

Convention constitutive portant création du Groupement Hospitalier de Territoire Caux-Maritime



GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME

DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU
LE TRÉPORT | LUNÉRAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

Handwritten initials:
HP
VR
R

Table des matières

PREAMBULE	9
PARTIE I : LE PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	11
TITRE I : OBJET, CALENDRIER ET PRINCIPES D'ELABORATION	11
Article 1 – Objet.....	11
Article 2 – Calendrier d'élaboration	11
Article 3 – Principes d'élaboration	11
3-1 : Un contenu réglementaire	12
3-2 : Une élaboration en cohérence avec les objectifs de performance du plan triennal ONDAM	12
3-3 : Une élaboration en articulation avec l'ensemble des projets médicaux-soignants des établissements parties au groupement pour une durée de cinq ans.....	12
3-4 : Une élaboration fondée sur un diagnostic territorial mettant en évidence des caractéristiques et des besoins de santé spécifiques et une dynamique territoriale des acteurs de santé	13
TITRE II : ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET FILIERES PRIORITAIRES POUR GARANTIR ET CONSOLIDER UNE OFFRE DE SOINS GRADUEE, EFFICIENTE ET DE PROXIMITE.....	16
Article 4 – Les orientations stratégiques définies	16
Article 5 – Les filières prioritaires identifiées	16
PARTIE II : LES MODALITES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	17
TITRE 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	17
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS PARTIES.....	17
Article 6 – Composition	17
Article 7 – Nature juridique et dénomination	17
Article 8 – Objet.....	18
Article 9 – Désignation de l'établissement support	18
Article 10 – Droits et obligations des établissements parties	18
Article 11 – Obligations spécifiques pour les établissements publics de santé parties	19
11-1 : Un EPRD examiné par le groupement et une gestion centralisée de trésorerie.....	19
11-2 : Une certification conjointe.....	20
Article 12 – Responsabilités et assurances des établissements parties	20
Article 13 – Ajout, retrait ou exclusion d'un établissement partie	20
13-1 : Nouvel établissement partie	20
13-2 : Retrait d'un établissement partie	20
13-3 : Exclusion d'un établissement partie	21
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS ASSOCIES OU PARTENAIRES AU GROUPEMENT	22
Article 14 – Associations et partenariats des établissements ou services au groupement hospitalier de territoire	22
14-1 : Etablissements associés	22

HEL
 M. J. B. R. G.

14-2 : Etablissements partenaires22

TITRE II : INSTANCES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE23

CHAPITRE 1 : LE COMITE STRATEGIQUE DE GROUPEMENT23

Article 15 – Composition, compétences et fonctionnement23

15-1 : Composition23

15-2 : Compétences et attributions.....23

15-3 : Fonctionnement24

Article 16 : Constitution d’un bureau restreint24

CHAPITRE 2 : INSTANCE MEDICALE COMMUNE25

Article 17 – Composition, compétences et fonctionnent de la commission medicale de
groupement.....25

17-1 : Composition25

17-2 : Competences et attributions.....25

Article 18 - Président de la commission medicale de groupement et ses attributions.....26

18-1 : Désignation du Président26

18-2 : Attributions du président.....26

Article 19 – Sous-commissions et comités de la commission médicale de groupement créés en
reponse aux besoins spécifiques du territoire26

CHAPITRE 3 : INSTANCE COMMUNE DES USAGERS28

Article 20 – Composition, compétences et fonctionnement de la commission des usagers de
groupement.....28

Article 21 : Président de l’instance COMMUNE des usagers dU groupement28

**CHAPITRE 4 : COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE
DE GROUPEMENT29**

Article 22 – La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico technique de
groupement.....29

22-1 : Composition29

22-2 : Compétences et attributions.....29

Article 23 - Président de la CSIRMT de groupement et ses attributions30

CHAPITRE 5 : LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX31

Article 24 – Création ex-nihilo31

Article 25 - Composition, compétences et fonctionnement31

25-1 : Composition31

25-2 : Compétences/attributions31

25-3 : Fonctionnement31

CHAPITRE 6 : LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL33

Article 26 - Composition, compétences et fonctionnement de la conférence territoriale de
dialogue social33

26-1 : Composition33

26-2 : Compétences/attributions33

26-3 : Fonctionnement33

Article 27 - Désignation du président et attributions.....33

CHAPITRE 7 : LE CONSEIL DE COMMUNICATION DE GROUPEMENT34

Article 28 – Composition, compétences et fonctionnement du conseil de communication de
groupement.....34

TITRE III : FONCTIONNEMENT36

Handwritten signatures and initials:
 JS
 UP
 JK
 PC

42-3 : Bureau ou cellule qualité gestion des risques48

Article 43 – Certification48

II - ORGANISATION ET MANAGEMENT TERRITORIAL TECHNIQUE DES ETABLISSEMENTS49

Article 44 – Le schéma directeur immobilier territorial49

CHAPITRE 4 : ORGANISATION EN COMMUN DES FONCTIONS SUPPORTS50

Article 45 – Organisation commune des activités de biologie médicale, d'imagerie, de pharmacie, cliniques et médico-techniques.....50

45-1 : Activités de biologie médicale.....50

45-2 : Imagerie50

45-3 : Pharmacie.....50

CHAPITRE 5 : CONSTITUTION DE FEDERATIONS, D'EQUIPES MEDICALES COMMUNES OU de POLES INTER-ETABLISSEMENTS51

Article 46 - Fédérations51

Article 47 - Equipes médicales communes51

ARTICLE 48 - Pôles inter-établissements51

48-1 : Le chef de pôle52

48-2 : Le projet de pôle52

CHAPITRE 6 : TRANSFERTS D'ACTIVITE, MISE A DISPOSITION ET CESSION.....53

Article 49 – Transfert d'autorisation53

CHAPITRE 7 : ACTIVITES DE NATURE HOSPITALO-UNIVERSITAIRES.....54

Article 50 – Coordination des activités hospitalo-universitaires.....54

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES55

Article 51 : Procédure de conciliation55

Article 52 : Communication des informations.....55

Article 53 – Règlement intérieur de la convention constitutive55

Article 54 – Date d'effet, durée et reconduction55

Article 55 – Mise en conformité modifications de la convention constitutive55

55-1 : Mise en conformité.....55

55-2 : Modifications.....56

Article 56 – Modalités de résiliation de la convention constitutive.....56

56-1 : Les motifs de résiliation56

56-2 : Les conditions de résiliation.....56

ANNEXES 58

Annexe 1 : Rôle de l'établissement support59

Annexe 2 : cartographie60

HP
VR *RC*

ENTRE LES SOUSSIGNES :**Le Centre hospitalier de Dieppe**

sis 1 avenue Pasteur, 76202 DIEPPE Cedex

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

Le Centre hospitalier de Eu

sis 2 rue Clèves, 76260 EU

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

Le Centre hospitalier du Grand Large, Saint-Valery en Caux

sis 17 rue Jeanne Armand Colin, 76460 SAINT VALERY EN CAUX

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**« Albert Jean » de Luneray**

sis 5 rue du val Midrac, 76810 LUNERAY

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**« Résidence de la Scie » de Saint-Crespin**

sis 2 route des Vergers, 76590 SAINT-CRESPIN

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

AK [Signature] HCP
VR [Signature] PC

**L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
« Jean Ferrat » du Tréport**

sis 89 rue du Docteur Pépin, 76470 LE TREPORT

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe COUTURIER

ET

**L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
« Maison de retraite Lemarchand » de Envermeu**

sis 10 place de l'Eglise, 76630 ENVERMEU

Représenté par son Directeur, Monsieur Alain LUCAS

HP
HP
HP

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES ET VISAS

Vu les articles L.6132-1 à L.6132-6 du code de la santé publique instituant les groupements hospitaliers de territoire ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 27 avril 2016 ;

Vu l'arrêté portant adoption du programme régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de Haute-Normandie et le schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale de Haute-Normandie (2012-2017) ;

Vu la délibération du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Dieppe en date du 17 juin 2016 relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

Vu la délibération du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Eu en date du 9 juin 2016, relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

Vu la délibération du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Saint-Valery en Caux en date du 10 juin 2016, relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD d'Envermeu en date du 13 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD de Luneray en date du 15 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD de Saint-Crespin en date du 16 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD Le Tréport en date du 7 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du conseil de surveillance du centre hospitalier de Dieppe en date du 17 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du conseil de surveillance du centre hospitalier de Eu en date du 9 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux en date du 10 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Dieppe du 14 juin 2016 ; portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Eu du 9 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux du 8 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

AL S HP
UR JY

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques du centre hospitalier de Dieppe, du 23 mai 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Eu du 2 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux, du 7 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Dieppe du 15 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Eu du 7 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux du 8 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement de l'EHPAD de Luneray en date du 15 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement de l'EHPAD de Saint-Crespin en date du 16 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement de l'EHPAD Le Tréport en date du 6 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Dieppe, en date du 14 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Eu en date du 9 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux en date du 8 juin 2016 portant sur la convention de GHT ;

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire.

Handwritten signatures and initials:
A large blue signature, possibly "JS".
Below it, the initials "HP".
To the left, the initials "UK".
To the right, the initials "RC".

PREAMBULE

Les évolutions profondes sociétales (l'allongement de l'espérance de vie, le développement des maladies chroniques...) et la persistance de fortes inégalités sociales et territoriales, conduisent à la modernisation du système de santé pour répondre aux besoins nouveaux de coordination des professionnels, notamment de premier recours.

C'est tout l'objet de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, dite loi de santé, qui engage cette adaptation nécessaire pour rendre le système de santé plus juste et plus efficace en renforçant la prévention, en recentrant le système de soins sur les soins de proximité et en créant de nouveaux droits pour les patients.

Cette loi réaffirme le service public hospitalier et le principe d'accessibilité aux soins et prévoit une territorialisation accrue de l'offre de santé qui nécessite une évolution de l'offre territoriale des soins existante.

Dans cet objectif, elle rend obligatoire en son article 107, la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT) entre établissements publics de santé au plus tard au 1^{er} juillet 2016.

Ce nouveau dispositif conventionnel a vocation à répondre aux enjeux d'efficience du système de santé et se définit comme un outil dédié au maillage des soins hospitaliers, en tant que prérequis essentiel à l'organisation d'une gradation des soins hospitaliers sur le territoire. Conçu dans une perspective globale de mutualisation et de concentration de l'offre de soins hospitaliers dans les territoires, les GHT ont pour triple objectif de :

- garantir un égal accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- mettre en place une gradation des soins hospitaliers et développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation ;
- élaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours.

La loi de santé n'ayant pas imposé et défini le périmètre des GHT, l'ARS Normandie a privilégié une démarche ascendante en région en cohérence avec l'esprit de la loi qui se veut de faciliter et dynamiser les coopérations entre hôpitaux publics. Ainsi, les établissements publics de santé de Normandie se sont organisés entre eux. Un découpage des futurs GHT a été proposé en ce sens par les Fédérations hospitalières régionales de Basse et Haute-Normandie qui les représentent, le 24 février 2016 à l'ARS Normandie. Onze groupements hospitaliers de territoire en Normandie sont pressentis et à constituer dont un sur le territoire de santé de Dieppe, compte-tenu de ses caractéristiques particulières.

Industriel, maritime et rural, le territoire de santé de Dieppe est marqué par des indicateurs de santé particulièrement défavorables et des besoins de santé spécifiques.

En outre, comme dans l'ensemble des régions françaises, la population du territoire de santé de Dieppe vieillit. Ce vieillissement de la population engendre une augmentation des besoins de santé et nécessitera, dans les années à venir, une consolidation de l'offre sanitaire et médico-sociale dans ce territoire de santé particulièrement marqué non seulement par un sous équipement tant pour la prise en charge sanitaire que médico-sociale mais aussi par des difficultés infra (taux de fuite important) et supra-territoriales (démographie des professionnels de santé particulièrement défavorable).

Ces difficultés rendent indispensables et nécessaires des partenariats à pérenniser, sur certaines filières de soins pour fluidifier le parcours des patients, notamment avec le CHU-Hôpitaux de Rouen, établissement de référence et de recours régional.

Le centre hospitalier de Dieppe est érigé en établissement de référence sur le territoire de santé de Dieppe avec un positionnement stratégique dit d'établissement de référence territorial.

Depuis 2011, cinq établissements du territoire de Dieppe sont entrés en direction commune avec le centre hospitalier de Dieppe par voie de conventions bilatérales : le centre hospitalier de Eu, le centre hospitalier

AR JS IR HEP TC

de Saint-Valery en Caux et les EHPAD de Luneray, du Tréport et de Saint-Crespin. Ces conventions de direction commune font l'objet depuis juillet 2014 d'une convention unique pour l'ensemble des six établissements. L'association d'un septième établissement à la direction commune, l'EHPAD d'Envermeu, est envisagée.

Cette direction commune représente une offre sanitaire et médico-sociale importante sur le territoire de Dieppe avec en 2015 751 lits sanitaires et 961 lits et places autorisés pour le secteur médico-social.

Comme le stipule son CPOM 2014-2019, le centre hospitalier de Dieppe doit construire et mettre en œuvre un projet de territoire commun à tous les établissements publics concernés par la direction commune. En ce sens, l'établissement est préfigurateur d'une organisation « GHT » au sens de la loi de santé, qui organise le service public territorial de santé sur l'ensemble du territoire de santé de Dieppe.

Les établissements de la direction commune, engagés dans ce maillage territorial depuis plusieurs années, travaillent non seulement à la consolidation d'un socle commun de gestion sécurisé avec une mutualisation et une optimisation des organisations ; mais aussi à l'amélioration de la fluidité des parcours des soins.

Car le territoire de santé de Dieppe est un territoire de projet, de proximité et de parcours, la création d'un GHT spécifique sur le territoire de santé de Dieppe avec le centre hospitalier de Dieppe en tant qu'établissement support, est l'opportunité de poursuivre et améliorer le maillage territorial pour :

- restructurer l'offre de soins sur un territoire conscient de ces spécificités en consolidant une offre de proximité sur le plan qualitatif et économique permettant de fluidifier les parcours ;
- asseoir un pilotage opérationnel déjà organisé par la direction commune du centre hospitalier de Dieppe facilitant la mutualisation des activités et fonctions supports.

Ce GHT a la particularité d'intégrer les établissements publics sociaux et médico-sociaux parties prenantes de ce groupement afin de poursuivre les objectifs définis dans la direction commune et de pérenniser les travaux de mutualisation déjà engagés. Cette démarche intégrative fait de ce groupement une particularité infra et supra-régionale.

Handwritten signatures in blue ink, including a large stylized signature and several smaller initials.

PARTIE I : LE PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Les acteurs de santé du groupement hospitalier de territoire font le choix d'élaborer un unique projet médico-soignant partagé, choix préféré à un double projet dissociant projet médical et projet soignant afin de poursuivre la politique commune existante autour d'un projet médico-soignant d'établissement dans chacun des établissements publics de santé du territoire de santé de Dieppe.

TITRE I : OBJET, CALENDRIER ET PRINCIPES D'ELABORATION

ARTICLE 1 – OBJET

Le projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire doit garantir une gradation des soins et organiser une stratégie médicale et soignante territoriale de complémentarité.

Le projet médico-soignant partagé doit permettre à chaque patient de bénéficier du meilleur soin au meilleur endroit et au meilleur moment. Tout usager doit avoir la garantie que lorsqu'il entre dans un établissement public du territoire partie au groupement, il entre dans un « groupement » lui permettant d'accéder aux compétences expertes que requiert son état de santé.

Les objectifs/enjeux sont donc multiples : fluidifier les parcours des patients, assurer la complémentarité et gradation des soins, favoriser les équipes médicales de territoire, partager des plateaux techniques, travailler sur la permanence des soins en établissement de santé.

ARTICLE 2 – CALENDRIER D'ELABORATION

Les établissements parties, associés et partenaires élaborent un projet médical et projet de soins partagés qui définit des objectifs médicaux à atteindre dans une durée de cinq ans.

Le projet médico-soignant partagé définit pour le 1^{er} janvier 2017 les objectifs et l'organisation par filières.

Il est conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique au 1^{er} juillet 2017 et est annexé à la présente convention à compter de cette date après avoir été validé en instances du groupement et approuvé par le Directeur Général de l'ARS Normandie.

ARTICLE 3 – PRINCIPES D'ELABORATION

Les présidents de commissions médicales des établissements (CME) ainsi que les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation médico technique (CSIRMT) des établissements, parties respectivement au groupement, participent à l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés.

Handwritten signatures and initials:
A large blue signature, possibly "J.S.", is written over the text. To its right, the initials "UK" and "HCL" are written in black ink.

3-1 : UN CONTENU REGLEMENTAIRE

En application de l'article R.6132-3 du code de la santé publique, le projet médico-soignant, annexé par voie d'avenant à la présente convention constitutive, comprend au 1^{er} juillet 2017 :

- « 1° Les objectifs médicaux ;
- « 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- « 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- « 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par site, et, le cas échéant, leur réalisation par télé-médecine, portant sur :
 - la permanence et la continuité des soins;
 - les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées;
 - les activités d'ambulatoire, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - les plateaux techniques ;
 - la prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles;
 - les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - les activités de prise en charge médico-sociale.
- « 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
- « 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier universitaire portant sur l'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, la recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1, la gestion de la démographie médicale et les filières de référence et de recours ;
- « 7° La répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques, pouvant être prévue par voie d'avenant à la convention constitutive, découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
- « 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- « 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Le projet médico-soignant est la pierre angulaire du dispositif du groupement, c'est de lui que résulte:

- L'identification des activités et fonctions à mutualiser ;
- L'organisation de la répartition des activités des soins entre établissements avec des éventuels transferts d'activités de soins et d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
- La mise en place d'équipes médicales communes ;
- La constitution de pôles inter-établissements.

Il intègre toutes les spécialités sans exception et prend en compte toutes les dimensions de prise en charge du patient.

3-2 : UNE ELABORATION EN COHERENCE AVEC LES OBJECTIFS DE PERFORMANCE DU PLAN TRIENNAL ONDAM

Conformément à l'objectif de rationalisation des modes de gestion de l'offre de soins, le projet médico-soignant partagé constitue un levier à l'amélioration de la performance des établissements de santé. A cet égard, les objectifs du plan triennal font partie prenante de la réponse à apporter sur les coopérations territoriales à mettre en œuvre au sein du groupement hospitalier de territoire.

3-3 : UNE ELABORATION EN ARTICULATION AVEC L'ENSEMBLE DES PROJETS MEDICAUX-SOIGNANTS DES ETABLISSEMENTS PARTIES AU GROUPEMENT POUR UNE DUREE DE CINQ ANS

Les projets médico-soignants des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Le projet médico-soignant partagé doit coordonner le contenu des projets médico-soignants respectifs de l'ensemble des établissements parties au GHT, pour répondre aux besoins de santé. Dans cette perspective, le projet médico-soignant partagé est élaboré pour une période de cinq ans.


 HP
 UR
 RC

3-4 : UNE ELABORATION FONDEE SUR UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL METTANT EN EVIDENCE DES CARACTERISTIQUES ET DES BESOINS DE SANTE SPECIFIQUES ET UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE DES ACTEURS DE SANTE

Le projet médico-soignant partagé, issu d'un diagnostic territorial, a vocation à définir et structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge globale médicale et soignante de patients, au sein du groupement hospitalier de territoire.

Le diagnostic territorial permet de :

- délimiter un bassin de vie,
- déterminer l'état des besoins de santé de la population,
- analyser l'état de l'offre de soins sur le territoire,
- identifier les parcours de soins, les redondances/carences de l'offre de soins.

Le diagnostic territorial est réalisé à partir d'une analyse des besoins en matière de soins hospitaliers. La réalisation de ce diagnostic territorial intègre :

- Les travaux en cours sur la pertinence des actes ;
- Les perspectives épidémiologiques liées notamment à l'évolution démographique ;
- L'effet de l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge : virage ambulatoire, télé médecine ...

Pour chaque filière, il s'agit de mettre en adéquation les besoins et l'offre.

Ce diagnostic territorial met en évidence des caractéristiques de santé particulières. Le territoire de santé de Dieppe se caractérise par une population fragilisée, structurellement âgée, peu mobile et en moins bonne santé, une forte précarité, un défaut de recours ou un recours tardif aux soins, un taux de fuite des patients important et une surmortalité supérieure aux moyennes régionales.

L'ensemble des indicateurs de santé, démographiques, sociaux, économiques et épidémiologiques, démontre une situation sanitaire fragile et préoccupante où la population du territoire de Dieppe qui, renonce ou accède aux soins tardivement, a besoin de structures de soins très proches.

Les établissements de santé du territoire de santé de Dieppe doivent proposer des filières de prise en charge en garantissant une offre de proximité pour répondre aux besoins de santé spécifiques de la population (prise en charge du cancer, des maladies cardio-vasculaires, des structures de prise charge gériatrique et psychiatrique).

Compte-tenu des spécificités du territoire de santé de Dieppe, des instances ont été mises en place par les établissements publics de santé via leurs commissions médicales d'établissement (CME) conformément à leurs attributions :

- dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins :
 - un Comité de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse ;
 - une Commission des Antibiotiques et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.A.L.I.N)
 - une Commission du Développement Professionnel Continu (DPC) et de la Recherche ;
 - un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ;
 - un Comité de Liaison Alimentaire et Nutrition (CLAN).

La CME du centre hospitalier de Dieppe a mis en place également :

- pour l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :
 - une Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) et de l'Organisation du Temps de Travail ;
 - une Commission du Matériel ;
 - une Commission de l'Internat, Post Internat.

AC JS HA
JR

- pour favoriser la participation des professionnels de santé aux actions humanitaires dans le monde :
 - une commission Humanitaire.
- pour la coordination des recrutements des personnels médicaux, en lien avec les chefs de pôle :
 - une commission du recrutement médical.

Des conseils ou commissions institutionnels spécifiques sont également mis en place, conseils représentatifs de la communauté hospitalière :

- le Conseil d'éthique
- le Conseil du Parcours Patient
- le Conseil de Bloc
- la Cellule d'analyse des séjours extrêmes (CAASE)
- la Commission d'analyse des violences hospitalières (CAVH)
- la Commission des admissions
- le Conseil communication
- le Conseil qualité
- le Conseil SIH

Des fédérations ont été constituées :

- Fédération SSR ayant pour finalité de formaliser l'organisation territoriale des SSR avec pour objectifs de : consolider les autorisations, diminuer la DMS, améliorer l'exhaustivité et préparer le passage à la T2A ou encore améliorer l'attractivité et fiabiliser les admissions en SSR.
- Fédération de cancérologie chargée d'animer et de coordonner la politique d'amélioration de la prise en charge des patients pour harmoniser les pratiques, définir et harmoniser les chemins cliniques sur l'ensemble des pathologies, sensibiliser au dépistage, améliorer l'accès aux soins et au suivi.

Par ailleurs, face à la réalité de la démographie médicale hospitalière et libérale défavorable du territoire de santé de Dieppe, de nombreuses initiatives hospitalières pour répondre à cette problématique, ont été mises en place afin de répondre aux besoins de santé spécifiques du territoire.

- Des coopérations : GIE Imagerie pour la gestion des IRM (partenariat public/ privé), Centre de coordination en cancérologie (3C), Convention de mise à disposition de personnels qualifiés permettant le partage de compétences, Convention dans le cadre de la fédération SSR ;
- Des dispositifs dynamiques et innovants de collaboration entre l'hôpital et la médecine libérale : modèle de Neufchâtel avec le parcours de soins primaires qui conforte une des priorités du SROS-PRS sur le développement des structures d'exercice coordonné qui vise à encourager l'installation des professionnels de santé libéraux pour une meilleure répartition sur le territoire ;
- Des initiatives qui améliorent l'attractivité médicale (libérale notamment) : formation des internes, participation des internes de médecine générale à l'activité du CH de St Valéry,...
- Le développement des consultations avancées sur l'ensemble du territoire ;
- Le renforcement des coopérations avec le CHU-Hôpitaux de Rouen : augmentation du nombre d'assistants spécialistes régionaux (ASR).
- L'utilisation de pratiques novatrices et innovantes : développement de la télémédecine, de la télé-radiologie avec un plateau d'imagerie performant.

En outre, face à aux réalités du territoire de santé de Dieppe, l'ensemble des acteurs de territoire s'est fortement mobilisé pour apporter une réponse aux besoins de santé dans le but de favoriser la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :

- une conférence de territoire active depuis la loi HPST ;
- des contrats locaux de santé ;
- un réseau Local de Promotion de Santé cofinancé par l'ARS, la Région et la ville de Dieppe ayant pour mission d'impulser une dynamique à l'échelle du territoire et de coordonner les acteurs


 HP
 VR PC

autour d'un programme d'actions prenant en compte les priorités régionales de santé et les spécificités du territoire.

- Trois réseaux de santé au service de la coordination et la mise en réseau de l'accès aux soins ont été créés :
 - o les réseaux d'appui aux soins impliqués sur la coordination des soins du territoire de santé ;
 - o les réseaux d'éducatons thérapeutiques ;
 - o les réseaux régionaux ayant une vocation d'expertise et de recours.
- une plate-forme d'appui et de coordination, porte d'entrée unique pour les professionnels et les usagers en cas de besoin d'accompagnement et de prise en charge. Rassemblant en un même lieu, des réseaux (géronologique et soins palliatifs), les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination), la MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) et le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) du Centre hospitalier de Dieppe, cette plate-forme permet d'améliorer la connaissance des dispositifs et de simplifier les orientations des offres pour les personnes en recherche de solutions d'accompagnement.

La mise en place du GHT constitue l'opportunité d'asseoir de nouveaux projets de territoire : projet SSIAD de territoire, projet équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), unité transversale d'éducation thérapeutique du patient (UTEP), mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM).

Ac JS VR HD PE ✓

TITRE II : ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET FILIERES PRIORITAIRES POUR GARANTIR ET CONSOLIDER UNE OFFRE DE SOINS GRADUEE, EFFICIENTE ET DE PROXIMITE

ARTICLE 4 – LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DEFINIES

Le projet médico-soignant partagé définit les orientations stratégiques des établissements parties et associés au sein du groupement hospitalier de territoire.

Les établissements parties à la présente convention établissent un projet médico-soignant partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Pour ce faire, le projet médico-soignant partagé du groupement répond aux orientations stratégiques suivantes :

- Renforcer et rationaliser l'offre de proximité pour répondre aux besoins d'une population rurale, précaire dans un contexte d'offre de soins de ville limitée et de transports publics inexistantes ;
- S'adapter aux évolutions des besoins de santé de la population ;
- Structurer des filières publiques graduées (filières territoriale et filières supra-territoriale) dans une logique efficiente de renforcement des complémentarités ;
- Accompagner le changement culturel attendu des pratiques médicales (équipes médicales de territoire) ;
- Renforcer la politique d'attractivité et de fidélisation médicale sur le territoire (en lien avec le CHU).

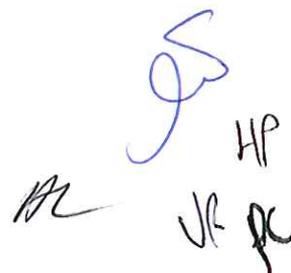
ARTICLE 5 – LES FILIERES PRIORITAIRES IDENTIFIEES

Compte-tenu des caractéristiques du territoire de santé, huit filières prioritaires sont identifiées dans le projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire pour organiser une offre de soins graduée territoriale.

Les huit filières prioritaires sélectionnées sont :

- la filière gériatrique : filière emblématique du territoire. Elle est d'ores et déjà structurée et concerne tous les établissements parties prenantes du GHT, y compris les EHPAD ;
- la filière psychiatrie : filière structurée qui répond au besoin du territoire ;
- les thématiques « troubles nutritionnels et métaboliques » et « conduites addictives et complications » répondent aux besoins de proximité de la population du territoire fragilisée et précaire ;
- les activités non programmées, filière clé pour le GHT, les urgences étant la porte d'entrée de l'hôpital, interconnectées avec toutes les autres filières du territoire ;
- les fonctions supports ;
- les filières périnatalité, gynécologie et obstétrique et la filière cancérologie sont des filières incontournables du territoire.

Le projet médico-soignant partagé définit les objectifs et l'organisation graduée de ces filières.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large stylized signature and initials 'HP', 'JR', and 'PC'.

PARTIE II : LES MODALITES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

TITRE 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS PARTIES

ARTICLE 6 – COMPOSITION

Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont les établissements publics de santé signataires de la présente convention :

- Le centre hospitalier de Dieppe ;
- Le centre hospitalier de Eu ;
- Le centre hospitalier de Saint Valery en Caux.

Ainsi que les établissements médico sociaux suivants :

- L'EHPAD Jean Ferrat, le Tréport
- L'EHPAD Résidence de la scie, Saint-Crespin
- L'EHPAD Albert Jean, Luneray
- L'EHPAD Lemarchand, Envermeu

Les établissements parties ne peuvent être parties à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE 7 – NATURE JURIDIQUE ET DENOMINATION

Il est constitué entre les soussignés établissements parties, un groupement hospitalier de territoire régi par les articles L.6132-1 et suivants du code de la santé publique et par tous les textes législatifs et réglementaires susceptibles de les compléter ou de les modifier, ainsi que par la présente convention.

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« Groupement hospitalier de territoire Caux-Maritime »

Le groupement hospitalier de territoire ne dispose pas de la personnalité morale.

Ar JPS HCB
UR

ARTICLE 8 – OBJET

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé, prévu au I de la présente convention, élaboré par les établissements.

Fondé sur une véritable stratégie de groupe d'efficience et de pertinence du parcours du patient, le groupement hospitalier de territoire assure la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Pour cela, le groupement hospitalier de territoire met en place une gradation des soins hospitaliers et développe des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation. Dans ce but, les établissements parties au GHT, s'engagent à travers leur projet médical partagé, à fluidifier le parcours patient et à garantir une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours.

L'objectif du groupement hospitalier de territoire est d'institutionnaliser et structurer ces réseaux, dans une logique d'optimisation de l'organisation territoriale des soins hospitaliers au service d'une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le groupement hospitalier de territoire a ainsi pour objet, conformément à l'article L.6132-1 du code de la santé publique :

- De mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur la base d'un projet médical partagé décliné par parcours garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ;
- D'assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commune de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

ARTICLE 9 – DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

L'établissement support du groupement est le centre hospitalier de Dieppe.

L'établissement support du groupement est chargé d'assurer pour le compte des autres établissements parties au groupement, des fonctions et activités déléguées, dont son rôle et ses missions fixés par voie réglementaire sont précisées à l'article 30 de la présente convention.

ARTICLE 10 – DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

La qualité d'établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire ne fait pas d'obstacle à la poursuite par cet établissement des actions de coopération engagées préalablement dans un cadre conventionnel ou institutionnel avec des personnes de droit public ou de droit privé (GCS, GIE...), ni d'initier ou de se joindre à de telles actions de coopération, dans les limites des dispositions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention

Handwritten signatures and initials:
A large blue signature is written over the text.
Below it, the initials "HP" are written in blue.
To the right, the initials "VF" and "NL" are written in black.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Chaque membre partie s'engage à participer activement aux objectifs du présent GHT visant à son bon fonctionnement et à communiquer toute information nécessaire qu'il détient à la réalisation de l'objet du GHT.

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

ARTICLE 11 – OBLIGATIONS SPECIFIQUES POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE PARTIES

11-1 : UN EPRD EXAMINE PAR LE GROUPEMENT ET UNE GESTION CENTRALISEE DE TRESORERIE

Chaque état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) est apprécié au regard de l'ensemble des budgets des établissements parties au groupement.

Pour chacun des établissements publics de santé parties au groupement, le Directeur Général de l'ARS Normandie prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel. Il peut demander l'avis du comité stratégique du groupement.

Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire, présentent au comité stratégique, au plus tard le 15 décembre de l'année N leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel de l'année N+1.

Cet avis est transmis, au plus tard huit le 8 janvier de l'année civile, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

Les établissements publics de santé parties au groupement mettent par ailleurs en place une trésorerie commune reposant sur des mécanismes de solidarité de trésorerie.

Chaque établissement public de santé partie au groupement demeure autonome juridiquement et financièrement et conserve un compte au Trésor, mais la solidarité financière se traduit par un mécanisme de gestion centralisée de la trésorerie. Un compte commun au niveau du GHT porté par l'établissement support peut être créé et alimenté à échéances régulières par les comptes au trésor de chaque établissement pour éviter le recours aux lignes de trésorerie et permettre d'assurer une levée efficiente des emprunts.

AZ
JS
VR
HP
NG

Pour améliorer l'accès au crédit, les établissements parties au groupement organisent un dialogue commun de gestion avec les banques.

11-2 : UNE CERTIFICATION CONJOINTE

La certification des établissements de santé par la HAS prévue à l'article L.6113-3 du code de la santé publique est conjointe pour les établissements publics parties du groupement. Le résultat de cette certification conjointe est la mesure des efforts de convergence engagés en matière de mise en œuvre du projet médical partagé et, plus précisément, d'homogénéisation des pratiques de prise en charge.

La première étape en vue de la certification conjointe est la mise en place d'un compte qualité unique à compter du 1^{er} janvier 2020 entre les établissements publics de santé du groupement.

Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des établissements de santé parties au groupement.

ARTICLE 12 – RESPONSABILITES ET ASSURANCES DES ETABLISSEMENTS PARTIES

Dans le cadre du groupement, les établissements parties demeurent pleinement et personnellement responsables à l'égard du patient, des actes de prévention, de diagnostic ou de soins réalisés en leur sein. Les actes réalisés sont couverts par l'assurance responsabilité civile et professionnelle que les établissements et professionnels de santé sont tenus de souscrire en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 13 – AJOUT, RETRAIT OU EXCLUSION D'UN ETABLISSEMENT PARTIE

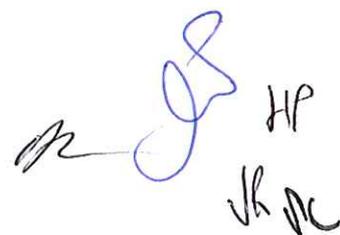
L'adhésion d'un nouveau membre, le retrait ou l'exclusion d'un établissement partie donne lieu à un avenant à la présente convention, soumis à l'approbation du Directeur de l'ARS Normandie.

13-1 : NOUVEL ETABLISSEMENT PARTIE

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social peut s'adjoindre à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun groupement hospitalier de territoire. Son rattachement doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. L'avenant d'intégration est soumis à l'approbation de l'ARS de Normandie.

13-2 : RETRAIT D'UN ETABLISSEMENT PARTIE

Tout membre désirant se retirer du présent groupement hospitalier de territoire, doit en faire la demande expresse au Directeur Général de l'ARS Normandie. Cette demande est motivée et les motifs du retrait sont notifiés aux membres du groupement.



13-3 : EXCLUSION D'UN ETABLISSEMENT PARTIE

Si des manquements contractuels sont reprochés à un établissement membre du groupement hospitalier de territoire, ce dernier peut être exclu en respect de la procédure contradictoire amenant les établissements parties à décider de son exclusion. Dans ces conditions, les établissements membres peuvent engager sa responsabilité contractuelle et saisir le juge administratif s'ils estiment avoir subi un préjudice.

Handwritten signatures and initials:
A
JF
LH
R
P

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS ASSOCIES OU PARTENAIRES AU GROUPEMENT

Le groupement hospitalier de territoire a l'obligation de conventionner avec un CHU de son ressort géographique et la possibilité de conventionner avec tout autre établissement.

ARTICLE 14 – ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et association avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L.6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les hôpitaux des armées ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- Les établissements privés

14-1 : ETABLISSEMENTS ASSOCIES

Le groupement hospitalier de territoire est obligatoirement associé à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L.6132-3 du code de la santé publique.

L'association avec le CHU Hôpitaux de Rouen est traduite dans le projet médical partagé du GHT et dans une convention d'association avec l'établissement support à définir.

L'HAD Caux-Maritime est associée à l'élaboration du projet médical partagé. Elle n'est ni partie ni partenaire à la présente convention.

14-2 : ETABLISSEMENTS PARTENAIRES

Le Centre Henri Becquerel est partenaire du groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L.6134-1 du code de la santé publique. Cette convention prévoit l'articulation du projet médical du Centre Henri Becquerel avec le projet médical du groupement.

D'autres partenariats avec des établissements privés pourront être conclus avec le groupement hospitalier de territoire sous forme de convention dont l'objet sera l'organisation de l'articulation entre le projet médical des établissements privés et celui du groupement.

  HP
UK N

TITRE II : INSTANCES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Il est préalablement exposé que les instances du groupement hospitalier de territoire ne se substituent pas aux instances décisionnelles des établissements parties qui conservent la plénitude de leurs compétences.

CHAPITRE 1 : LE COMITE STRATEGIQUE DE GROUPEMENT

ARTICLE 15 – COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT

15-1 : COMPOSITION

Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est présidé par le directeur de l'établissement support.

En sont membres de droit :

- les directeurs des établissements parties au groupement ;
- les présidents des commissions médicales d'établissement parties au groupement ;
- et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement.
- le président de la commission médicale de groupement ;
- le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire ;

Ces membres de droit ont voix délibérative.

D'autres membres ayant la qualité de membres invités avec voix consultative pourront être conviés de façon permanente ou ponctuelle :

- des représentants des établissements partenaires et associés du groupement : médecins coordonnateurs, directeurs ;
- un ou plusieurs représentants de la direction de l'établissement support.

15-2 : COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive du groupement et de son projet médical et soignant partagés.

Le comité stratégique, ou le cas échéant son bureau, propose ses orientations à son président, le directeur de l'établissement support, dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Le comité stratégique peut, le cas échéant, proposer aux instances compétentes propres des établissements les mesures nécessaires pour faciliter ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la présente convention et le projet médico-soignant partagé.

Le comité stratégique émet un avis sur :

- la trajectoire financière des établissements publics parties du groupement à partir de l'EPRD agrégé des établissements ainsi que de leur plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- le schéma directeur immobilier commun du groupement. Le comité stratégique propose et valide ce schéma et s'assure périodiquement de son avancement et commande les éventuels ajustements intermédiaires.

Le comité stratégique est informé :

- de l'évolution de l'activité des établissements parties au groupement ;
- de la politique de formation ;

AL JS

HD
VR

- du bilan social ;
- du contrat de pôle avant sa signature par son président, le directeur de l'établissement support et par le chef de pôle inter-établissement
- de la trajectoire budgétaire des établissements publics sociaux et médico-sociaux parties au groupement.

Le comité stratégique est concerté sur l'élaboration du schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire par le directeur de l'établissement support, et ce conformément aux objectifs du projet médical partagé.

Le comité stratégique définit et valide la politique qualité gestion des risques du groupement.

15-3 : FONCTIONNEMENT

Le comité stratégique se réunit au moins trois fois par an et de droit, sur convocation de son président et/ou à la demande de l'un de ses membres.

Il est consulté par tous moyens (lettres, télécopies, téléphone, visioconférence, messages électroniques...).

Le comité stratégique peut décider d'inviter à ses réunions toute personne qu'il juge utile et nécessaire à la réflexion qu'il mène et aux actions entreprises. Les décisions se prennent à la majorité absolue des membres présents.

Ses séances se tiennent dans l'établissement support. Un des représentants de la direction de l'établissement support est chargé du secrétariat de cette instance. Il organise les réunions et en rédige les comptes rendus.

ARTICLE 16 : CONSTITUTION D'UN BUREAU RESTREINT

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences et modalités de fonctionnement sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

Le Bureau est composé du :

- président du comité stratégique du groupement ;
- président de la commission médicale de groupement ;
- président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement ;
- un représentant de la direction de l'établissement support (invité permanent).

Tout autre représentant, directeur ou médecin, d'un établissement partie au groupement peut être invité à participer à une réunion du Bureau, selon les besoins des sujets à traiter en séance.

Le représentant de la direction de l'établissement support est chargé du secrétariat de cette instance. Il organise les réunions et en rédige les comptes rendus.

Le Bureau se réunit au moins six fois par an sur convocation du président du comité stratégique, président du Bureau.

Le Bureau dispose d'un rôle spécifique dans la mise en œuvre des décisions du comité stratégique et dans la prise de décisions de gestion du groupement hospitalier de territoire.

AC  HP
VK PC

CHAPITRE 2 : INSTANCE MEDICALE COMMUNE

En application de l'article R.6132-9 du code de la santé publique, les commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement ont choisi de mettre en place une commission médicale de groupement.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans le règlement intérieur de la commission médicale de groupement qui est adopté par la commission médicale de groupement.

ARTICLE 17 – COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT

17-1 : COMPOSITION

Les présidents des commissions médicales d'établissement du centre hospitalier de Dieppe, du centre hospitalier de Eu et du centre hospitalier de Saint-Valery en Caux sont membres de droit au titre de leurs fonctions.

La commission médicale de groupement est composée de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire pour les représenter, pour un mandat de quatre ans renouvelable une fois.

La répartition et le nombre de sièges sont déterminés par le règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire.

17-2 : COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS

La commission médicale de groupement anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement.

Elle donne un avis sur le projet médical et projet de soins partagés du groupement. Elle est tenue informée, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Les compétences déléguées à la commission médicale de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales d'établissement.

Les avis émis par la commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

17-3 : FONCTIONNEMENT

La commission médicale de groupement se réunit au moins trois fois par an.

Elle peut se réunir à la demande de son Président, ou à la demande des deux tiers de ses membres. L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

HP
JA
PC

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette instance sont précisées dans le règlement intérieur de la commission médicale de groupement intégré au règlement intérieur du groupement.

ARTICLE 18 - PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT ET SES ATTRIBUTIONS

18-1 : DESIGNATION DU PRESIDENT

La commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres, pour un mandat de quatre ans renouvelable une fois.

18-2 : ATTRIBUTIONS DU PRESIDENT

Le président de la commission médicale coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

La fonction de président de la commission médicale de groupement est incompatible avec les fonctions de chef de pôle, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie.

Le président de la commission médicale de groupement contresigne le(s) contrat(s) de pôles inter-établissements le cas échéant.

ARTICLE 19 – SOUS-COMMISSIONS ET COMITES DE LA COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT CREES EN REPONSE AUX BESOINS SPECIFIQUES DU TERRITOIRE

La mise en place du groupement hospitalier de territoire vient conforter l'action de certaines instances mises en place par la CME du centre hospitalier de Dieppe ayant d'ores et déjà une vocation territoriale et citées préalablement à l'article 3-4 de la présente convention : fédération SSR, Fédération de cancérologie

Compte-tenu des spécificités et des caractéristiques de santé du territoire, la commission médicale de groupement se dote de commissions ou sous commissions thématiques de territoire afin de mener à bien ses missions.

Le groupement hospitalier de territoire a vocation à permettre à d'autres instances de se territorialiser. La commission médicale de groupement installe au titre de l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les commissions de territoire suivantes :

- Comité de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- Commission des antibiotiques et de lutte contre les infections nosocomiales (CALIN) ;
- Commission de développement professionnel continu de la recherche ;
- Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- Comité de liaison alimentaire et nutrition (CLAN).

Ces comités et commissions territoriales ne se substituent pas aux commissions existantes dans les établissements parties au groupement, sauf disposition contraire pour les instances dont la création n'est pas encadrée par la réglementation.

AC J HP
UH AC

Les conseils ou commissions institutionnels spécifiques mis en place par les établissements publics de santé du territoire ont également vocation à se territorialiser :

- le Conseil d'éthique ;
- le Conseil du Parcours Patient ;
- le Conseil communication ;
- le Conseil qualité ;
- le Conseil SIH ;
- la Cellule d'analyse des séjours extrêmes (CAASE) ;
- la Commission d'analyse des violences hospitalières (CAVH) ;
- la Commission des admissions ;
- la Commission de prévention des risques professionnels ;
- la Commission de l'organisation de la permanence des soins et de l'organisation du temps de travail ;
- la Commission du matériel ;
- la Commission de l'internat et du post-internat

D'autres instances territoriales pourront être créées.

La composition, le fonctionnement et les modalités d'organisation de ces instances communes sont précisées au sein du règlement intérieur de la commission médicale de groupement intégré au règlement intérieur du groupement dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la présente convention.

Les commissions, sous-commissions ou comités sont ouverts à tous les médecins, membres et non membres de la commission médicale de groupement et des commissions médicales d'établissement. Ils doivent faire acte de candidature auprès du président de la commission médicale de groupement.

Az  HP
VR PC

CHAPITRE 3 : INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

Conformément à l'article R.6132-11 du code de la santé publique, pour les établissements publics de santé, la présente convention peut prévoir la création d'un comité ou d'une commission des usagers de groupement selon l'avis exprimé à la majorité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements parties, et en définir les modalités d'organisation.

ARTICLE 20 – COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS DE GROUPEMENT

Une commission des usagers de groupement est créée et mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention.

La composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisées par voie d'avenant dans le règlement intérieur de la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

ARTICLE 21 : PRESIDENT DE L'INSTANCE COMMUNE DES USAGERS DU GROUPEMENT

La commission des usagers de groupement est présidée par le directeur de l'établissement support.

Le président peut se faire assister des collaborateurs de son choix.

Ar JS
HP
JR RC

CHAPITRE 4 : COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE DE GROUPEMENT

ARTICLE 22 – LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE DE GROUPEMENT

Conformément à l'article R.6132-12 du code de la santé publique, une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement est mise en place.

22-1 : COMPOSITION

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement est composée des présidents de CSIRMT et de représentants des commissions des soins, infirmiers, de rééducation et médico techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement, en sont membres de droit au titre de leurs fonctions.

La répartition et le nombre des sièges de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement sont les suivants :

- Trois représentants par collège désignés par la CSIRMT de l'établissement support du groupement (collège des cadres de santé, collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, collège des aides-soignants) ;
- Un représentant par collège désigné par chacune des CSIRMT des établissements parties au groupement (collège des cadres de santé, collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, collège des aides-soignants) ;
- Un représentant des professionnels paramédicaux de chaque établissement partie au groupement

22-2 : COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS

Les commissions des soins infirmiers des établissements parties au groupement délèguent à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement, les compétences suivantes :

Elle est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques associés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu

HP
VR

Elle est informée sur:

- le règlement intérieur des établissements
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 (pour le recrutement d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral)
- le rapport annuel portant sur l'activité des établissements

Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

22-3 : FONCTIONNEMENT

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement se réunit au moins trois fois par an. Par ailleurs, une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est maintenue sur chaque site et se réunit une fois par an. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette instance sont précisées dans le règlement intérieur du groupement.

Elle peut se réunir à la demande de son Président, ou à la demande des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

ARTICLE 23 - PRESIDENT DE LA CSIRMT DE GROUPEMENT ET SES ATTRIBUTIONS

En application de l'article L.6132-12 du code de la santé publique, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire.

Le président de la CSIRMT de groupement assure le suivi de la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé.

AL  H
URDL

CHAPITRE 5 : LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Conformément à l'article L.6132-2 du code de la santé publique, un comité territorial des élus est institué dès la création du groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE 24 – CREATION EX-NIHILO

En application de l'article L.6132-5 du code de la santé publique, le comité territorial des élus locaux est créé dès lors que l'ARS Normandie publie la liste des groupements hospitaliers de territoire. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux du GHT.

ARTICLE 25 - COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT

25-1 : COMPOSITION

Conformément à l'article R.6132-13 du code de la santé publique, sont membres de droit :

- les maires des communes sièges de chaque établissement partie au groupement ;
- les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements médico-sociaux parties ;
- le président du comité stratégique ;
- les directeurs des établissements parties au groupement et/ou leurs représentants ;
- le président de la commission médicale de groupement ;

D'autres membres ayant la qualité de membres invités avec voix consultative sont conviés de façon permanente :

- les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements publics de santé parties au GHT ;
- un ou plusieurs représentants de la direction de l'établissement support.

D'autres membres ayant la qualité de membres invités avec voix consultative pourront être conviés selon les besoins.

25-2 : COMPETENCES/ATTRIBUTIONS

Le comité territorial des élus locaux est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

25-3 : FONCTIONNEMENT

Le comité territorial des élus est présidé par le président du conseil de surveillance de l'établissement support, pour une durée de trois ans.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins deux fois par an et de droit, à la demande du président du comité stratégique, de son président, ou à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

Il est consulté par tous moyens (lettres, télécopies, téléphone, visioconférence, messages électroniques...).

Le comité territorial des élus locaux peut décider d'inviter à ses réunions toute personne qu'il juge utile et nécessaire pour évaluer les actions entreprises par le groupement.

Les décisions se prennent à la majorité absolue des membres présents.

Ar *SP* *HP*
VR *PC*

Ses séances se tiennent dans l'établissement support. Un des représentants de la direction de l'établissement support est chargé du secrétariat de cette instance. Il organise les réunions et en rédige les comptes-rendus.

AL  HP
VR NC

CHAPITRE 6 : LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Conformément à l'article R.6132-14 du code de la santé publique, une conférence territoriale de dialogue social est mise en place. La mise en place de cette instance poursuit l'objectif de développer un véritable dialogue social de territoire en associant ses membres sur les orientations stratégiques retenues pour le groupement.

ARTICLE 26 - COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT DE LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

26-1 : COMPOSITION

La conférence territoriale de dialogue social est composée des membres suivants :

- Le directeur de l'établissement support, président du comité stratégique ;
- Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ;
- Des représentants des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement dont le nombre est fixé au sein du règlement intérieur ;
- Avec voix consultative, le président de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

26-2 : COMPETENCES/ATTRIBUTIONS

La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

Le détail des compétences et attributions est fixé dans le cadre du règlement intérieur.

26-3 : FONCTIONNEMENT

La conférence territoriale de dialogue social se réunit sur convocation du président. Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans le règlement intérieur du groupement.

ARTICLE 27 - DESIGNATION DU PRESIDENT ET ATTRIBUTIONS

La conférence territoriale de dialogue social est présidée par le président du comité stratégique.

AK JS HP
VK DC

CHAPITRE 7 : LE CONSEIL DE COMMUNICATION DE GROUPEMENT

ARTICLE 28 – COMPOSITION, COMPETENCES ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE COMMUNICATION DE GROUPEMENT

Les établissements parties au groupement mettent en place un conseil de communication de groupement dont la composition et les modalités de fonctionnement sont décrites au sein du règlement intérieur de groupement.

28-1 : COMPOSITION

Le conseil de communication du groupement est composé :

- Le directeur de l'établissement support ou son représentant ;
- d'un référent communication désigné par chaque établissement partie au groupement ;
- de deux représentants désignés par la commission médicale de groupement ;
- de deux représentants désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques de groupement ;
- d'un représentant de la commission des usagers de groupement ;
- du directeur de la communication de l'établissement support.

Le conseil de communication du groupement peut inviter d'autres membres qu'il juge utiles pour participer à ses travaux.

Le Conseil de la communication constitue un bureau dont la composition et le fonctionnement sont fixés dans le règlement intérieur.

28-2 : COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS

Le conseil de communication de groupement est une instance de réflexion et de concertation chargée d'émettre des propositions sur les objectifs prioritaires de la communication interne et externe du groupement et sur les actions spécifiques à conduire dans ce cadre.

A ce titre, il veille à prendre en compte les particularités des établissements membres.

Le conseil de communication de groupement valide la stratégie de communication du groupement sur proposition de la direction de la communication.

Ce conseil de communication assure les missions suivantes :

- Créer et véhiculer une image du groupement hospitalier de territoire
- Créer une identité du groupement hospitalier de territoire tout en préservant les spécificités des établissements membres
- Informer sur le groupement et ses orientations

28-3 : FONCTIONNEMENT

Le conseil communication de groupement se réunit trois fois par an, sur convocation de son coordonnateur.

ML JS HP
VR PC

Il est coordonné par le directeur de la communication de l'établissement support. Le conseil de la communication élabore et propose au Comité stratégique du groupement les orientations en matière de politique de communication territoriale.

AL J HA
VR PC

TITRE III : FONCTIONNEMENT

CHAPITRE 1 : L'ETABLISSEMENT SUPPORT, ROLE ET PREROGATIVES

ARTICLE 29 - ROLE ET COMPETENCES DELEGUEES DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

29-1 : UNE GESTION DE FONCTIONS ET ACTIVITES DELEGUEES

En application de l'article L.6132-3 du code de la santé publique, l'établissement support est nommé désigné délégataire et chargé d'assurer pour le compte des autres établissements parties au groupement, des fonctions et activités déléguées.

L'établissement support du groupement est chargé d'assurer pour le compte des autres établissements parties au groupement, des fonctions et activités déléguées, à savoir :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

À ce socle d'activités et de fonctions obligatoirement déléguées à l'établissement support, s'ajoute la possibilité pour ce dernier de gérer également, pour le compte des établissements parties, des équipes médicales communes, des pôles inter-établissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Les établissements parties au GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de biologie médicale, le cas échéant, au sein d'un pôle inter-établissements, sans qu'un rôle spécifique ait été attribué, en la matière, à l'établissement support.

L'établissement support assure le déploiement opérationnel du projet médico-soignant partagé.

29-2 : DES COMPETENCES DELEGUEES

Les directeurs des établissements parties au groupement délèguent au directeur de l'établissement support les compétences suivantes, nécessaires à la mise en œuvre de ses missions :

- La représentation de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et l'action en justice au nom de l'établissement, pour les compétences mutualisées au sein du groupement ;
- La gestion des affaires courantes et l'exécution des délibérations du conseil d'administration pour les compétences mutualisées au sein du groupement.

Ces compétences sont déléguées pour la durée de cette présente convention et renouvelées tacitement.

Le directeur de l'établissement déléguant est tenu informé, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations.

AR  HP
UH JC

ARTICLE 30 : ROLE ET COMPETENCES DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Le directeur de l'établissement support est le garant du fonctionnement opérationnel du GHT. Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement.

Contrepartie naturelle aux délégations d'activités au profit de l'établissement support de GHT, des attributions spécifiques sont reconnues au chef de l'établissement support dans le cadre des activités et fonctions entrant dans le périmètre du GHT.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce les compétences pour le compte des établissements de santé parties au GHT pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique (SIH, DIM, politique achats, formation, équipes médicales communes, pôles inter-établissements, activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, biologie médicale).

Le directeur de l'établissement support dispose d'une compétence pleine et entière de chef d'établissement (pouvoir décisionnel, représentation légale, ordonnateur des dépenses et des recettes, pouvoir de nomination...) dans le champ des fonctions et activités déléguées.

Il est doté de toutes les compétences nécessaires à la gestion des fonctions et activités entrant dans le périmètre obligatoire et également facultatif du GHT ; il dispose de tous les leviers d'action possibles pour structurer les organisations découlant des fonctions et activités mutualisées dans le cadre du GHT.

Dès lors que l'établissement support est associé à une convention de direction commune, le directeur de l'établissement support dispose de l'intégralité des compétences et responsabilités des chefs des établissements parties au chef de l'établissement support.

AC JP HP
VR DJ

CHAPITRE 2 : FONCTIONS MUTUALISEES OBLIGATOIRES

En application de l'article L.6132-3 du code de la santé publique, l'établissement support assure en cohérence avec les orientations réglementaires, des missions relatives au système d'information, à l'information médicale de territoire, aux achats et à la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu pour le compte des établissements parties au groupement.

I - SYSTEME D'INFORMATION CONVERGENT

ARTICLE 31 – DELEGATIONS A L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Le centre hospitalier de Dieppe assure pour le compte des établissements parties au groupement la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient dans l'objectif de permettre une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement.

Le centre hospitalier de Dieppe met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34.

Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire est géré par la direction de l'établissement support en charge des systèmes d'information, pour le compte de l'ensemble des établissements de santé parties au groupement.

Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique

ARTICLE 32 – MISE EN ŒUVRE DE LA DELEGATION

32-1 : APPLICATIONS IDENTIQUES POUR CHACUN DES DOMAINES FONCTIONNELS

En application de l'article R. 6132-15, le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels.

32-2 : RESPECT DE LA VIE PRIVEE ET SECRET MEDICAL

Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement sont partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique conférant un droit au respect de la vie privée du patient et du secret des informations le concernant. L'établissement support met en œuvre dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Handwritten signatures and initials:
A large blue signature, possibly "JL".
Below it, "HAP" and "VK PC" in black ink.

32-3 : CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

Le système d'information hospitalier convergent sera progressivement déployé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un calendrier progressif de convergence est organisé et fera l'objet d'une annexe à la présente convention.

Sa mise en place débutera par la formalisation d'un schéma directeur du système d'information du groupement, attendu pour le 1er janvier 2018, en conformité avec les objectifs du projet médical partagé validé par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation du comité stratégique.

Les établissements parties au groupement utilisent un identifiant unique pour les patients au plus tard au 1er janvier 2021.

Les modalités de mise en œuvre feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

32-4 : MISE EN PLACE D'UNE COORDINATION REPOSANT SUR UN CONSEIL STRATEGIQUE SYTEME D'INFORMATION DE GROUPEMENT

Les établissements parties au groupement conviennent de créer un conseil stratégique système d'information de groupement dont la composition, les missions et les modalités de fonctionnement sont définis dans le cadre du règlement intérieur de groupement.

AZ [Signature] VR [Signature]

II - FONCTION ACHATS

L'établissement support assure la fonction achat. Le responsable achat est placé sous l'autorité du directeur de l'établissement support. Sur la base d'un état des lieux réalisé en 2015 au sein de l'ensemble des établissements de la direction commune, le groupement dispose d'ores et déjà d'une cartographie des processus achats de la quasi-totalité des établissements du groupement. La mise en place du groupement hospitalier de territoire permettra de consolider les actions déjà engagées.

ARTICLE 33 – COMPETENCES

L'établissement support assure pour le compte du groupement les missions suivantes :

- L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achats en exploitation et en investissement ;
- La planification et la passation des marchés ;
- Le contrôle de gestion des achats ;
- Les activités d'approvisionnement à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Un responsable achats placé sous l'autorité du directeur de l'établissement support, met en œuvre :

- La fonction achats
- Le plan d'action achats du GHT pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire

Dans cette perspective, un groupe projet sur la fonction achat du groupement peut être mis en place.

ARTICLE 34 – OBJECTIFS

La centralisation de la gestion de la fonction achat poursuit les objectifs suivants :

- Elaboration d'un plan d'action commun
- Amélioration de la gestion des achats
- Amélioration de la traçabilité du suivi des achats
- Réalisation de gains sur achats

ARTICLE 35 – MISE EN PLACE D'UNE COORDINATION

35-1 : COMMISSION DES ACHATS DE GROUPEMENT

35-1-1 : COMPOSITION

Les établissements parties au groupement conviennent de créer une commission des achats de groupement dont la composition sera définie dans le cadre du règlement intérieur de groupement

35-1-2 : MISSIONS ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

La commission des achats de groupement formule un avis, sur la base d'un rapport de présentation sur les différentes procédures passées dans le cadre du code de la commande publique. Elle a également vocation à être un lieu d'échanges et de discussion

La commission des achats se réunit tous les mois excepté en cas d'absence de dossier à l'ordre du jour.

AL JS HP
 VR PC

L'avis rendu par la commission des achats de groupement est consultatif.

Les échanges et l'avis formulé sont consignés dans un procès-verbal.

Selon la nature du besoin, le directeur de l'établissement support peut soustraire la présentation des consultations réalisées pour les motifs suivants :

- marchés négociés pour lequel il n'y a pas de concurrence possible puisque étant couvert par un droit d'exclusivité,
- marchés dont l'urgence manifeste est avérée,
- marchés ou modifications en cours d'exécution dont l'enjeu stratégique et/ou politique est quasi nul

Ces dérogations feront l'objet d'une information motivée régulière auprès des membres de la commission.

35-2 : COPIL ACHAT

35-2-1 : COMPOSITION

Les établissements parties au groupement conviennent de mettre en place un comité de pilotage achats de groupement dont la composition sera définie dans le cadre du règlement intérieur de groupement

35-2-2 : MISSIONS ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Le COPIL achats est chargé de la mise en œuvre opérationnelle de la politique achats, des actualités en matière de marchés publics, de l'élaboration et du suivi du plan actions achats annuel en lien avec la feuille de route ONDAM ARS (programme PHARE).

Le COPIL achats est également un lieu d'échanges et de diffusion de bonnes pratiques achats, de reporting des actions réalisées et des gains générés.

Il se réunit deux fois par an.

35-3 : COMMISSION DES MENUS

Les établissements parties conviennent de maintenir une commission des menus propre à chaque établissement.

Ces commissions des menus sont chargées de la validation et de la mise en application des menus dans le but d'améliorer la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition en cohérence avec les contraintes des centres de production respectifs.

AR JL HH
VR M

III - DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE DE TERRITOIRE

Mutualisation obligatoire identifiée par les textes, la création d'un DIM de territoire a pour vocation de permettre la mutualisation de compétences rares, de développer de façon homogène la qualité des données, de faire converger les pratiques de codage et de permettre une analyse médico économique de l'activité. Dans le cadre des actions engagées par les établissements en direction commune du territoire de Dieppe, il convient de noter qu'une mutualisation est déjà effective entre le CH de Dieppe et le CH de Eu.

ARTICLE 36 – DESIGNATION, COMPETENCES ET MISSIONS DU MEDECIN RESPONSABLE DU DIM

Le centre hospitalier de Dieppe assure la gestion du département de l'information médicale (DIM) de territoire. Le médecin responsable du DIM est placé sous son l'autorité du directeur de l'établissement support et agit pour le compte de l'ensemble des établissements du groupement. Le DIM de territoire se substitue aux DIM existants au sein des établissements du groupement.

36-1 : DESIGNATION

Le médecin responsable du DIM de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président de la commission médicale de groupement.

36-2 : COMPETENCES

Le médecin responsable du DIM du territoire a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux, soignants, administratifs et d'encadrement du département d'information médicale.

Il coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné aux commissions et représentants suivants :

- à la commission de l'établissement concerné ;
- à la commission médicale de groupement ;
- au représentant de l'établissement concerné ;
- au représentant de l'établissement support du groupement ;
- et à l'ensemble des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité de l'ensemble des établissements partis au groupement au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

36-3 : MISSIONS

Le médecin responsable du DIM de territoire assure les missions suivantes :

- Il prépare les décisions mentionnées à l'article R. 6113-9, qui permettent notamment d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

HP
PC

- Il participe à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R.6113-8 ;
- Il contribue à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R.6113-6.
- Il contribue aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

ARTICLE 37 – MODALITES D'ORGANISATION DU DIM DE TERRITOIRE

37-1 : ANALYSE DE L'ACTIVITE

Le DIM de territoire procède à l'analyse de l'ensemble de l'activité des établissements parties au groupement.

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable du DIM de territoire.

Pour assurer les missions confiées réglementairement, le médecin DIM de territoire dispose d'une équipe commune des techniciens d'information médicale sur le territoire qu'il coordonne.

Une représentation du département de l'information médicale de territoire est assurée par un médecin référent au sein de chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement. Ce médecin référent assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

37-2 : DELEGATION A L'ETABLISSEMENT SUPPORT DU CONTROLE DE GESTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PARTIES AU GROUPEMENT

Dans l'analyse médico économique des activités sanitaires des établissements parties au groupement, le suivi de l'activité et le pilotage du recouvrement des recettes, le médecin DIM bénéficie de l'appui d'une cellule de contrôle de gestion.

Par conséquent, les établissements sanitaires parties au groupement délèguent à l'établissement support la coordination et l'animation du contrôle de gestion du groupement.

A ce titre, des outils partagés d'analyse médico économique sont mis en place au niveau du groupement (DIM report, DIM Expert). La coordination de la comptabilité analytique et des réponses aux enquêtes nationales (SAE, Retraitement comptable) est assurée au niveau du groupement par la cellule de contrôle de gestion.

37-3 : TRAITEMENT DES DONNEES NOMINATIVES

Conformément aux dispositions du chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les traitements de données nominatives prévus dans chaque établissement de santé font l'objet avant leur mise en œuvre d'une demande d'avis ou d'une déclaration préalable de l'établissement support, pour le compte de l'ensemble des établissements parties auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

 HP
UR fi

IV - COORDINATION DES INSTITUTS DE FORMATION, DES INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICALE ET DES PLANS DE FORMATION CONTINUE ET DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINUE

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire assure :

- la coordination de l'institut de formation et des écoles de formation paramédicale du groupement ;
- la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements faisant partie du groupement
- Il est membre du groupement régional des IFSI

ARTICLE 38 – COORDINATION DES INSTITUTS ET DES ECOLES DE FORMATION

38-1 : MODALITES D'ORGANISATION

L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) dépend du centre hospitalier de Dieppe. Il est référent sur l'ensemble des établissements parties à la présente convention et travaille à la construction d'une politique de formation initiale au niveau du groupement.

38-2 : POLITIQUE DE STAGE

Les établissements parties au groupement s'engagent à mener une réflexion territoriale relative à la mise en cohérence de leur politique de stage afin d'offrir aux étudiants une offre cohérente de terrains de stage.

La définition et la mise en œuvre d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux en stage, est réalisée en collaboration avec le directeur de l'Institut de Formation. Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité.

ARTICLE 39 – FORMATION CONTINUE

39-1 : COORDINATION DE LA POLITIQUE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.

A moyen terme, l'accès des agents des établissements membres du groupement, à des actions de formation professionnelle est assuré dans le cadre d'un **plan de formation commun**, élaboré par le Centre hospitalier de Dieppe établissement support du groupement hospitalier de territoire.

Dans la poursuite des actions d'ores et déjà engagées dans le cadre de la direction commune, ce plan de formation commun sera construit en plusieurs étapes. Ainsi, des formations (AFGSU, hémovigilance) étant

AL
JP
IK PC

d'ores et déjà proposées à l'ensemble des établissements du groupement hospitalier de territoire. Un plan de formation relatif à ces actions partagées sera construit puis étendu à l'ensemble des actions de formation pour arriver à un plan de formation commun.

Le plan de formation commun sera établi chaque année. Il détermine les actions de formation initiale et continue organisées par les établissements ou à l'initiative de l'agent avec l'accord du directeur. Ce plan tient compte à la fois des projets d'établissement, de l'évolution des emplois compétences et missions de l'établissement, des besoins de perfectionnement, d'évolution ainsi que des nécessités de promotion interne. Il est soumis, pour avis, au comité technique d'établissement de chaque établissement.

Il comporte une prévision du coût de revient des actions de formation faisant apparaître leur coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, les dépenses de déplacement et d'hébergement ainsi que le coût de la cellule formation du Centre hospitalier de Dieppe.

Il comporte également des informations relatives au congé de formation professionnelle, au bilan de compétences, aux actions de validation des acquis de l'expérience professionnelle, au droit individuel à la formation et aux périodes de professionnalisation.

L'ensemble des agents des établissements membres du groupement bénéficie d'un égal accès aux formations relevant du plan de formation sous réserve du nombre de places disponibles.

Le chef d'établissement du centre hospitalier de Dieppe arrête tous les ans le plan de formation, après avis du comité technique d'établissement de chaque établissement qui se réunit, à cet effet, au cours du dernier trimestre précédant la période couverte par ce plan. Le plan de formation prend en compte les priorités nationales de formation et les plans de santé publique définis par le ministre chargé de la santé.

39-2 : COMMISSION DE FORMATION

Une commission de formation commune est créée. Elle a pour mission de donner un avis sur la politique générale de formation et le plan de formation. Cette commission de formation est organisée par le centre hospitalier de Dieppe établissement support du groupement. Elle se réunit 2 fois par an afin, dans un premier temps, de présenter le bilan de l'année précédente puis dans un second de présenter le plan de formation de l'année suivante.

La composition de la commission de formation de groupement sera détaillée dans le règlement intérieur de groupement.

ARTICLE 40 – DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation réglementé:

- créé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 ;
- effectif depuis le 1er janvier 2013 ;
- dédié aux professionnels de santé de France (au sens du Code de Santé Publique, chapitre IV).

Il a pour objectif :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

AR JS HP
VR PG

- le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques

Au jour de la signature de la présente convention sont concernés par cette obligation le centre hospitalier de Dieppe et le Centre hospitalier de Eu (médecine, urgences)

Un plan de DPC sera créé et coordonné par le centre hospitalier de Dieppe.

En cohérence avec les actions déjà mises en place dans le cadre de la direction commune, des programmes de DPC du centre hospitalier de Dieppe seront ouverts aux établissements du groupement hospitalier de territoire afin que chaque professionnel puisse remplir son obligation triennale en suivant un parcours de DPC dans son intégralité.

MZ JF HP
VR PC

CHAPITRE 3 : AUTRES FONCTIONS ET ACTIVITES MUTUALISEES

I- ORGANISATION TERRITORIALE DE LA QUALITE

ARTICLE 41 – ORIENTATIONS

Conformément à la réglementation, les établissements parties au groupement s'engagent dans une démarche qualité afin de garantir au mieux la qualité et l'efficacité de la prise en charge globale du patient.

Les principales orientations qualité gestion des risques de la politique qualité portent sur :

- l'amélioration du parcours patient, de sa prise en charge, du respect de ses droits, la bonne tenue du dossier patient ;
- l'amélioration continue des pratiques professionnelles par la qualité et la gestion des risques ;
- le développement de la culture de sécurité et de gestion des risques au sein de l'établissement ;
- L'engagement des équipes dans l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- La contribution à l'attractivité de chacun des établissements du groupement

ARTICLE 42 – COORDINATION

42-1 : CONSEIL STRATEGIQUE QUALITE DE GROUPEMENT

Afin de coordonner le pilotage et la mise en œuvre d'une politique qualité de groupement, les établissements parties conviennent de mettre en place un conseil stratégique qualité dont la composition et les modalités de fonctionnement seront définis au sein du règlement intérieur de groupement.

Instance de concertation et d'orientation de la politique qualité gestion des risques, ce conseil est chargé de :

- proposer la politique qualité gestion des risques ;
- proposer les évolutions des orientations stratégiques en matière de qualité et gestion des risques ;
- utiliser le bilan annuel sur l'atteinte des objectifs et l'évolution des indicateurs de suivi comme moyen de pilotage institutionnel et polaire de la qualité gestion des risques ;
- valider le programme qualité sécurité des soins (PAQSS) territoire annuel ;
- proposer la méthodologie de gestion de projet au sein des établissements ;
- orienter et soutenir la démarche qualité ;
- veiller à la formation des acteurs et en procurer les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs opérationnels ;
- déterminer et/ou valider les objectifs à atteindre avec un arbitrage sur les priorités ;
- valider les programmes DPC médicaux et paramédicaux ;
- valider les plans de gestion de crise ;
- valider les plans de communication en matière de qualité et de gestion des risques ;
- valider les propositions de projets expérimentaux qualité gestion des risques avec des organismes extérieurs ;
- établir un bilan annuel de la politique qualité gestion des risques.

Handwritten signatures and initials:
A large blue signature, a smaller blue signature, and initials "HP" and "VR" in black ink.

42-2 : LES COMITES QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Deux comités qualité et gestion des risques sont créés d'une part pour l'ensemble des établissements publics de santé parties au groupement et d'autre part pour l'ensemble des établissements médico sociaux parties au groupement.

Ces comités sont chargés de la concertation et du pilotage opérationnel de la qualité et de la gestion des risques. Ils coordonnent lors de réunions périodiques, les propositions et réflexions des vigilants et des référents gestion des risques des établissements.

Instances de définition du PAQSS et des indicateurs de suivi, les comités sont chargés de :

- proposer un programme d'actions concertées s'agissant de la gestion des risques et des actions qualité au conseil stratégique qualité gestion des risques de groupement ;
- assurer le suivi et le déploiement du programme d'actions ;
- intégrer les actions issues des démarches de retour d'expérience ;
- coordonner le recueil des propositions d'actions ;
- établir les plans de gestion de crise ;
- proposer les plans de communication en matière de qualité et de gestion des risques ;
- proposer de participer à des projets expérimentaux qualité gestion des risques avec des organismes extérieurs.

La composition et les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement intérieur de groupement.

42-3 : BUREAU OU CELLULE QUALITE GESTION DES RISQUES

Des bureaux ou cellule qualité gestion des risques sont créés au sein de chaque établissement public de santé.

La composition et les modalités d'organisation sont définies au sein du règlement intérieur du groupement.

Ils sont chargés de la mise en œuvre, de la coordination et du déploiement du programme d'actions qualité gestion des risques en :

- Veillant à la réalisation du programme annuel ;
- Coordonnant les actions qualité gestion des risques ;
- Réalisant un point régulier sur les événements indésirables ;
- Définissant les actions à mettre en œuvre en cas d'évènement indésirable grave nécessitant une intervention immédiate.
- Préparer les données nécessaires au Comité qualité gestion des risques.

ARTICLE 43 – CERTIFICATION

Comme prévu à l'article 11-2 de la présente convention, dans l'objectif d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements parties se dotent à compter du 1^{er} janvier 2020 d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L.6132-4.

Le calendrier de mise en œuvre du compte qualité unique fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

AC J HP
UR PC

II - ORGANISATION ET MANAGEMENT TERRITORIAL TECHNIQUE DES ETABLISSEMENTS

ARTICLE 44 – LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER TERRITORIAL

Le comité stratégique, après avis du comité territorial des élus locaux, valide un schéma directeur immobilier territorial en cohérence avec le projet médical partagé. Il tient compte des orientations régionales et est respectueux des choix budgétaires de chacun des établissements parties au groupement.

Il est valable pour une durée de 5 ans. Il est construit notamment en prenant compte le projet médico-soignant du groupement et les projets médico-soignants des établissements, l'état technique et fonctionnel des bâtis et les trajectoires budgétaires de chaque établissement et le plan global de financement pluriannuel de groupement.

L'établissement support apporte son soutien à la structuration de la fonction de maitrise d'ouvrage dans les établissements du groupement nécessaire au déploiement du Schéma Directeur Immobilier Territorial.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

CHAPITRE 4 : ORGANISATION EN COMMUN DES FONCTIONS SUPPORTS

L'article L.6132-3 du code de la santé publique impose une organisation commune des activités d'imagerie médicale d'une part et des activités de biologie médicale d'autre part.

Aux fins d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, de pharmacie ainsi que certaines activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement hospitalier de territoire conviennent de mutualiser et de mettre en commun les équipements au service du parcours patient et de l'égal accès aux soins.

Cette organisation commune est traduite dans le projet médico-soignant partagé, qui comprend notamment :

ARTICLE 45 – ORGANISATION COMMUNE DES ACTIVITES DE BIOLOGIE MEDICALE, D'IMAGERIE, DE PHARMACIE, CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

45-1 : ACTIVITES DE BIOLOGIE MEDICALE

L'accès au plateau technique de biologie médicale du centre hospitalier de Dieppe est facilité pour l'ensemble des établissements parties au groupement.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont décrites au sein du règlement intérieur de groupement.

45-2 : IMAGERIE

La prise en charge en imagerie des patients des établissements du groupement sera coordonnée et organisée sur le territoire. L'accès aux différentes modalités d'imagerie et le parcours des patients seront identifiés et formalisés, en particulier l'accès aux modalités d'échographie, de tomodensitométrie et d'IRM de l'établissement support.

La synergie entre les salles de radiologie sera organisée pour optimiser la qualité de la prise en charge et en particulier en ce qui concerne l'optimisation des doses de rayonnement délivrées et l'interprétation des examens par téléradiologie.

45-3 : PHARMACIE

La PUI de l'établissement support est la PUI du territoire. Les PUI des autres établissements sont maintenues mais elles délèguent une partie de leur activité à la PUI de territoire.

Les modalités pratiques de délégation et le cadre juridique sont précisés par voie d'avenant conformément à l'ordonnance attendue.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large stylized signature and the initials 'HP', 'UR', and 'RC'.

CHAPITRE 5 : CONSTITUTION DE FEDERATIONS, D'EQUIPES MEDICALES COMMUNES OU DE POLES INTER-ETABLISSEMENTS

Les établissements parties au groupement conviennent de leur intérêt commun de formaliser des organisations communes visant à développer notamment des consultations avancées et des temps médicaux partagés, dans le cadre d'une fédération, d'une équipe médicale commune ou d'un pôle inter-établissement.

ARTICLE 46 - FEDERATIONS

Au jour de la signature de la présente convention, deux Fédérations existent : fédération SSR et fédération cancérologie.

Dans le cadre du groupement, l'objectif est de consolider le rôle territorial et de déployer une politique partagée de ces fédérations

- consolider la fédération SSR dans l'optique de la création d'un pôle inter-établissement SSR ;
- consolider la fédération cancérologie chargée d'animer et de coordonner la politique d'amélioration de la PEC des patients pour harmoniser les pratiques, définir et harmoniser les chemins cliniques sur l'ensemble des pathologies, sensibiliser au dépistage, améliorer l'accès aux soins et au suivi.

D'autres fédérations pourront être créées dont les modalités d'organisation et de fonctionnement feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

ARTICLE 47 - EQUIPES MEDICALES COMMUNES

Afin d'organiser le parcours du patient sur le territoire et en cohérence avec les objectifs du projet médical et soignant partagés, des équipes médicales territorialisées pourront être constituées.

L'organisation des équipes médicales communes existantes (gériatrie) et la constitution de nouvelles équipes médicales communes seront précisées dans le projet médical et soignant partagés annexé à la présente convention.

ARTICLE 48 - POLES INTER-ETABLISSEMENTS

Aux fins d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, de pharmacie ainsi que certaines activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement hospitalier de territoire peuvent décider de constituer un pôle inter-établissement d'activités cliniques ou médico-techniques. Le cas échéant, les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces pôles sont décrites au sein du projet médical et soignant partagés, conformément à la réglementation.

Les établissements parties au groupement conviennent de créer dès que possible un pôle inter-établissement en lieu et place d'une fédération existante.

 HP
VR

Une représentation du pôle inter-établissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution.

48-1 : LE CHEF DE POLE

Conformément à l'article R. 6146-9-3 du code de la santé publique, le chef de pôle inter-établissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président de la commission médicale de groupement.

Le chef de pôle inter-établissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissement. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical et soignant partagés.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

48-2 : LE PROJET DE POLE

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.


HP
UR PC

CHAPITRE 6 : TRANSFERTS D'ACTIVITE, MISE A DISPOSITION ET CESSION

ARTICLE 49 – TRANSFERT D'AUTORISATION

Le groupement hospitalier de territoire fournit le cadre juridique et fonctionnel pour sécuriser les activités de soins et l'exploitation des équipements lourds.

Conformément à l'objectif de rationalisation des modes de gestion, des mises en commun de fonctions ou des transferts d'activités entre établissements pourront être envisagées.

Ces délégations et/ou transferts d'activité découlent de la mise en œuvre du projet médical partagé.

Les délégations ou transferts de compétences entre les établissements parties du groupement qui viendraient, le cas échéant, à être décidés a posteriori de la signature de la présente convention, donneront lieu, à un avenant dans les conditions prévues à l'article 60 de cette convention.

[Handwritten signature] H
V

CHAPITRE 7 : ACTIVITES DE NATURE HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

ARTICLE 50 – COORDINATION DES ACTIVITES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Conformément à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, les activités de nature hospitalo-universitaire sont coordonnées par le CHU-Hôpitaux de Rouen au bénéfice des établissements parties au présent groupement pour lequel il est associé. Le CHU-Hôpitaux de Rouen coordonne ainsi :

- Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- Les missions de recherche, dans le respect de l'article L.6142-1 du code de la santé publique ;
- Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- Les missions de référence et de recours.

Les conditions de mise en œuvre de ces missions dont un certain nombre font d'ores et déjà l'objet de partenariats, seront précisées dans la convention d'association entre le CHU-Hôpitaux de Rouen et l'établissement support du groupement.

MA
Vh HP
PC

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 51 : PROCEDURE DE CONCILIATION

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à des conciliateurs qu'elles auront désignés.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS Normandie

Faute d'accord, la juridiction compétente pourra être saisie.

ARTICLE 52 : COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement.

ARTICLE 53 – REGLEMENT INTERIEUR DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

En application de l'article R. 6132-2, la présente convention constitutive est complétée par un règlement intérieur qui est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

ARTICLE 54 – DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION

Le groupement hospitalier de territoire est créé pour une durée indéterminée, à compter de la date de l'approbation de la présente convention par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Normandie.

La présente convention est conclue pour une durée de dix ans et est renouvelée par tacite reconduction.

ARTICLE 55 – MISE EN CONFORMITE MODIFICATIONS DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

55-1 : MISE EN CONFORMITE

En application de l'article R.6132-6, en cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois.

A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

55-2 : MODIFICATIONS

Les termes de la présente convention peuvent faire l'objet de modifications par voie d'avenants. Les avenants sont préparés par le comité stratégique et approuvés par les établissements parties du groupement après avis de leurs instances délibératives,

Les avenants sont soumis à l'approbation du Directeur Général de l'ARS Normandie et entrent en vigueur à compter de leur date d'approbation. Ils sont annexés à la présente convention.

ARTICLE 56 – MODALITES DE RESILIATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

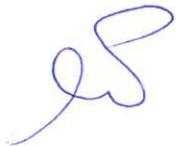
56-1 : LES MOTIFS DE RESILIATION

La présente convention peut être résiliée :

- Par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties au groupement ;
- Par demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties au groupement ;
- Par décision du Directeur Général de l'ARS Normandie :
 - o en cas de non application de la présente convention ;
 - o en cas d'évolution législative ;
 - o en cas d'évolution de l'organisation régionale et territoriale à travers le projet régional de santé et ses schémas régionaux d'organisation.

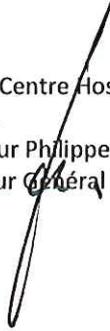
56-2 : LES CONDITIONS DE RESILIATION

La présente convention peut être résiliée dès lors que l'ensemble des mutualisations d'autorisations d'activités et des mutualisations de gestion est réalisé. Cette condition suspensive est dite simplement potestative.


VR
PC
FP

Fait à Dieppe, le 17 juin 2016

Pour le Centre Hospitalier de
Dieppe,
Monsieur Philippe COUTURIER
Directeur Général



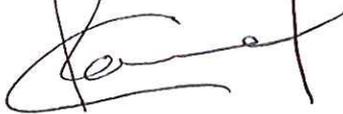
Pour le Centre Hospitalier de Eu,
Madame Catherine PILLET
Directrice déléguée de site



Pour le Centre Hospitalier de
Saint-Valery-en-Caux,
Monsieur Hervé PAUMARD
Directeur délégué de site



Pour l'EHPAD de Luneray,
Monsieur Hervé PAUMARD
Directeur délégué de site



Pour l'EHPAD de Saint-Crespin
Madame Valérie ROCHETTE
Directrice déléguée de site



Pour l'EHPAD du Tréport
Madame Catherine PILLET
Directrice déléguée de site

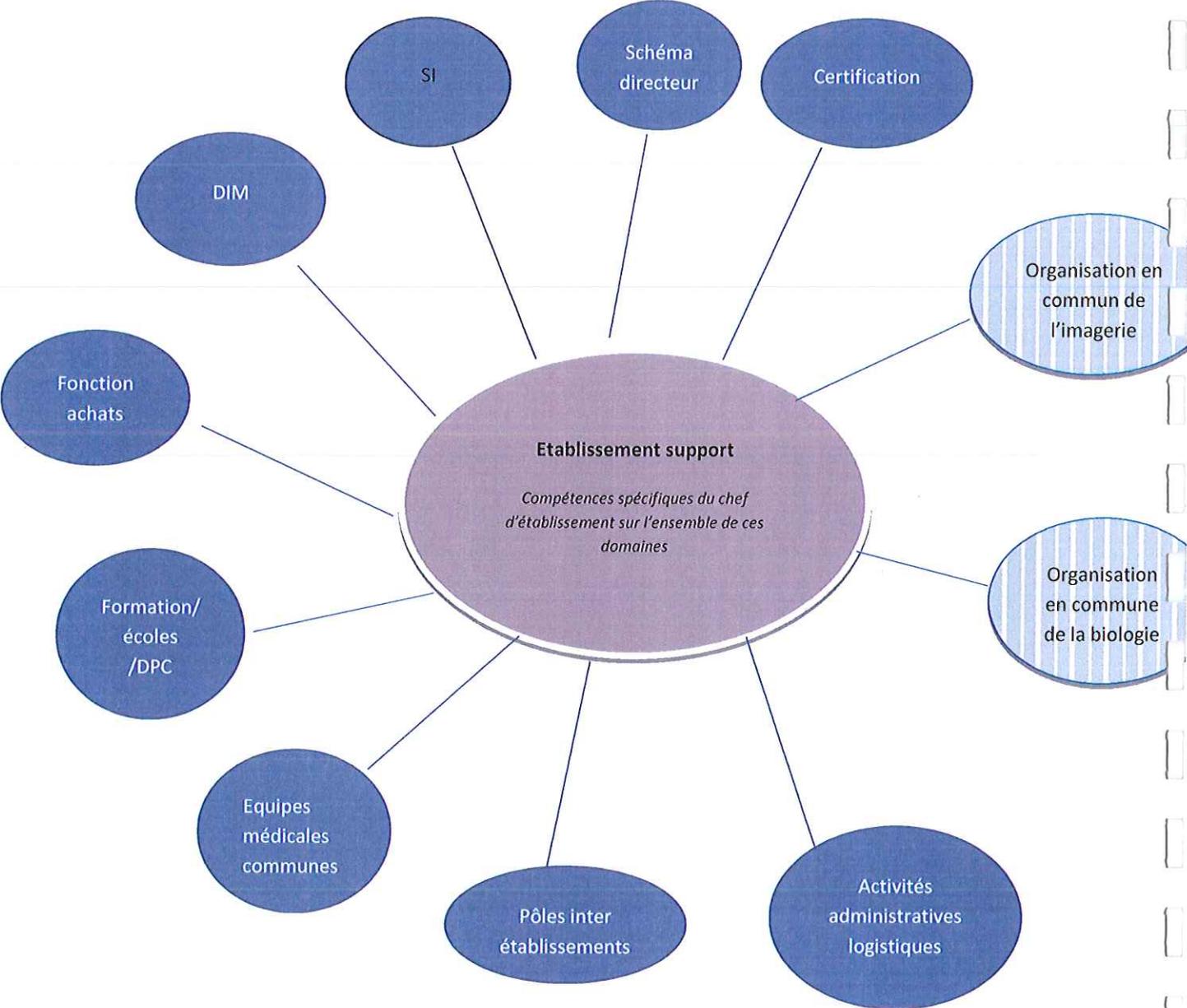


Pour la Maison de Retraite
Lemarchand d'Envermeu,
Monsieur Alain LUCAS
Directeur




ANNEXES

ANNEXE 1 : ROLE DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT



ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE



