

CHARTRE PARTENARIALE REGIONALE

SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

ET SUR LE DEPLOIEMENT DES POLES

DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES

EN BASSE-NORMANDIE

PREAMBULE

Partageant le souci commun de l'accès aux soins, l'U.R.M.L. (Union Régionale des Médecins Libéraux), l'U.R.C.A.M. (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et la Région Basse-Normandie ont élaboré dès l'année 2000 une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné.

En décembre 2005, devant la persistance de l'évolution défavorable de la démographie médicale, une nouvelle impulsion est donnée par la Région Basse-Normandie, l'U.R.C.A.M. et l'U.R.M.L. La Région Basse-Normandie avec ses deux partenaires organise un colloque régional, en présence du Professeur BERLAND, Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé comme grand témoin. Au terme de ce colloque, des critères de soutien du regroupement des professionnels de santé sont définis par les acteurs régionaux, mettant l'accent sur la nécessité d'un projet de santé.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de l'Orne, la D.D.A.S.S. (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) de l'Orne et l'U.R.M.L. animent un groupe de réflexion sur la démographie médicale ayant travaillé d'abord sur la permanence des soins puis sur le recours aux soins en dehors des horaires de permanence, en lien avec les acteurs ci-dessus. Le Conseil Général de l'Orne a adopté une délibération en faveur du financement de maisons médicales en secteur rural en avril 2003.

En 2002, conscient des difficultés à venir en termes d'offre de soins, et dans un souci d'aménagement équilibré de son territoire, le Conseil général de la Manche, en lien étroit, avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, a décidé d'intervenir pour favoriser et inciter l'exercice de la médecine en zone rurale. Il a tout d'abord souhaité soutenir le co-financement de maisons médicales pluridisciplinaires, dans des secteurs déficitaires, dont la maîtrise d'ouvrage est assurée par des collectivités locales. En 2004, en partenariat entre autres avec la C.P.A.M. (Caisse Primaire d'Assurance Malade) de la Manche, les Ordres départementaux des médecins, des chirurgiens-dentistes et régional des pharmaciens, la D.D.A.S.S., l'A.R.H. (Agence régionale de l'Hospitalisation) de Basse-Normandie et le syndicat mixte Manche numérique, le Conseil général s'est investi dans le projet de portail internet Manche-santé destiné aussi bien aux habitants qu'aux professionnels de santé. Enfin, en 2005, il a initié au niveau national avec la faculté de médecine de Caen et le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Manche le lancement d'un programme de cinq bourses annuelles destinés aux étudiants en médecine de l'Union européenne s'engageant à exercer dans des zones déficitaires.

En 2007, l'aggravation de la situation démographique médicale et ses conséquences sur l'offre de soins ambulatoires dans la Région Basse Normandie ont conduit l'U.R.M.L. à se mobiliser et à proposer, avec l'U.R.C.A.M. et la Région Basse-Normandie, un nouvel élan de cette politique régionale, auquel adhèrent les représentants de l'Etat et des collectivités territoriales.

VU :

La loi du 4 janvier 1993 relative aux Unions de Médecins exerçant à titre libéral prévoit dans son article 8 que les Unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles participent notamment aux actions suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux,
- organisation et régulation du système de santé
-

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique affirme la responsabilité de l'Etat dans le domaine des priorités de santé publique. Elle crée le groupement régional de santé publique, définit une politique de santé publique régionale sous la forme d'un plan régional de santé publique,

arrêté par le Préfet en Basse-Normandie en mars 2006. Les territoires de proximité sont une priorité affirmée de la politique de santé publique, comme en matière d'offre de soins. Les projets locaux ou territoriaux de santé publique sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie insiste, dans ses dispositions relatives à l'offre de soins, sur la nécessité de coordination des soins et sur la qualité des soins. Elle confie à la M.R.S. (Mission Régionale de Santé) la compétence pour déterminer les orientations relatives à l'évolution et à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du S.R.O.S. (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire).

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales accroît les compétences en matière de santé des collectivités locales. Elle prévoit l'association de représentants du Conseil Régional au fonctionnement de l'A.R.H. et instaure, de manière expérimentale, la possibilité pour les régions de participer, volontairement, au financement d'équipement sanitaire sur la base d'une convention conclue avec l'A.R.H. Elle renforce également le rôle des départements sur la coordination gérontologique.

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux prévoit des mesures d'aide financière.

Les lois n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoient des mesures d'incitation à l'installation et de nouvelles modalités de rémunération.

Compte tenu du diagnostic fait et des questions à traiter, conscients de la nécessité de faire converger l'ensemble des initiatives en les intégrant dans un projet cohérent et structurant, pour permettre l'efficacité des actions engagées, les parties signataires conviennent d'arrêter les objectifs et les actions partenariales ci-après :

OBJECTIFS :

Les signataires de cette charte partagent les objectifs suivants :

- Garantir l'accès aux soins de proximité pour la population bas-normande.
- Pallier les conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé en développant un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé.
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté.
- Participer à la réponse aux besoins de santé publique dans ses priorités tant nationales que régionales et locales.
- Contribuer à la politique d'aménagement du territoire et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée, si possible en cohérence avec les territoires de santé, définis dans le S.R.O.S.
- Valoriser l'action régionale et ses effets sur l'offre de soins de proximité.

Article 1 : Objet de la Charte

1. Coordination des actions

Les parties conviennent de coordonner leurs actions pour assurer une cohérence de la politique régionale.

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, afin de renforcer les actions et de faciliter les démarches des promoteurs.

3. Information régulière et réciproque

Les partenaires conviennent de porter toute initiative au préalable à la connaissance des autres signataires afin de garantir une cohérence de l'action.

Article 2 : Objectifs opérationnels

1. Etablir un diagnostic territorial commun

Dans ce cadre, seront définies les pistes d'organisation territoriale de l'offre de soins de proximité et il sera procédé à des mises jours périodiques du diagnostic territorial afin de définir les zones d'intervention.

2. Soutenir et accompagner les projets de pôles de santé libéraux et ambulatoires

Définition du pôle de santé libéral et ambulatoire

Le pôle de santé libéral et ambulatoire est une organisation cohérente dans un territoire géographique déterminé, bassin de vie :

- réalisant une unité fonctionnelle pouvant se décliner 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 ;
- pour assurer des soins de médecine de proximité en zone rurale, semi-rurale ou urbaine, de préférence au sein d'un territoire de santé défini par le S.R.O.S., avec possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé.

Cette organisation s'appuie sur les professionnels déjà en activité, ayant une bonne connaissance du territoire local. Le pôle de santé libéral et ambulatoire sera adapté aux situations locales (conditions d'accessibilité pour les patients, etc...). Sa taille dépendra donc du contexte local et des éléments du diagnostic territorial.

Un projet médical de proximité sera défini à la taille du « bassin de vie » mettant en avant les missions de la médecine ambulatoire au service de la population afin de répondre aux besoins de santé de proximité. Le préalable est de définir à cet échelon territorial les besoins de santé de la population, les objectifs et les moyens pour y répondre.

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 habituellement dans un pays ou un ensemble de communauté de communes.

Le pôle de santé libéral et ambulatoire 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 pôle de santé libéral et ambulatoire constitue un élément fort de la politique d'aménagement du territoire.

Objectifs opérationnels du pôle de santé libéral et ambulatoire :

- Assurer les soins et leur coordination (organisation des suivis, des consultations spécialisées, des consultations pluridisciplinaires) ;
 - Coordonner les prises en charge sanitaire et sociale ;
 - Etablir des partenariats avec les établissements et services médico-sociaux ;
 - Induire des décloisonnements entre les différents acteurs, notamment par le biais des réseaux de santé ;
 - Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant le transfert de compétences ;
 - Favoriser la mise en place de systèmes d'informations partagées ;
 - Alléger la charge administrative des professionnels de santé ;
 - Participer à la formation des futurs professionnels de santé ;
 - Faciliter la formation continue des professionnels ;
 - Agir pour la continuité des soins ;
 - S'intégrer potentiellement dans le dispositif départemental de la permanence des soins ;
 - 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, réseau GROG, etc...).
- 3. Favoriser l'installation des nouveaux médecins généralistes et des autres professionnels de santé dans le cadre défini par le Schéma d'Organisation Régional.**

Article 3 : Partenaires

- L'Etat s'engage à mobiliser l'ensemble de ses services sur la région (Préfectures, Sous préfetures, services déconcentrés) et facilitera la coordination de l'ensemble des partenaires concernés. Il s'engage également à mobiliser des crédits spécifiques et les programmes européens.
- L'Etat et la Région Basse-Normandie s'engagent à mobiliser les crédits du Contrat de Projet Etat/ Région.
- La Région Basse-Normandie s'engage à contribuer au financement des structures destinées à la mise en œuvre des projets de professionnels favorisant la coordination et la coopération pluridisciplinaire (pôles de santé). Pour bénéficier d'une subvention d'investissement, la maîtrise d'ouvrage devra être publique et devra avoir fait l'objet d'une ingénierie préalable.
- L'U.R.M.L., les Conseils de l'Ordre, l'Assurance Maladie et l'A.R.H. s'engagent à mobiliser leurs systèmes d'informations pour contribuer à l'élaboration du diagnostic territorial.
- Le partenariat Conseil Régional, U.R.M.L. et U.R.C.A.M. ayant pour but de permettre l'élaboration des projets de pôles de santé (Ingénierie) est conforté. Il s'inscrit dans la démarche partenariale concertée.
- L'U.R.M.L. et les Conseils de l'Ordre s'engagent à promouvoir les pôles de santé auprès des professionnels de santé libéraux et à leur apporter les conseils et l'expertise nécessaires à la réalisation de leurs projets.

- L'A.R.H. s'engage à favoriser la coopération entre les acteurs hospitaliers et la médecine de ville. Elle favorise l'implication des responsables des établissements de santé dans la réflexion territoriale conduite sur la structuration de l'offre de soins de proximité afin de veiller à une approche globale de la santé et d'optimiser l'articulation de l'offre ambulatoire et de l'offre hospitalière.
- La M.R.S. s'engage à favoriser le financement du réseau de santé de proximité ainsi que les projets des professionnels facilitant la coordination et la coopération pluridisciplinaire. Elle pourra s'appuyer sur le F.I.Q.C.S. (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) pour soutenir les projets.
- L'U.R.C.A.M. s'engage à apporter l'aide nécessaire en termes d'informations sur la démarche et les différents types d'aides disponibles auprès de l'Assurance Maladie. Elle s'engage à mobiliser le réseau des Caisses locales d'Assurance Maladie auprès desquelles tout professionnel de santé peut bénéficier d'études particulières et d'accompagnement pouvant favoriser sa démarche de recherche d'installation et met à disposition par internet divers outils d'information pour les nouveaux installés.
- Les Conseils Généraux participent à la concertation partenariale afin de déterminer leurs modalités d'interventions dans un souci de cohérence des dispositifs mis en œuvre.
- Les Conseils de l'Ordre veillent à la qualité des soins donnés aux malades participent à la concertation et transmettent les informations relatives au mouvement des professionnels de Santé dont ils disposent.
- U.R.B.A.N. (Union des Remplaçants de Basse-Normandie) s'engage à participer à la concertation et à relayer auprès de ses adhérents l'information relative aux actions partenariales mises en œuvre.
- La Faculté de Médecine (Université de Caen Basse-Normandie) s'engage à un soutien pédagogique très fort aux actions visant à favoriser l'exercice dans les pôles de santé libéraux et ambulatoires et à la promotion de l'exercice ambulatoire, notamment en milieu rural, à l'aulne des règles universitaires en vigueur.

Article 4 : Financement

Une convention financière déterminera les conditions de participation des différents contributeurs.

Article 5 : Modalités de Fonctionnement

Un Comité de Pilotage régional est composé de l'ensemble des signataires et des représentants des usagers des soins.

Les partenaires conviennent de réaliser une réunion de bilan au moins annuelle, permettant l'analyse des évaluations départementales.

Trois Comités Opérationnels Départementaux sont composés des organismes suivants : Conseil Régional, U.R.M.L., U.R.C.A.M., Conseils de l'Ordre, Conseil Général, D.D.A.S.S.

Article 6 : Communication

Les partenaires seront associés à l'information et à la communication.

Article 7 : Durée

La présente charte est conclue pour une durée de 3 années à compter de la signature par l'ensemble des parties. Elle peut être dénoncée par un des signataires par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à la Préfecture de Région.

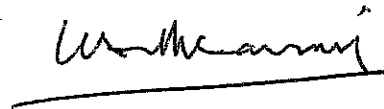
**En présence de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative,**



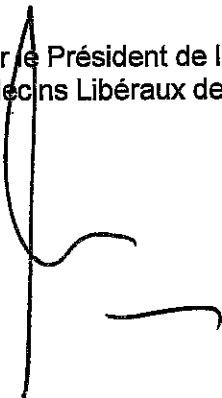
Monsieur le Préfet de
la région Basse-Normandie
Préfet du Calvados



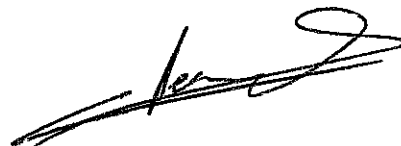
Monsieur le Président du Conseil Régional
de Basse-Normandie



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



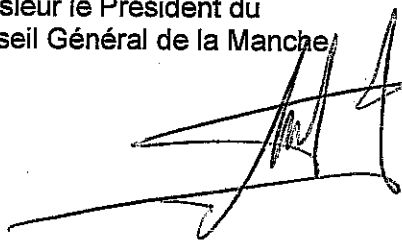
Monsieur le Président de l'Union Régionale
des Caisses d'Assurance Maladie



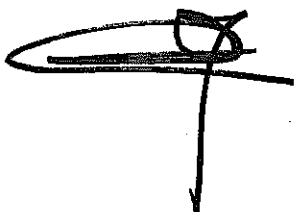
Madame le Président du
Conseil Général du Calvados



Monsieur le Président du
Conseil Général de la Manche



Monsieur le Président du
Conseil Général de l'Orne



Monsieur le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation
de Basse-Normandie



Monsieur le Préfet
de la Manche



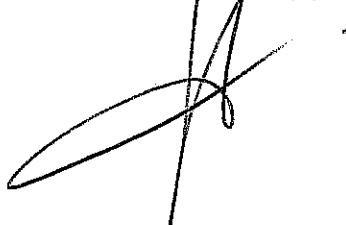
Monsieur le Préfet
de l'Orne



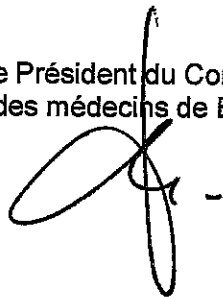
Monsieur le Directeur de la Mission
Régionale de Santé de Basse-Normandie



Monsieur le Doyen de la Faculté
de Médecine de Caen



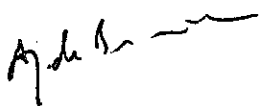
Monsieur le Président du Conseil Régional
de l'Ordre des médecins de Basse-Normandie



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 la Manche



Monsieur le Président du Conseil
départemental de l'Ordre des médecins
de l'Orne



Madame la Présidente du Conseil
départemental de l'Ordre des
sages-femmes du Calvados



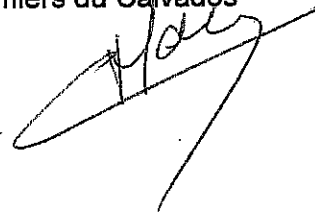
Madame la Présidente du Conseil
départemental de l'Ordre des
sages-femmes de la Manche



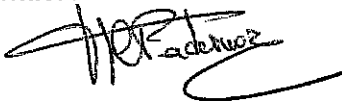
Madame la Présidente du Conseil
départemental de l'Ordre des
sages-femmes de l'Orne



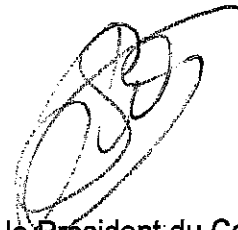
Monsieur le Président du Conseil
départemental de l'Ordre des
infirmiers du Calvados



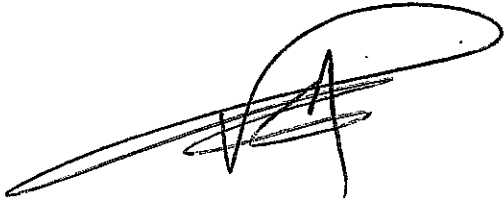
Madame la Présidente du Conseil
départemental de l'Ordre des
infirmiers de la Manche



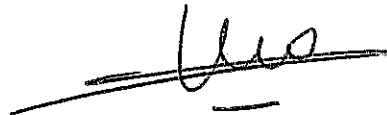
Monsieur le Président du Conseil
départemental de l'Ordre des
infirmiers de l'Orne



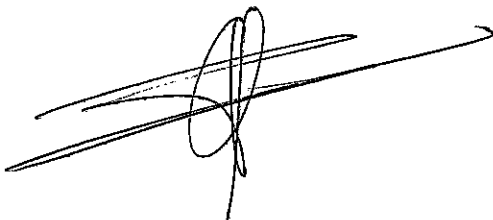
Monsieur le Président du Conseil Régional
de l'Ordre des chirurgiens-dentistes



Monsieur le Président du Conseil Régional
de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes



Monsieur le Président du Conseil Régional
de l'Ordre des pédicures-podologues



Monsieur le Président du Conseil Régional
de l'Ordre des pharmaciens



Monsieur le Président de l'Union des
Remplaçants de Basse-Normandie



Madame la Présidente du Collectif
Interassociatif de la Santé Bas-Normand



**ANNEXE CHARTE PARTENARIALE REGIONALE SUR L'OFFRE DE SOINS
AMBULATOIRE ET SUR LE DEPLOIEMENT DES POLES DE SANTE LIBERAUX et
AMBULATOIRES EN BASSE-NORMANDIE :**

ORGANISATION TERRITORIALE DES POLES DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES

1 Introduction

L'objectif premier énoncé dans la charte régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des pôles de sante libéraux et ambulatoires (P.S.L.A.) en Basse-Normandie est *de garantir une égalité d'accès aux soins de premiers recours en tout point du territoire*. A cet effet, il est proposé une répartition harmonieuse des pôles de santé libéraux et ambulatoires (P.S.L.A.) sur l'ensemble du territoire régional selon les éléments contenus dans cette annexe.

2 Enjeux de l'organisation territoriale des P.S.L.A.

L'enjeu majeur est la rénovation de l'offre de soins de premier recours, notamment *en améliorant la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux*.

Le dispositif de premier recours doit être lisible par les usagers et pérenne. Il doit garantir une offre de soins accessible, organisée et efficiente. Il doit s'inscrire en cohérence avec les organisations existantes qu'il s'agisse de prise en charge sanitaire, médico-sociale ou sociale.

3 Le diagnostic territorial

L'URML, les trois conseils départementaux de l'ordre des médecins et l'association des remplaçants de Basse-Normandie ont élaboré une méthodologie permettant de d'analyser la situation de la démographie médicale de la région, par bassin de vie en zone rurales et pseudo cantons pour les zones urbaines de plus de 30 000 habitants.

La méthodologie utilisée repose sur les indicateurs suivants :

- La densité (pour 5 000 habitants) en équivalent temps plein de médecins généralistes installés au 1^{er} janvier 2008
- la répartition des médecins par tranche d'âge et notamment les médecins de plus de 50 ans et de plus de 60 ans
- les constats sur le terrain reposant sur trois analyses :
 - o l'attractivité géographique de la zone considérée pour les nouvelles installations
 - o l'existence d'une offre de soin périphérique (existence d'une offre de soin hospitalière ou offre de soin ambulatoire à proximité du bassin de vie considéré)
 - o l'état de santé des médecins susceptibles de déstabiliser l'offre de soin sur le bassin de vie

La cartographie annexée (cf annexe 1) fait apparaître un classement en 5 zones selon la méthodologie de pondération adoptée :

- zones sous dotées
- zones moins dotées
- zones à offre de soins intermédiaire
- zones plus dotées
- zones les plus dotées

De cette cartographie est issue la carte des zones d'interventions prioritaires (cf annexe 2) obtenue par fusion des zones sous dotées et moins dotées, validée par l'ensemble des partenaires, afin de guider les décisions de financement.

Ces cartes seront mises à jour une fois par an.

4 Les principes d'organisation

Le principe général est la mise en place d'un regroupement des professionnels de santé, soit en zones rurales à l'échelle du bassin de vie ou d'un regroupement de bassins de vie soit en zone urbaine.

Les projets de P.S.L.A. sont issus à la fois d'une logique démographique mais également d'une logique organisationnelle et il faut prendre en compte le fait que certains professionnels souhaitent travailler de manière regroupée, même si il n'y a pas sur la zone considérée d'éléments démographiques défavorables.

Critères indicatifs d'implantation

- bassin de vie ou regroupement de bassins de vie pour desservir une population de 10 à 15 000 habitants
- temps d'accès au P.S.L.A. dans le territoire desservi : 15 à 20 minutes
- « masse critique » de professionnels de santé pour garantir attractivité et pérennité (15 à 30 / répartition médecins / autres professionnels de santé)
- engagement d'un nombre significatif de professionnels de santé du territoire à participer au fonctionnement du P.S.L.A."
- coopération avec les établissements de santé de proximité, intermédiaire, et de recours tels que définis dans le SROS 3
- coopération avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- aire d'intervention du P.S.L.A. en cohérence
 - avec les zones administratives (communauté de communes, pays),
 - avec les secteurs de permanence des soins,
 - avec les cinq territoires du SROS 3

En prenant en compte :

- Perspectives démographiques du bassin de vie.
- Flux des patients (assurance -maladie).

Dans un contexte

- Activité économique locale
- Dynamique locale avec le soutien des élus et de la population : volet santé du projet de développement du Pays

Projets de pôles selon leur état d'avancement : il est rappelé que le projet de pôle a pour objet de desservir un bassin de vie, le choix de la commune d'implantation n'est pas défini (les noms des communes sont utilisés pour faciliter la localisation)

En référence aux étapes du projet telles que définies dans le cadre de la procédure d'accompagnement et de suivi des PSLA, le classement par état d'avancement est proposé comme suit :

- pôles accompagnés
- pôles en ingénierie
- pôles émergents
- pôles à susciter

► **Tableaux de synthèse**

Manche

Pôles accompagnés	Pôles en ingénierie	Pôles émergents	Pôles à susciter
Villedieu Saint-James	Quettehou	Les Pieux Lessay Saint-Jean de Daye	Sainte-Mère Eglise Carentan Périers Tessy Brecey-Saint Pois Sourdeval-Juvigny-Mortain Barenton-Le Teilleul

Orne

Pôles accompagnés	Pôles en ingénierie	Pôles émergents	Pôles à susciter
L'Aigle Mortagne Domfront	Gacé Carrouges	Moulins – la Marche Le Mêle sur Sarthe	Alençon Argentan Athis de l'Orne / Flers Bellême La Ferté-Macé Remallard Sées Tinchebray Vimoutiers

Calvados

Pôles accompagnés	Pôles en ingénierie	Pôles émergents	Pôles à susciter
Isigny Orbec	Condé sur Noireau Thury-Harcourt Saint-Pierre sur Dives	Colombelles Livarot	Courseulles Dives/mer Douvres Dozulé Falaise Honfleur Le Molay-Littry Ouisseham Pont-L'Evêque Villers-Bocage Vire

► Cartographie régionale des projets d'implantations de P.S.L.A.

La carte régionale d'implantation des PSLA (cf. annexe 3) fait figurer ces derniers, selon leur état d'avancement, sur la carte représentant les zones d'interventions prioritaires.

Les cartes issues des réflexions départementales (Comité Opérationnel Départemental), fondées sur les bassins de vie, représenteront les implantations P.S.L.A. selon l'état d'avancement.

Elles seront étayées par les découpages suivants :

- Pays
- Département
- Territoires SROS
- Secteurs PDS

Elles seront complétées par la localisation des établissements de santé, y compris des structures d'hospitalisation à domicile, des réseaux de santé, des établissements et services médico-sociaux.

5 Le SROS de troisième génération

Dans une approche territorialisée de l'offre de soins, le Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS 3) 2006-2011, en application de la circulaire du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS, a identifié *dans le volet médecine*, une prise en charge de proximité elle-même constituée de deux niveaux :

- la médecine de ville représentée par les médecins de spécialités, dont la médecine générale
- le premier niveau d'hospitalisation représenté par *les hôpitaux locaux et les structures d'hospitalisation à domicile*, dans lesquels la prise en charge médicale repose sur les médecins généralistes

Concernant *l'hospitalisation à domicile*, l'objectif du SROS 3 est de la développer de manière harmonieuse sur chaque territoire du SROS en vue de couvrir la totalité du territoire régional. Il est recommandé :

- Une hospitalisation à domicile polyvalente, inscrite dans son environnement de taille minimale de 20 à 30 places
- De rayon d'action de 25 km en milieu rural
- Organisée avec des professionnels libéraux, notamment en zone rurale
- Le médecin traitant, praticien exerçant à titre libéral, est choisi librement par le malade. L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord. Il est responsable du suivi du malade. Il peut également être le médecin prescripteur de l'hospitalisation à domicile.

Le SROS, dans son volet médecine préconise la mise en œuvre de *réseaux de santé* pluri-thématiques au niveau local, au-delà de la mise en place des réseaux thématiques.

Le volet *« prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins »* du SROS3 définit l'organisation régionale et territoriale de la prise en charge par les établissements de santé, en lien avec la médecine de ville. Ce volet stipule que cette prise en charge de l'urgence doit être effective dans le cadre d'un *réseau formalisé de tous les acteurs*.

Dans chaque territoire de santé du SROS, sont reconnus des établissements de santé de niveau de recours (établissements référents du fait essentiellement de leur plateau technique).

6 Mise en œuvre et accompagnement financier :

La mise en œuvre des P.S.L.A. sur le territoire régional est le résultat conjoint de la volonté des professionnels de santé et des besoins de santé exprimés par la population sur le territoire d'intervention du P.S.L.A., avec l'aide des collectivités territoriales, de l'assurance maladie et des services de l'Etat.

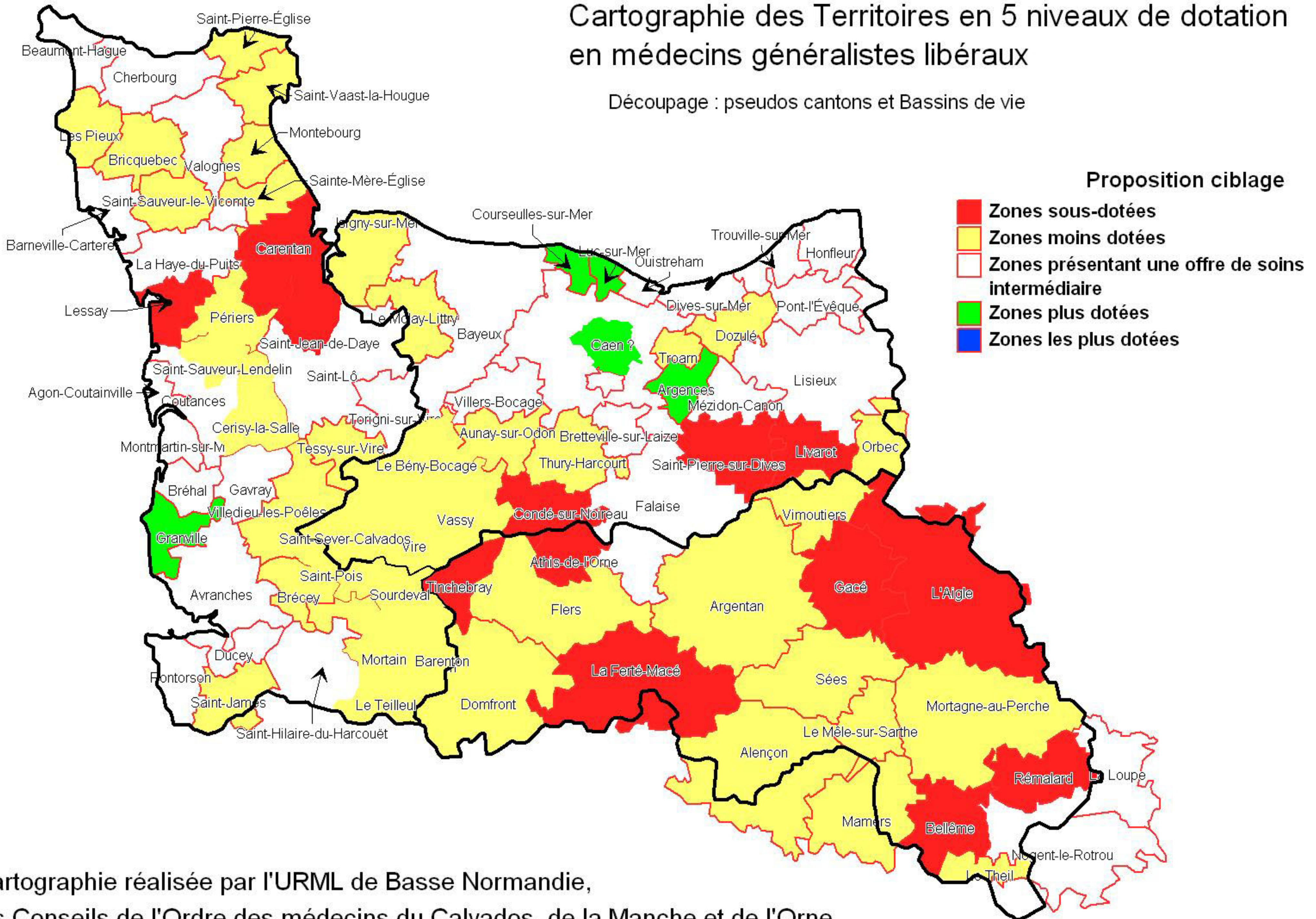
Certains projets de P.S.L.A. pourront bénéficier d'accompagnements financiers, notamment dans le cadre des modalités prévues dans l'annexe financière à la charte.

7 Evaluation (Cf. document spécifique)

Indicateur : nombre d'implantations de P.S.L.A. réalisées en zones rurales et en zones urbaines au regard du nombre de structures projeté.

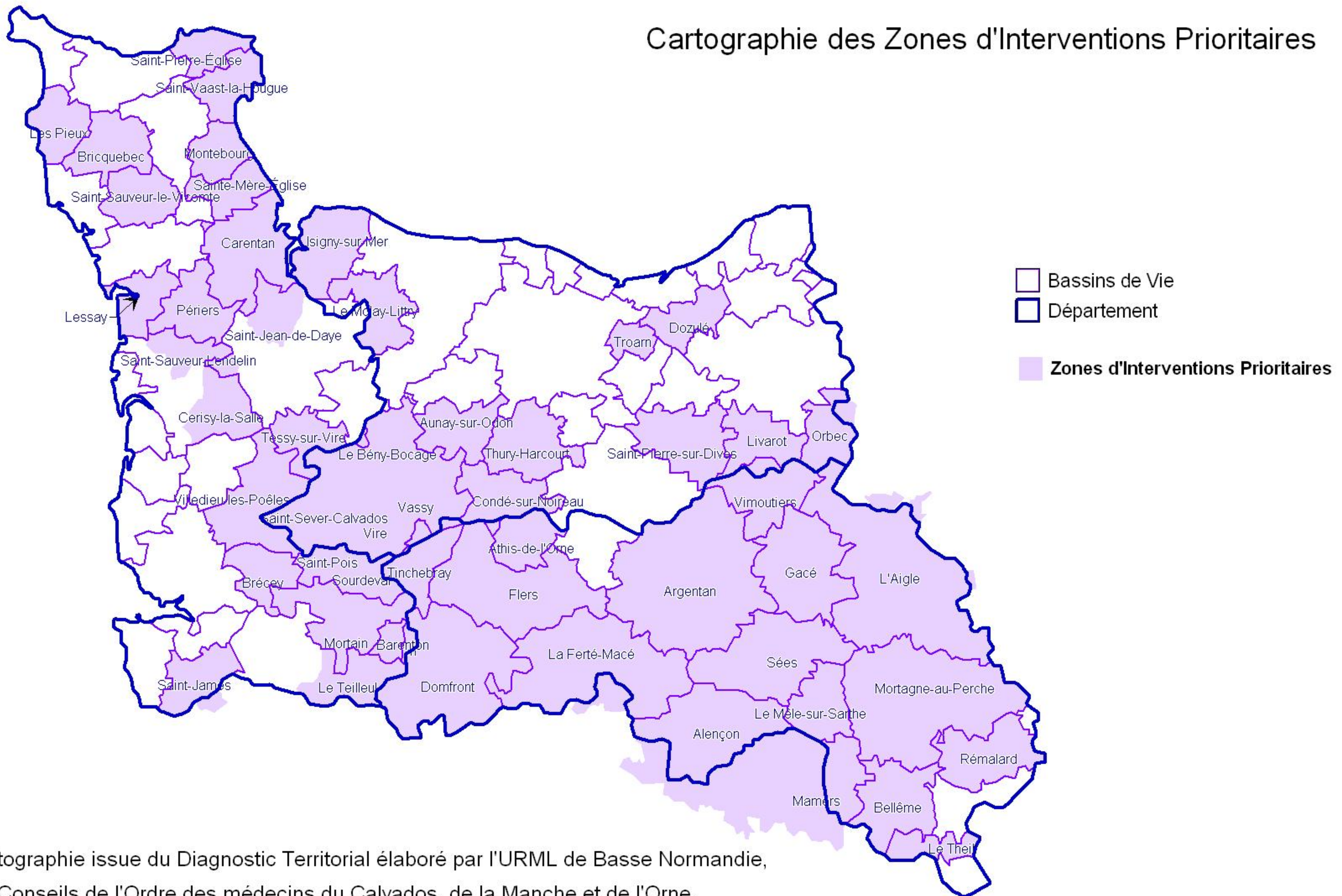
Cartographie des Territoires en 5 niveaux de dotation en médecins généralistes libéraux

Découpage : pseudos cantons et Bassins de vie



Cartographie réalisée par l'URML de Basse Normandie,
les Conseils de l'Ordre des médecins du Calvados, de la Manche et de l'Orne,
et l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie

Cartographie des Zones d'Interventions Prioritaires

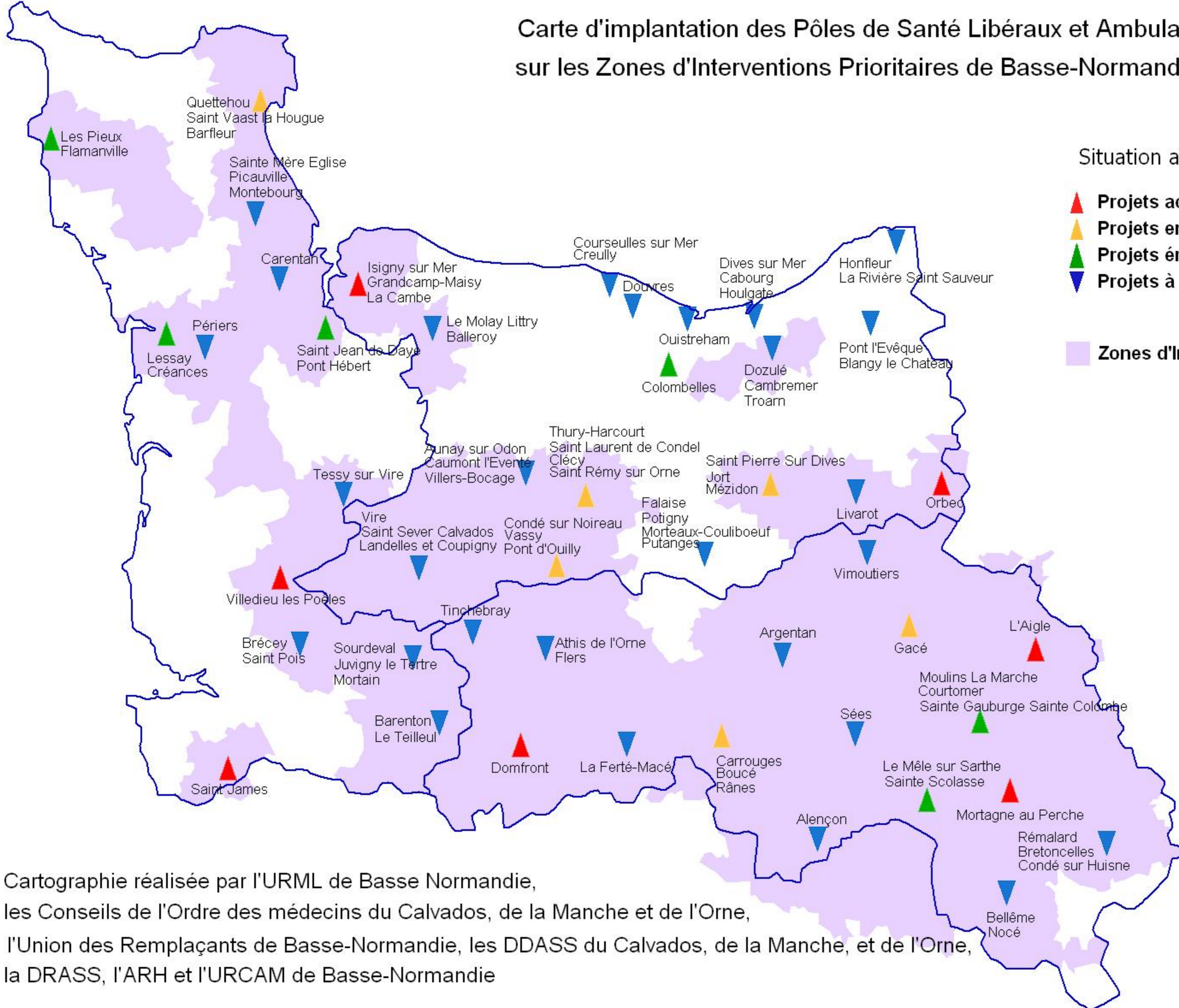


Cartographie issue du Diagnostic Territorial élaboré par l'URML de Basse Normandie, les Conseils de l'Ordre des médecins du Calvados, de la Manche et de l'Orne, et l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie

Carte d'implantation des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires sur les Zones d'Interventions Prioritaires de Basse-Normandie

Situation au 11 juin 2008

- ▲ Projets accompagnés
- ▲ Projets en ingénierie
- ▲ Projets émergents
- ▼ Projets à susciter
- Zones d'Interventions Prioritaires



Cartographie réalisée par l'URML de Basse Normandie, les Conseils de l'Ordre des médecins du Calvados, de la Manche et de l'Orne, l'Union des Remplaçants de Basse-Normandie, les DDASS du Calvados, de la Manche, et de l'Orne, la DRASS, l'ARH et l'URCAM de Basse-Normandie

CHARTRE PARTENARIALE REGIONALE SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE ET SUR LE DEPLOIEMENT DES POLES DE SANTE LIBERAUX et AMBULATOIRES EN BASSE-NORMANDIE

Annexe Financière

Un Comité des Financeurs, guichet unique, a été installé pour simplifier les demandes de subventions relatives aux Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires. Il repère les financements disponibles (tableau page suivante), étudie les demandes de financements, émet un avis technique sur les possibilités de financements et suit l'évolution des projets.

Les financements disponibles sont répertoriés par type de dépenses : études préalables, dépenses d'investissement, frais de fonctionnement, formation, éducation thérapeutique et prévention, évaluation.

Composition : Conseils Généraux, Préfectures, Conseil Régional, Service Général des Affaires Régionales (SGAR), Direction Régionale et Départementale de l'Agriculture et des Forêts (DRDAF), Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) (secrétariat), Mission Régionale de Santé (MRS), Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), Conseils de l'Ordre des Médecins de la Manche et de l'Orne.

Un dossier commun synthétique de description de projet est mis à disposition des promoteurs pour solliciter des subventions.

Les promoteurs adressent leur demande au Comité des Financeurs pour avis technique. Il sera seulement ensuite demandé aux promoteurs de renseigner un dossier complet, commun à tous les financeurs, pour attribution par les instances dédiées de chacun d'eux.

L'accompagnement financier sera dimensionné en fonction des travaux issus du Diagnostic Territorial, des zones d'interventions prioritaires ayant été identifiées (cf. annexe territoriale).

Le secrétariat du Comité des Financeurs est assuré par l'URCAM de Basse-Normandie.

TABLEAU SYNTHETIQUE DES FONDS ET RESSOURCES MOBILISABLES POTENTIELS :

TYPES DE DÉPENSES	NATURE DE LA DÉPENSE	FONDS MOBILISABLES	AUTRES RESSOURCES	
ÉTUDES PRÉALABLES	Projet de santé - Etude de faisabilité et d'opportunité Expertise juridique, d'expertise comptable, de commissariat aux comptes	Ingenierie du regroupement FIQCS FNADT	Accompagnateurs de projet (Assurance maladie)	
	Etudes de maîtrises d'ouvrage, dont Etude de faisabilité	Crédits sectoriels Région FMI (EPFN) FNADT FEADER		
DÉPENSES D'INVESTISSEMENT	Construction et rénovation	Construction/ Rénovation et aménagement du local (hors VRD et Démolition)	Crédits sectoriels Région FNADT	
		-Signalétique rattachée au bâtiment -Matériel de sécurisation des locaux -Réseau interne VRD	Crédits sectoriels Conseils Généraux (14 / 50 / 61) FEADER DDR	
	Installation et équipement	Equipelement médical	Pas de subvention - Relève de la compétence et des fonds de la collectivité FIQCS FEADER	
		Mobilier médical et non médical	Dotations hospitalières si établissement associé	
	Informatique / Téléphonie	Matériel informatique	FIQCS pour équipement commun Professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	
		Equipelement de télétransmission	FIQCS FEDER	
		Logiciel de gestion : suivi de l'activité ou de données patients	FIQCS FNADT FEDER	- Manche Santé - Association pour le Déploiement Des Outils Communicants en Basse Normandie ADCC-BN A terme : Association Télé Santé en Basse-Normandie (ATBN)
		Téléphonie	FIQCS	

Financement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires

FRAIS DE FONCTIONNEMENT	Frais de fonctionnement liés au local	Frais de location ou de mise à disposition du local	Relèvent des charges professionnelles habituelles: à la charge des professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	
		Abonnement et consommation d'électricité, eau, téléphone	Relèvent des charges professionnelles habituelles: à la charge des professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	
		Frais d'assurance (locaux)	Relèvent des charges professionnelles habituelles: à la charge des professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	
	Frais de personnel	Secrétariat, salarié ou mis à disposition, coordination	FIQCS (Aide au démarrage) Dotations hospitalières (si établissement associé)	En fonction du profil
		Coût de la prestation d'entretien / nettoyage des locaux	Relèvent des charges professionnelles habituelles: à la charge des professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	Etudier la possibilité de mise à disposition de personnels
	Prestations externes	Coût lié à la maintenance du système d'information	FIQCS FEDER (durée limitée)	
		Frais d'expertise juridique, de commissariat aux comptes		
		Indemnisation des professionnels de santé pour leur participation aux réunions de montage du projet, de suivi, de comité de pilotage	Relèvent des charges professionnelles habituelles: à la charge des professionnels de santé et structures exerçant dans le pôle	
	Communication	Communication externe (auprès des usagers) : plaquette...	FIQCS	
		Coût de formation des professionnels de santé et administratifs	FIQCS Fonds GRSP FNPEIS	Dans le cadre conventionnel, certaines caisses proposent des formations à l'attention des secrétaires médicales sur le parcours de soins
FORMATION				
EDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET PRÉVENTION		FIQCS Fonds GRSP FNPEIS	Réseaux de santé Couleur Santé APRIC	
FRAIS D'ÉVALUATION	Indemnisation des acteurs participant à l'évaluation interne	FIQCS		
	Mobilisation d'un prestataire externe	FIQCS		

Financement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires

FONDS	INSTITUTIONS « RESSOURCES »
Ingénierie du regroupement	Région, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)
Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)	Mission Régionale de Santé (ARH / URCAM)
Fonds du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)	Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
Fonds National de Prévention d'Education et d'interventions Sanitaires (FNPEIS)	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) Régime général.
Fonds Européens de Développement Régional (FEDER)	Services Europe de l'Etat et de la Région
Crédits « Santé »	Conseil Régional
Fonds National d'Aménagement Du Territoire (FNADT)	Préfecture de Basse-normandie Préfectures du Calvados, de la Manche et de l'Orne
Fonds Européen Agricole de Développement Rural (FEADER)	Direction Régionale et Départementale de l'Agriculture et des Forêts (DRDAF)
Dotation de Développement Rural (DDR)	Préfectures du Calvados, de la Manche et de l'Orne
Financement de Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoire Financement de maisons médicales pluridisciplinaires	Conseils Généraux du Calvados, de la Manche et de l'Orne
Dotations hospitalières	Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)