellement par chaque signataire ;
- Pour chaque mission de la charte : les objectifs pour l'année, les principales actions à mener et les acteurs impliqués ;
- Pour chaque département : les zones prioritaires qui doivent animer la discussion et les travaux des comités opérationnels départementaux.

La feuille de route fait l'objet d'un suivi et d'une discussion chaque année par le comité stratégique régional.

### *Plans d'actions départementaux*

Le plan d'action départemental permet de décliner de manière opérationnelle la feuille de route régionale. Il s'appuie sur la connaissance qu'ont les acteurs :

- des contextes locaux
  - pour préciser le diagnostic (risques ou fragilités non objectivés par le diagnostic régional)
  - pour identifier les opportunités à saisir (initiatives émergentes)
- des actions menées localement
  - à travers les politiques spécifiques de chaque partenaire
  - à travers les relations interpersonnelles avec les porteurs de projets engagés ou potentiels

Le plan d'action précise également la répartition des revues de territoires pour les différentes réunions de l'année. Les territoires incluent dans la feuille de route régionale font l'objet d'un examen en priorité.

### MISSION 3 : Centraliser l'information sur les différentes initiatives et actions menées dans les territoires

La charte organise, au niveau de chaque territoire, le partage d'information entre tous les partenaires de la charte. Ce partage d'information porte sur les projets en cours [qui ont fait ou non l'objet d'un accompagnement (en méthodologie et/ou en ingénierie)], les dynamiques des territoires, les initiatives locales en direction des professionnels de santé, les échanges et les décisions prises dans le cadre des autres instances de la charte.

Le partage d'information est assuré d'un point de vue pratique :

- par des revues systématiques des projets en cours, en lien avec le comité technique d'instruction ;
- par une revue des territoires ;
- ainsi que par des points d'information réguliers sur les politiques et les actions menées en propre par chacun des signataires.

Ce partage d'information s'organise dans le cadre des comités opérationnels départementaux.

#### ***Revue des projets***

La revue des projets est assurée dans les instances départementales, de manière à passer en revue systématiquement les projets en cours dans le département (projets en émergence ou en cours d'instruction).

A cette occasion, le comité technique d'instruction informe le comité opérationnel départemental de toutes les demandes reçues depuis la dernière réunion du comité opérationnel, ainsi que des suites données et de la motivation des décisions prises.

Le comité opérationnel départemental peut inviter les porteurs de projets à lui présenter leurs projets. Il appartient au Président du comité opérationnel départemental de définir l'opportunité d'inviter les porteurs à venir présenter leurs projets émergents ou en cours d'instruction.

S'il le juge utile, le comité opérationnel départemental demande au comité technique d'instruction un nouvel examen de la demande d'accompagnement présentée. Cette demande devra être motivée et accompagnée de pièce(s) complémentaire(s) permettant au comité technique d'instruction d'examiner de nouveau cette demande.

Les projets ayant été soutenus dans le cadre de la charte et installés font également l'objet d'une revue régulière, à l'occasion des revues de territoire (cf. infra) ou plus souvent si les partenaires le jugent nécessaire (notamment en cas de difficultés pour le maintien du projet). Elle donne l'occasion à chaque partenaire de partager sa connaissance vis-à-vis du projet, les risques identifiés pour sa pérennisation, ou les autres difficultés le cas échéant. Elle permet aux partenaires d'identifier des solutions pour accompagner au mieux les acteurs du projet.

#### ***Revue des territoires***

Chaque réunion de l'instance départementale prévoit un temps dédié à la revue des territoires. Le territoire s'entend ici comme le « territoire de vie – santé » qui constitue l'échelle privilégiée de discussion et de réflexion dans le cadre de la charte.

La revue des territoires permet à chacun d'exprimer sa connaissance de la dynamique du territoire (ex : risques de départ de professionnels de santé, projets d'installation, initiatives émergentes, indicateur de santé, autre...). La discussion permet d'identifier si des opportunités sont à saisir ou à stimuler pour ce territoire au regard des enjeux pointés collectivement sur l'accès aux soins et de définir la répartition des rôles pour favoriser leur aboutissement.

La revue des territoires permet en outre de partager spécifiquement pour les territoires de vie santé les indicateurs de diagnostic, en identifiant les risques de fragilité actuels et à venir, en particulier au regard des indicateurs prédictifs.

Les partenaires s'assureront que chaque territoire est inscrit à l'ordre du jour du comité opérationnel départemental au moins une fois par an, et plus souvent s'ils le jugent utile et pertinent. Par ailleurs, les EPCI des territoires concernés sont associés à la réunion durant laquelle leur territoire est évoqué.

### ***Partage d'information sur les actions des partenaires au titre de politiques menées sur le périmètre de la charte***

Les signataires de la charte font connaître à l'ensemble des partenaires les actions et les engagements pris au titre de leur politique propre sur les sujets croisant le périmètre de la charte. Ce partage d'information est assuré à l'occasion des différentes instances et peut à ce titre faire l'objet d'un point d'ordre du jour spécifique.

## **MISSION 4 : Impulser, soutenir et accompagner l'émergence, la mise en œuvre et le suivi des projets**

### ***Impulsion***

Le diagnostic territorial (cartographie), la feuille de route régionale et la revue des territoires visent à identifier les territoires les plus fragiles dans lesquels l'émergence de projets de renforcement de l'accès aux soins doit être encouragée. La revue des territoires doit permettre d'identifier les ressources dont dispose le territoire.

Le soutien à l'émergence de projets peut s'incarner dans l'encouragement à monter des projets de structures d'exercice coordonné, des projets de télémédecine, des projets de CPTS ou tout autre projet rencontrant l'adhésion et la motivation des professionnels de santé installés et répondant aux besoins des territoires. Des rencontres avec les professionnels de santé ou avec les élus peuvent être organisées pour faciliter l'identification des opportunités. Elles peuvent être menées par les membres du comité opérationnel départemental individuellement ou collectivement. Ces réunions se tiennent en binôme avec un membre du comité technique d'instruction.

### ***Soutien et accompagnement à l'émergence***

Les initiatives des professionnels peuvent faire l'objet d'un accompagnement, voire d'un soutien pour leur émergence. Ce soutien peut s'incarner par un accompagnement méthodologique direct, par un accompagnement à l'ingénierie et / ou par un financement.

Les conditions et les procédures d'accès à ce soutien sont définies à l'Article 4 : Moyens de la charte.

### ***Suivi***

A l'issue de la phase d'émergence, les projets des professionnels continuent à faire l'objet d'un suivi.

Les porteurs sont invités, s'ils le souhaitent ou si les partenaires l'estiment nécessaire, à présenter l'état de fonctionnement de leur projet, à une échéance régulière. A titre indicatif, les délais de rencontre avec les porteurs de projet pour assurer le suivi de leur projet et leur accompagnement pourraient être les suivants :

- PSLA et autres structures d'exercice coordonné : tous les 4 ans
- CPTS : tous les 5 ans
- Projets de télémédecine : tous les ans, puis tous les 2 ans après l'installation du projet en routine
- Projets ad hoc intégrés dans un projet de territoire : tous les 2 ans

En cas de difficulté, les professionnels inscrits dans le projet, peuvent également solliciter une rencontre avec les partenaires (individuellement ou collectivement) pour faire part de leurs éventuelles difficultés et identifier collectivement des pistes de travail pour les dépasser.

Ces temps de partage, déployés dans le cadre du comité opérationnel départemental, ont vocation à faire le point avec les professionnels sur la situation du territoire (du point de vue de la santé de la population, de la démographie médicale et soignante...), la manière dont le projet a évolué depuis son installation, les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent, les nouveaux projets envisagés et les éventuels besoins de soutien.

De leur côté, les partenaires présentent les autres initiatives existantes dans le territoire, les opportunités à saisir et les rapprochements possibles.

La discussion doit permettre d'identifier pour les professionnels comme pour les partenaires, d'éventuels nouveaux projets permettant de renforcer encore l'accès aux soins pour la population.

#### MISSION 5 : Emettre un avis sur la qualité des projets et des actions menées

La charte partenariale constitue l'espace permettant d'évaluer la qualité des projets et des actions menées dans la région en matière d'accès aux soins.

Tous les projets font l'objet d'un débat entre les partenaires de la charte pour aboutir à :

- Un avis d'opportunité sur le soutien méthodologique à apporter aux projets déposés : cet avis permet d'activer ou non un accompagnement méthodologique ou un accompagnement à l'ingénierie, selon le besoin pour le projet.
- Un avis sur les projets de santé formalisés : le projet de santé écrit par les professionnels, que ceux-ci aient bénéficié d'un accompagnement ou non, fait l'objet d'une discussion par le comité opérationnel départemental. Il est discuté à différents moments de son élaboration pour les projets accompagnés. L'ensemble des professionnels de santé sont systématiquement invités à venir présenter leur projet de santé afin qu'ils obtiennent un avis sur la qualité de leur projet.
- Une information et une discussion sur la qualité des projets qui ne sont pas soumis à la validation d'un projet de santé (en particulier les projets de centres de santé et d'équipes de soins primaires).

Les avis rendus dans le cadre des instances de la charte ne préjugent pas des décisions prises par les acteurs dans leurs champs de compétences propres, et notamment lorsque ces compétences portent sur le soutien financier à un projet.

## **ARTICLE 3 : INSTANCES DE LA CHARTE**

---

### COMITÉ STRATÉGIQUE RÉGIONAL

Le comité stratégique est la gouvernance politique régionale de la charte et guide donc l'action de toutes les autres instances. Il est co-présidé par le Préfet de Région et le Directeur général de l'ARS et composé de l'ensemble des signataires de la charte.

Il définit les orientations pour la feuille de route régionale et valide le diagnostic régional. L'ARS réalise un bilan annuel de la politique partenariale régionale, en lien avec les comités opérationnels départementaux et le présente au comité stratégique. Ce bilan alimente la discussion pour la mise à jour de la feuille de route chaque année pour les différents volets de la charte. Il inclut également une information sur les financements accordés aux différents projets soutenus dans le territoire. Le comité stratégique discute et valide les évolutions à apporter à la charte le cas échéant. La validation du diagnostic régional et de la feuille de route est assurée par un vote de chacun des membres.

Des membres invités peuvent être conviés à la réunion du comité stratégique, sur demande du bureau politique, pour alimenter les débats et la réflexion. Ils ne prennent pas part aux votes. Le comité

stratégique se réunit une fois par an. Il est préparé par un bureau politique composé de l'ARS, de l'URML, du Conseil régional et de l'Etat (SGAR).

Le secrétariat du comité stratégique est assuré par l'ARS Normandie.

### COMITÉ OPÉRATIONNEL DÉPARTEMENTAL

Le comité opérationnel départemental constitue l'instance de discussion opérationnelle et de proximité. Il est composé de l'ensemble des représentants des signataires de la charte, au titre de leur représentation départementale. Les organisations ne disposant pas d'une représentation départementale désignent les personnes siégeant au nom de leur institution dans les 5 instances départementales.

Les organisations siégeant au comité opérationnel départemental désignent nommément le participant ainsi que son suppléant le cas échéant.

Le président du conseil territorial de santé, ou son représentant, est invité aux réunions du comité opérationnel départemental.

Le comité opérationnel départemental définit le plan d'action opérationnel pour l'année à venir, assure la revue des projets et des territoires, donne un avis sur les projets de santé, discute des plans de financements des projets validés et centralise les informations sur l'ensemble des politiques et des actions menées dans le département au titre de l'accès aux soins.

Le comité opérationnel départemental se réunit au moins une fois par trimestre et plus souvent en cas de besoin. Une réunion se tient dans le mois précédent le comité stratégique pour préparer la réunion.

Les décisions sont prises à la majorité, après un vote auprès de l'ensemble des présents ou représentés.

Le secrétariat du comité opérationnel départemental peut être assuré par l'ARS ou l'URML. Il revient au Président du comité opérationnel départemental de définir lors de la première séance, qui de l'ARS ou de l'URML, assurera le secrétariat.

Le comité opérationnel départemental est amené à :

- Construire et valider le plan d'action départemental ;
- Travailler sur le diagnostic territorial
- Donner un avis (favorable, réservé ou défavorable) sur les projets de santé présentés par les professionnels de santé, que ceux-ci aient fait l'objet d'un accompagnement ou non durant la phase d'émergence ;
- Donner un avis (favorable, réservé ou défavorable) sur les projets territoriaux de télémédecine et les projets territoriaux ad hoc présentés par les professionnels de santé ;
- S'informer et discuter de la revue de projets ;
- S'il le souhaite, recevoir les porteurs de projet, quel que soit le niveau de maturité du projet concerné ;
- Discuter de la revue de territoire et construire un plan d'actions le cas échéant ;
- Donner un avis (favorable, réservé ou défavorable) sur l'opportunité d'un financement immobilier ou d'un investissement non immobilier. Cet avis n'est pas contraignant ;
- Discuter du projet financier sur le plan des investissements immobiliers ou non immobiliers qui ont obtenu un avis favorable.

Les EPCI et/ou les communes (selon les compétences) concernés par les projets et les territoires sur lesquels portent la discussion peuvent être conviés aux réunions du comité opérationnel départemental, et en particulier dans le cadre de la revue des territoires, la revue des projets et la discussion sur les plans de financement des projets de leur territoire. Ils ne prennent pas part aux votes.

Le Président du comité opérationnel départemental peut inviter toute personne ou structure pour accompagner la réflexion et la décision sur les projets. Les membres invités prennent part à la discussion, mais ne prennent pas part au vote.

La discussion sur le plan financier ne se substitue pas à la validation du budget individuel par chacune des organisations concernées dans son processus de décision propre.

### COMITÉ TECHNIQUE D'INSTRUCTION

Le comité technique d'instruction constitue l'instance d'analyse des projets et de prise de décision sur l'attribution d'un soutien méthodologique pour l'accompagnement ou l'ingénierie des projets déposés.

Il est composé de l'ARS, de l'URML, du Conseil régional et de la DCGDR.

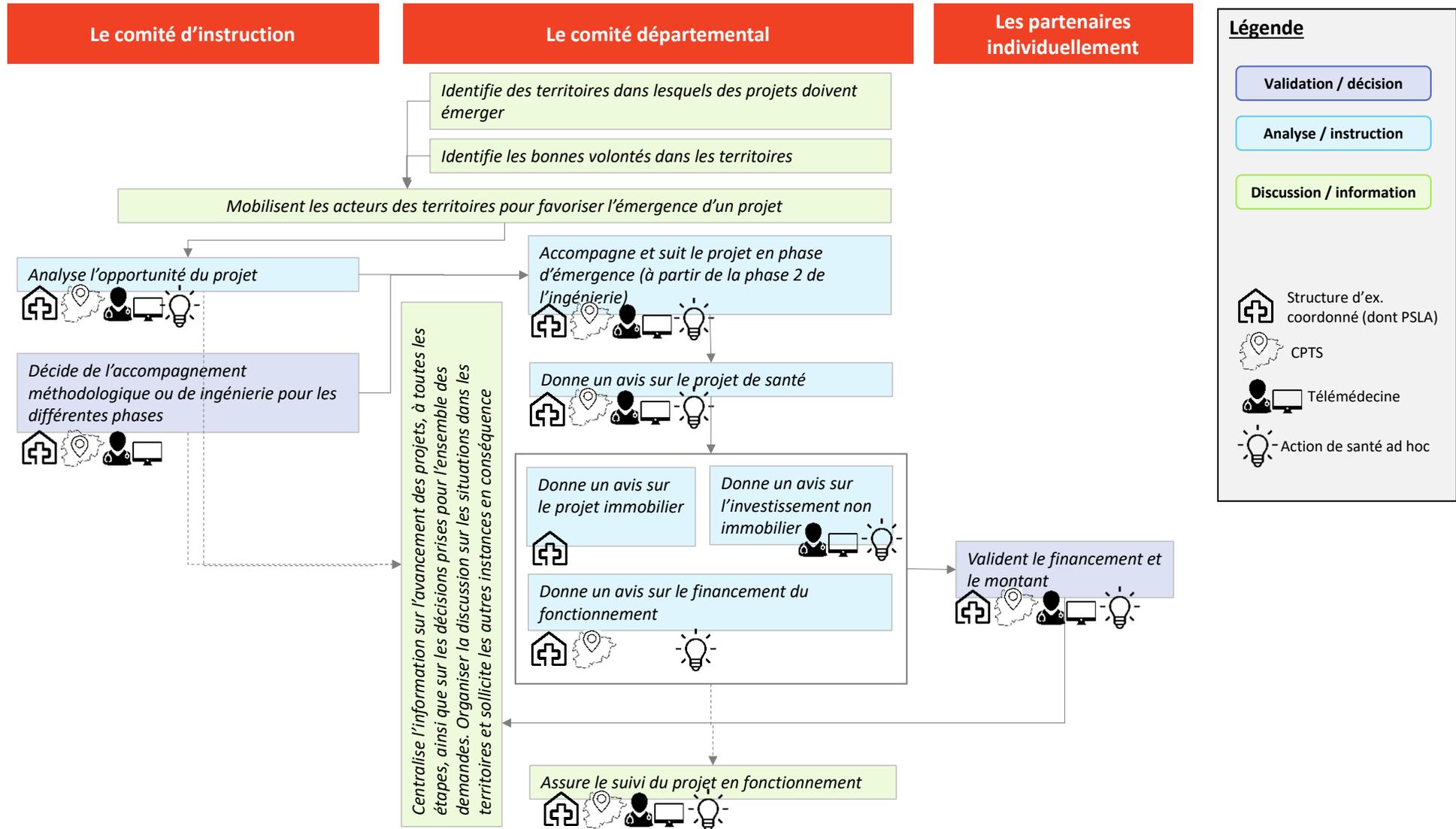
Le comité technique d'instruction se réunit mensuellement ou plus souvent en fonction des besoins.

Les décisions prises collégialement par les membres du comité technique d'instruction font l'objet d'une information systématique au comité opérationnel départemental concerné, à l'occasion de la réunion suivante ou par information écrite.

Le secrétariat du comité technique d'instruction est assuré par l'ARS Normandie.

## PROCESSUS DE DECISION VIS-A-VIS DES PROJETS

Le processus d'identification, d'accompagnement et de décision sur les projets est structuré, tel que schématisé dans le graphique ci-après. Le schéma n'inclut pas les autres missions portées par les instances, telles qu'elles sont définies par l'Erreur ! Source du renvoi introuvable.



## ARTICLE 4 : MOYENS DE LA CHARTE

---

Les projets proposés par les professionnels de santé font l'objet d'une étude d'opportunité qui permet de valider ou non l'apport d'un soutien méthodologique. Celui-ci peut prendre la forme d'un accompagnement méthodologique ou du financement de l'ingénierie de projet. Ce soutien intervient en complémentarité des appuis proposés par les partenaires au titre de leurs compétences propres.

Les projets de santé et projets ayant reçu un avis favorable font l'objet d'une instruction portant sur l'attribution d'un financement d'investissement (immobilier ou non immobilier). Cette instruction peut se dérouler en parallèle de l'avis favorable si le projet est accompagné en ingénierie par le comité technique. Les projets peuvent également faire l'objet d'un soutien au fonctionnement par le biais d'une subvention.

Les soutiens apportés aux projets dans le cadre de la charte sont gradués de manière à trouver l'équilibre entre la possibilité de soutenir un maximum d'initiatives pertinentes, la proportionnalité du soutien au regard de la complexité du projet et la priorisation des financements sur les projets répondant à un niveau de qualité suffisant.

Les différentes instances de la charte expriment un avis sur l'attribution de ces moyens aux projets proposés par les professionnels, selon leurs compétences respectives et en lien avec les processus déterminés à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Les avis rendus dans le cadre des instances de la charte ne préjugent pas des décisions prises par les acteurs dans leurs champs de compétences propres, et notamment lorsque ces compétences portent sur le soutien financier à un projet.

### ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE ET INGÉNIÉRIE

Les projets émergents dans les territoires peuvent faire l'objet d'un soutien à l'émergence et à la conception. Ce soutien est gradué et proportionné à l'état d'avancement de la réflexion des professionnels, à la complexité du projet et aux besoins des porteurs.

#### *Accompagnement méthodologique*

Dans les territoires pour lesquels un projet est identifié, l'accompagnement méthodologique doit permettre d'aider les professionnels de santé à structurer ou à renforcer la qualité de leur projet. Il s'adresse aux projets les plus simples, impliquant un nombre limité de professionnels, un groupe de professionnels déjà constitué et / ou un niveau de coordination de pratique limité dans sa complexité. Il permet d'apporter une réponse aux projets ne pouvant pas relever de l'accompagnement à l'ingénierie, pour lesquels l'opportunité d'une action dans le territoire est approuvée par les partenaires, mais la faisabilité d'un projet d'envergure territoriale n'est pas certifiée.

Dans ce cas de figure, l'accompagnement peut reposer, sans que cela soit exclusif, sur :

- La mise à disposition de documents pour aider à la structuration du projet, comme par exemple des guides méthodologiques, des exemples de projets déjà rédigés...
- Des rencontres avec les professionnels des territoires ayant exprimé un besoin de soutien pour identifier les besoins, les opportunités, les méthodes de travail...
- L'organisation de rencontres collectives et de capitalisation entre des professionnels engagés ou souhaitant s'engager dans des projets similaires...
- L'information et l'aide au choix et à l'appropriation des systèmes d'information, des projets de télémédecine ou autre outil ou procédure nécessaires à la mise en place d'un exercice coordonné (y compris aspects financiers ou juridiques)

L'accompagnement inclut également l'appui au rapprochement de structures d'exercice coordonné et / ou de CPTS constitués dans le territoire dans l'objectif d'une cohérence territoriale. Dans ce cadre, l'accompagnement vise à aider les équipes et les structures à constituer des actions et des parcours de soins qui pourraient être intégrés dans les projets de santé des structures d'exercice coordonné et des CPTS. Ce travail se fait en concertation étroite avec l'accompagnement spécifique proposé aux structures d'exercice coordonné et aux CPTS, en particulier en phase d'émergence.

L'accompagnement peut également être déployé pour les projets installés, quelle que soit leur forme, au sein desquels les professionnels rencontrent ou anticipent des difficultés : gestion / anticipation de départ, difficultés de recrutement, mise à jour du projet de santé...

Dans ce cadre, le comité opérationnel départemental remonte au groupe d'instruction les difficultés exprimées lors du comité opérationnel départemental.

Enfin, l'accompagnement peut inclure la mise en œuvre de démarches proactives dans les territoires prioritaires pour identifier les opportunités de mise en place de démarches en faveur du renforcement de l'accès aux soins, les besoins des professionnels et les actions qui pourraient être soutenues dans le territoire au service des usagers et des patients. Dans ce cas de figure, un accompagnement à la conception peut être apporté aux acteurs du territoire pour aider à faire émerger des solutions innovantes, pour accompagner la structuration d'un projet ou encore pour mobiliser des professionnels de santé autour d'actions de renforcement de l'accès aux soins. Cet accompagnement à l'émergence d'un projet peut conduire à un soutien à l'ingénierie pour les projets qui le nécessiteraient.

L'accompagnement méthodologique est proposé en région Normandie par l'URML, la FENOR, la FMPS, l'Assurance Maladie ou tout autre organisme financé à ce titre par l'ARS. Un cadre stratégique commun articule dans une démarche de complémentarité les missions de chaque organisation.

### *Ingénierie*

Le soutien à l'ingénierie des projets d'exercice coordonné s'adresse à des professionnels engagés dans un projet ayant une vocation territoriale et populationnelle, dont le niveau de complexité est important. L'ingénierie doit permettre d'accompagner les porteurs de projets tout au long de la maturation et de la construction de leur projet, pour :

- Identifier les enjeux de santé et d'accès aux soins pour le territoire ;
- Identifier et mobiliser un maximum de professionnels de santé autour d'un projet de santé pour le territoire ;
- Étudier la faisabilité du projet ;
- Accompagner les professionnels dans la définition de leurs priorités et du projet de santé ;
- Structurer et aider à la rédaction du projet de santé ou du projet de territoire en tant que tel ;
- Apporter une assistance juridique aux projets dont le projet de santé est validé ;
- Apporter une expertise relative aux systèmes d'information.

Le soutien à l'ingénierie est proposé en trois étapes (faisabilité, rédaction du projet de santé et apports juridiques et relatifs aux systèmes d'information) et l'activation d'une nouvelle étape d'ingénierie est conditionnée à la finalisation réussie de l'étape précédente.

Le soutien à l'ingénierie est financé par un fonds commun d'ingénierie abondé annuellement par l'ARS, la Région Normandie et l'URML, qui 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.

## INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Les projets de santé ayant obtenu un avis favorable peuvent être éligibles à un financement du projet immobilier dans le cadre de la charte.

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.

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. Si la décision collégiale ne peut se substituer à la validation des instances décisionnaires de chaque partenaire, les financeurs s'engagent à suivre au maximum les recommandations apportées par les instances de la charte, que celles-ci soit favorables ou défavorables au projet.

## INVESTISSEMENT NON IMMOBILIER

Les projets de santé ayant obtenu un avis favorable peuvent être éligibles à un financement pour couvrir les frais d'investissement non immobilier. Ces dépenses peuvent couvrir l'achat de matériel et l'équipement des structures porteuses du projet, incontournables à la réussite du projet.

L'analyse des dépenses est réalisée conjointement par l'ensemble des contributeurs possibles dans le cadre de l'instance départementale opérationnelle. La mise en place d'un fonds commun à l'ensemble des partenaires pourra être étudié dans le cadre de la mise en œuvre de la présente charte, et particulier pour mobiliser les financements d'autres partenaires.

## SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT

Les projets de santé ou projets ayant obtenu un avis favorable peuvent être éligibles à un financement pour couvrir les frais de fonctionnement du projet. Ces dépenses peuvent couvrir les frais liés, à l'émergence et à la structuration des actions de santé (en particulier pour les projets de PSLA et de CPTS dont l'ingénierie est en cours, et faisant l'objet de premières actions) ou encore à la mise en œuvre d'actions innovantes en faveur de l'accès aux soins.

Les temps médicaux et soignants couverts par les financements de l'Assurance maladie au titre du droit commun (accords conventionnels interprofessionnels notamment) ou des expérimentations sur les financements forfaitaires, ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'un financement.

L'analyse des dépenses et de la demande de subvention est réalisée conjointement par l'ensemble des contributeurs possibles à travers un fonds commun. A terme, la mise en place d'un appel à manifestation d'intérêt à destination des acteurs des territoires pourra être étudiée.

## **ARTICLE 5 : PARTENAIRES ET SIGNATAIRES**

---

Tous les signataires de la présente charte s'engagent à promouvoir la stratégie régionale d'accès aux soins. Ils s'efforcent de garantir la cohérence entre les principes et les orientations définis dans la charte et leur action propre.

- Le préfet 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'ensemble des démarches, notamment d'exercice coordonné et de télé-médecine afin d'encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé et pour une meilleure prise en charge des usagers et des patients.
- Les Conseils départementaux participent également à la concertation partenariale pour favoriser l'installation coordonnée des professionnels de santé et encourager l'installation de nouveaux professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des usagers et des patients.
- L'ARS 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'URML 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 et au suivi et à l'accompagnement des professionnels dans la durée.
- L'URML, les Conseils de l'Ordre, et l'ARS 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 URPS 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), les CPAM et l'ARCMSA qui instruisent avec l'ARS les dossiers des structures (CPTS, PSLA, MSP, centres de santé) qui souhaitent candidater à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) et partagent l'information dont elles disposent sur le fonctionnement des structures existantes.
- Les Facultés de Médecine de l'Université de Caen et de l'Université de Rouen s'engagent à apporter un regard sur la contribution des projets aux enjeux de formation des futurs professionnels de santé (médecins généralistes et autres spécialités et autres professionnels de santé), à apporter un soutien pédagogique aux actions visant à favoriser l'exercice dans les structures d'exercice coordonné, 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.
- 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.
- France Assos Santé Normandie s'engage à représenter les patients et les usagers du système de la santé dans le cadre de la Charte.

## **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 régionale et d'assurer la promotion des différents dispositifs d'accompagnement et de financement.

## **ARTICLE 7 : ÉVALUATION ET SUIVI DE LA CHARTE**

---

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... Le suivi est réalisé a minima annuellement, et fait l'objet d'une discussion à l'occasion d'une réunion du comité stratégique régional.

L'évaluation permet de mesurer l'atteinte des objectifs fixés initialement et l'impact des actions sur l'accès aux soins des populations. La charte a vocation à être évaluée à son échéance en 2025.

## **ARTICLE 8 : DURÉE ET CONDITION DE DÉNONCIATION**

---

La présente charte est conclue pour une durée de 4 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





# CHARTRE PARTENARIALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS AMBULATOIRES EN NORMANDIE

## ANNEXES

---

[ OCTOBRE 2021 ]

## Sommaire des annexes

- 1.1. Annexe 1: Grille d'analyse relatives à la nature des accompagnements possibles
- 1.2. Annexe 2: Règlement intérieur du comité opérationnel départemental (COD)
- 1.3. Annexe 3: Règlement intérieur du comité technique d'instruction (CTI)
- 1.4. Annexe 4: Règlement intérieur du comité stratégique (COSTRAT)
- 1.5. Annexe 5: Gestion du fonds d'ingénierie

## 1.1. Annexe 1 : Grilles d'analyse relatives à la nature des accompagnements possibles

### Grille n°1: Nature des accompagnements possibles par type de structure d'exercice coordonné

	Prérequis	Modalités d'accompagnement possibles	Modalités de validation
Equipes de soins primaires (ESP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le projet regroupe au moins un médecin généraliste et un paramédical</li> <li>- Si les professionnels ont un projet de santé commun</li> <li>- Si les professionnels ont des patients en commun</li> <li>- Si l'équipe est motivée</li> <li>- Si l'équipe a une réelle volonté de se coordonner</li> </ul>	<p><u>ARS et ses partenaires missionnés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien méthodologique possible</li> </ul> <p><u>L'Assurance Maladie:</u></p> <p>Soutien en fonction des dispositifs conventionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de santé doit être transmis à l'ARS par les professionnels de santé</li> <li>- Le projet est présenté en Comité Opérationnel Départemental (COD) pour avis</li> <li>- Si l'ensemble des attendus législatifs et réglementaires sont remplis et en fonction de l'avis rendu par le COD, l'ARS délivre le label « équipe de soins primaires »</li> </ul>
Maisons de santé pluri professionnelles (MSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le projet regroupe moins de 10 professionnels de santé dont 2 médecins généralistes et 1 paramédical</li> <li>- Si les professionnels ont un projet de santé commun orienté vers la prise en charge d'une patientèle</li> <li>- Si l'équipe est motivée</li> </ul>	<p><u>ARS et ses partenaires missionnés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien méthodologique possible</li> <li>- Soutien financier possible à l'élaboration du projet de santé (rédaction, indemnisation du temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de santé doit être transmis à l'ARS par les professionnels de santé</li> <li>- Le projet est présenté en Comité Opérationnel Départemental (COD) pour avis</li> <li>- Si l'ensemble des attendus législatifs et réglementaires sont réunis et en fonction de l'avis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'équipe a une réelle volonté de se coordonner</li> <li>- Si l'équipe a compris les finalités et les enjeux sur lesquels elle s'engage</li> </ul>	<p>consacré par les professionnels de santé, etc)</p> <p><u>L'Assurance Maladie :</u></p> <p>Soutien en fonction des dispositifs conventionnels.</p> <p><i>Remarque : Les professionnels de santé ne peuvent candidater à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qu'une fois que leur projet de santé est passé en Comité Opérationnel Départemental et qu'il a été validé par l'ARS.</i></p>	<p>rendu par le COD, l'ARS délivre le label « maison de santé pluriprofessionnelle »</p>
<p>Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le projet regroupe plus de 10 professionnels de santé dont 2 médecins généralistes et 1 paramédical</li> <li>- Si les professionnels ont un projet de santé commun orienté vers la prise en charge d'une population</li> <li>- Si l'équipe est motivée</li> </ul>	<p><u>ARS/URML/REGION :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien méthodologique ARS, Région, UMRL</li> <li>- Soutien à l'ingénierie complet (phase 1, phase 2, phase 3) à hauteur des devis présentés par les cabinets d'étude et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet de santé doit être transmis à l'ARS par les professionnels de santé</li> <li>- Le projet est présenté en Comité Opérationnel Départemental (COD) pour avis</li> <li>- Si l'ensemble des attendus législatifs et réglementaires sont réunis et en fonction de l'avis rendu par le COD, l'ARS délivre le</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'équipe à une réelle envie de se coordonner</li> <li>- Si l'équipe a compris les finalités et les enjeux sur lesquels elle s'engage</li> </ul>	<p>d'avocats avec lesquels un marché public est passé. Ce fond d'ingénierie est géré de manière commune avec l'ARS, la Région et l'URML.</p> <p><u>L'Assurance Maladie :</u></p> <p>Soutien en fonction des dispositifs conventionnels.</p> <p><i>Remarque: Les professionnels de santé ne peuvent candidater à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qu'une fois que leur projet de santé est passé en Comité Opérationnel Départemental et qu'il a été validé par l'ARS.</i></p>	<p>label « pôle de santé libéral et ambulatoire »</p>
<p>Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si les professionnels ont un projet de santé commun</li> <li>- Si l'équipe est motivée</li> <li>- Si l'équipe à une réelle envie de se coordonner</li> <li>- Si l'équipe a compris les finalités et les enjeux sur lesquels elle s'engage</li> </ul>	<p><u>ARS et ses partenaires missionnés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien méthodologique possible par l'ARS et les partenaires missionnés par l'ARS</li> <li>- Soutien à l'ingénierie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une lettre d'intention doit être présentée.</li> <li>- Le projet de santé doit être transmis à l'ARS par les professionnels de santé</li> <li>- Le projet est présenté en Comité Opérationnel Départemental (COD) pour avis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- S'il existe une dynamique entre les professionnelles de santé du territoire</li></ul>	<p><u>L'Assurance Maladie :</u></p> <p>Soutien en fonction des dispositifs conventionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si l'ensemble des attendus législatifs et réglementaires sont réunis et en fonction de l'avis rendu par le COD, l'ARS délivre le label « CPTS »</li></ul>
--	---	--	---

**Grille n°2 : Nature des accompagnements possibles pour un projet d'organisation de territoire, d'actions de santé ad hoc**

	Soutien méthodologique et financier	Fonctionnement (temps humain, coordination, ...)	Investissement non immobilier
Projets de télémédecine	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le projet nécessite une coordination lourde et complexe notamment avec des acteurs non libéraux (<i>soutien à la fonction coordination</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le projet s'inscrit dans une prise de responsabilité populationnelle</li> </ul>
Actions de santé ad hoc	NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur la base d'un appel à projets ou d'une analyse ad hoc</li> <li>- Si le projet prévoit un modèle économique pérenne à court terme</li> <li>- Puis si le projet prévoit un rapprochement vers une CPTS à moyen terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur la base d'un appel à projets ou d'une analyse ad hoc</li> <li>- Si le projet prévoit un modèle économique pérenne à moyen terme</li> </ul>

## 1.2. Annexe 2 : Règlement intérieur du comité opérationnel départemental (COD).

Il est convenu ce qui suit :

### ARTICLE 1 : OBJET

---

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité opérationnel départemental (COD).

L'adoption de ce règlement intérieur a lieu lors de la première réunion du comité opérationnel départemental, consécutive à l'adoption de la Charte partenariale d'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

### ARTICLE 2 : MISSION

---

Le comité opérationnel départemental est l'instance où les partenaires échangent sur la revue de territoire relative à l'organisation territoriale de l'offre de soins du premier recours.

Le comité opérationnel départemental formule un avis sur les projets de structuration en exercice coordonné ou les actions en santé had hoc.

Le comité opérationnel départemental rassemble les entités qui financent le volet immobilier des projets. Ces derniers expriment aux membres leur avis sur les projets d'investissement.

### ARTICLE 3 : COMPOSITION

---

#### **Présidence**

Le président du comité opérationnel départemental est désigné par les membres lors de la première réunion intervenant après la signature de la Charte partenariale d'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

Le président prend part au vote selon les modalités relatives aux membres ayant voix délibérative.

Le président est élu pour une durée de 1 an, renouvelable.

#### **Collège des membres ayant voix délibérative**

Le comité opérationnel départemental est composé des représentants de l'échelle départementale de l'ensemble des signataires de la charte. Dans le cas où l'organisation signataire ne dispose pas de représentant départemental, elle désigne librement la ou les personnes en charge de représenter l'organisation.

Chaque signataire détient 1 voix quelque-soit le nombre de représentant désigné.

#### **Collège des membres ayant voix consultative**

Le président du conseil territorial de santé (CTS) est invité aux réunions du comité opérationnel départemental.

Le président de la fédération des maisons et pôles de santé de Normandie (FMPS) est invité aux réunions du comité opérationnel départemental.

Les représentants des EPCI sont invités aux réunions du comité durant lesquelles est évoqué leur territoire.

Sur décision du président, peut être entendue toute personne extérieure dont l'avis est de nature à éclairer ces délibérations.

Les membres ayant voix consultatives sont invités par le président du COD. Ils ne prennent pas part au vote.

#### ARTICLE 4 : SECRETARIAT

---

Le président du comité opérationnel départemental désigne l'entité qui assurera le secrétariat lors de la première réunion intervenant après la signature de la Charte partenariale d'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

Le secrétariat est désigné pour une durée de 1 an, renouvelable.

Le secrétariat s'assure de l'application du règlement intérieur. En cas de révision, le règlement intérieur doit être approuvé par les membres.

Le secrétariat a pour mission l'organisation pratique, logistique et technique de l'instance. Ses missions comprennent notamment la préparation et l'envoi des convocations, des documents, la rédaction des compte-rendu des séances.

Le compte-rendu est établi à l'issue de chaque réunion des COD. Il est notifié par tous moyens (y compris courriel) à l'ensemble des membres. L'approbation du compte-rendu constitue le premier point à l'ordre du jour de la réunion suivante.

#### ARTICLE 5 : MODALITES DE VOTE

---

Les décisions du comité opérationnel départemental sont prises à l'issue d'une discussion collective dans laquelle chacun est invité à s'exprimer.

Le vote se fait par un tour de table durant lequel chaque membre de droit du COD indique s'il donne un :

- Avis favorable
- Avis réservé : les partenaires expriment des points de vigilance vis-à-vis du projet. Il pourra être validé si les porteurs apportent des réponses aux points de vigilance exprimés.
- Avis défavorable.

Le président s'assure que les décisions, les avis, ou toute autre production, sont prises à la majorité des voix des membres ayant voix délibératives.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé rendu.

En cas d'incompréhension flagrante sur le sens du vote ou en cas de besoin, le président peut, grâce à de nouveaux éléments et après accord de la moitié des membres présents, demander une nouvelle délibération.

---

### 1.3. Annexe 3 : Règlement intérieur du comité technique d'instruction (CTI).

Il est convenu ce qui suit :

#### ARTICLE 1 : OBJET

---

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité technique d'instruction (CTI) qui se réunit chaque mois.

#### ARTICLE 2 : MISSIONS

---

Le comité technique d'instruction a trois missions :

1) Il formule un avis sur les demandes d'accompagnement relevant de la Charte partenariale d'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

Dans ce cas, il peut émettre deux avis différents qu'ils notifient aux porteurs de projet pour les projets dépendant du fond d'ingénierie :

- Avis favorable : la demande est acceptée.
- Avis défavorable : la demande n'est pas acceptée.

2) Il formule un avis sur les devis relevant du fond commun d'ingénierie.

Dans ce cas, il peut émettre deux avis différents qu'ils notifient aux porteurs de projet pour les projets dépendant du fond d'ingénierie :

- Avis favorable : le devis est accepté.
- Avis défavorable : le devis n'est pas accepté.

3) Il émet un avis pour les projets permettant d'éclairer les financeurs (exemples : télémédecine, CPTS, centre de santé polyvalent...).

Dans ce cas, il peut émettre deux avis différents qu'ils notifient aux financeurs de projet pour les projets hors du cadre du fond d'ingénierie :

- Avis favorable pour un accompagnement.
- Avis défavorable pour un accompagnement. Les avis défavorables seront notifiés avec des éléments d'explication.

Le CTI est également l'instance de suivi du fonds commun d'ingénierie.

#### ARTICLE 3 : COMPOSITION

---

Le comité technique d'instruction est composé des représentants de l'URML, la Région, l'ARS et la DCGDR.

Chaque institution détient 1 voix quelque-soit le nombre de représentant désigné.

Le comité technique d'instruction peut entendre toute personne extérieure dont l'avis est de nature à éclairer ces délibérations. Celle-ci ne prend pas part aux votes.

#### ARTICLE 4 : SECRETARIAT

---

Le secrétariat du comité technique d'instruction est assuré par l'Agence Régionale de Santé.

Le secrétariat a pour mission l'organisation pratique, logistique et technique nécessaire à la tenue du comité technique d'instruction qui se réunit chaque mois.

L'ordre du jour doit être proposé par le secrétariat à J-7 jours. Il pourra être abondé par les partenaires et en fonction des demandes d'accompagnement et devis réceptionnés jusqu'au jour J.

Il rédige les notifications des avis pour les transmettre aux porteurs de projets.

Ses missions comprennent également la préparation et l'envoi des documents et la rédaction des comptes rendus des séances. Le compte-rendu est établi à l'issue de chaque réunion puis est notifié par tous moyens (y compris par courriel) aux membres.

L'approbation du compte-rendu constitue le premier point à l'ordre du jour de la réunion suivante.

#### ARTICLE 5 : MODALITES DE VOTE

---

Les décisions du comité technique d'instruction sont prises à l'issue d'un vote qui se tient suite à une discussion collective dans laquelle chacun est invité à s'exprimer.

Les décisions, les avis, ou toute autre production, sont prises à la majorité des voix des membres présents ayant droit de vote.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé rendu.

En cas d'incompréhension flagrante sur le sens du vote ou en cas de besoin, un membre peut par exception et après avis des membres présents, demander une nouvelle délibération.

Le vote se fait par un tour de table durant lequel chaque membre de droit du CTI indique s'il donne un :

- Avis favorable
- Avis défavorable.

Le comité technique d'instruction se réunissant mensuellement, il n'émet pas d'avis avec réserve, si des informations manquantes empêchent la prise de décision, le vote est repoussé à l'échéance suivante.

Les décisions prises sont communiquées aux présidents des comités opérationnels départementaux.

#### 1.4. Annexe 4: Règlement intérieur du comité stratégique (COSTRAT).

Il est convenu ce qui suit :

##### ARTICLE 1 : OBJET

---

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité stratégique (COSTRAT) qui se réunit une fois par an a minima et autant de fois que nécessaire.

##### ARTICLE 2 : MISSIONS

---

Le comité stratégique émet un avis sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation ainsi que la révision de la Charte partenariale pour l'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

Le comité stratégique émet un avis sur la révision annuelle de la convention relative à la mise en œuvre d'un fonds commun pour l'ingénierie de projets en exercice coordonné.

##### ARTICLE 3 : COMPOSITION

---

Le comité stratégique est co-présidé par le Préfet de Région et le Directeur général de l'ARS Normandie.

Il est composé de l'ensemble des signataires de la Charte partenariale pour l'accès aux soins ambulatoires en Normandie.

Chaque institution détient 1 voix quelque-soit le nombre de représentant désigné.

Le comité stratégique peut entendre toute personne extérieure dont l'avis est de nature à éclairer ces délibérations. Celle-ci ne prend pas part aux votes.

##### ARTICLE 4 : SECRETARIAT

---

Le secrétariat du comité technique d'instruction est assuré par l'Agence Régionale de Santé.

Le secrétariat a pour mission l'organisation pratique, logistique et technique nécessaire à la tenue du comité stratégique.

L'ordre du jour doit être proposé par le secrétariat à J-14 jours.

Ses missions comprennent également la préparation et l'envoi des documents et la rédaction des comptes rendus des séances. Le compte-rendu est établi à l'issue de chaque réunion puis est notifié par tous moyens (y compris par courriel) aux membres.

L'approbation du compte-rendu constitue le premier point à l'ordre du jour de la réunion suivante.

##### ARTICLE 5 : MODALITES DE VOTE

---

Les décisions du comité stratégique sont prises à l'issue d'un vote, à la majorité des voix des membres présents ayant droit de vote.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé rendu.

## 1.5. Annexe 5 : Gestion du fonds commun d'ingénierie

### ARTICLE 1 : OBJECTIF DU FONDS D'INGENIERIE

---

Le fond commun d'ingénierie sert à accompagner financièrement l'émergence des projets de santé des structures d'exercice coordonné sur les territoires identifiés comme « prioritaires »<sup>1</sup>Le fonds est géré par le comité technique d'instruction. Tout signataire de la charte stratégique régionale pour l'accès aux soins ambulatoires dans les territoires peut abonder ce fonds et être ainsi signataire de la convention de financement annuelle.

Le budget annuel du fonds fait l'objet chaque année d'une convention signée des membres financeurs (ARS, URML, Région). La répartition des fonds versés par chaque membres financeurs est fixé dans le cadre de la convention précitée.

### ARTICLE 2 : MODALITES DE MOBILISATION DU FONDS D'INGENIERIE :

---

Seul les projets de santé ayant eu un avis favorable au COD et ayant eu un avis favorable au CTI pour l'accompagnement peuvent bénéficier d'un accompagnement par conventionnement au titre du fond d'ingénierie.

Ce fond peut être mobilisé selon trois phases distinctes d'accompagnement de projet de santé de structure d'exercice coordonné :

- Pour les projets de maisons de santé pluri professionnelles: soit moins de 10 professionnels avec minimum 2 médecins et 1 professionnel paramédical travaillant sur un projet de santé commun orienté vers la prise en charge d'une patientèle
- Pour les projets de Pôles de Santé Libéraux Ambulatoire : soit plus de 10 professionnels avec minimum 2 médecins et 1 professionnel paramédical travaillant sur un projet de santé commun orienté vers la prise en charge d'une population
  - o Phase 1: étude de faisabilité/d'opportunité. Cette phase permet d'identifier l'opportunité de structuration autour d'un projet de santé, de fédérer d'autres professionnels intéressés par la démarche d'un exercice coordonné mais qui n'auraient pas été au courant en première intention, de réaliser un diagnostic de territoire et de le délimiter le champ d'intervention du PSLA
  - o Phase 2 : rédaction du projet de santé
  - o Phase 3 : accompagnement juridique pour la structuration en SISA. Cette phase permet la rédaction des statuts SISA, du règlement intérieur de la SISA.
- Pour les projets de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé: le COD donne son avis sur la lettre d'intention des professionnels pour la constitution de CPTS et le CTI valide l'accompagnement d'ingénierie, une enveloppe fixe d'amorçage est déléguée au futur porteurs pour accompagner la rédaction du projet de santé.

---

<sup>1</sup> Ces accompagnements sont mobilisables dans les zones identifiées dans le cadre du diagnostic commun.