

Groupement Hospitalier de Territoire

de l'Ouest Audois

Convention cadre



SOMMAIRE

Rappel des références juridiques et visas	4
Préambule relatif au Cadre de référence du groupement hospitalier de territoire	6
Titre 01 - Vocation et finalités du GHT.....	6
Titre 02 - Valeurs et principes fondateurs.....	6
Titre 03 - Contraintes structurelles.....	6
Partie I : Projet médical et projet de soin partagés du groupement hospitalier de territoire	8
Titre 04 - Orientations stratégiques du projet médical partagé.....	8
Article 1 - L'élaboration d'un projet médical et d'un projet de soins partagés.....	8
Article 2 - Le contenu du projet médical partagé.....	8
Article 3 - Le contenu du projet de soins partagé.....	9
Partie II : Fonctionnement du Groupement Hospitalier de Territoire	10
Titre 05 - Constitution du Groupement Hospitalier de Territoire.....	10
Article 4 - La composition du groupement.....	10
Article 5 - La dénomination du groupement.....	10
Article 6 - L'objet du groupement.....	10
Article 7 - La désignation de l'établissement support.....	10
Article 8 - Les droits et obligations des établissements parties.....	11
Titre 06 - Associations et partenariats du Groupement Hospitalier de Territoire.....	11
Article 9 - Associations ou partenariats avec les établissements privés.....	11
Article 10 - Associations avec les centres hospitaliers universitaires.....	12
Titre 07 - Gouvernance.....	12
Comité stratégique.....	12
Article 11 - Composition du comité stratégique.....	12
Article 12 - Fonctionnement du comité stratégique.....	12
Article 13 - Compétences du comité stratégique.....	12
Collège médical.....	13
Article 14 - Composition du collège médical.....	13
Article 15 - Fonctionnement du collège médical.....	13
Article 16 - Compétences du collège médical.....	14
Comité des usagers.....	14
Article 17 - Composition de l'instance de représentation des usagers de groupement.....	14
Article 18 - Fonctionnement de l'instance de représentation des usagers de groupement.....	14
Article 19 - Compétences de l'instance de représentation des usagers de groupement.....	14
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement.....	15

Article 20 - Composition de la CSIRMT de groupement.....	15
Article 21 - Fonctionnement de la CSIRMT de groupement.....	15
Article 22 - Compétences de la CSIRMT de groupement.....	15
Comité territorial des élus locaux	16
Article 23 - Composition du comité territorial des élus locaux	16
Article 24 - Fonctionnement du comité territorial des élus locaux	16
Article 25 - Compétences du comité territorial des élus locaux	16
Conférence territoriale de dialogue social	17
Article 26 - Composition de la conférence territoriale de dialogue social	17
Article 27 - Fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social	17
Article 28 - Compétences de la conférence territoriale de dialogue social.....	17
Titre 08 - Fonctionnement et mutualisations.....	18
Article 29 - Délégations des compétences mutualisées	18
Article 30 - Mise en œuvre des activités et fonctions mutualisées:	18
Titre 09 - Règlement intérieur	18
Titre 10 - Dispositions finales.....	19
Article 31 - Évolution de la convention constitutive.....	19
Article 32 - Évaluation de la convention constitutive.....	19
Article 33 - Intégration de nouvelles parties au groupement	19
Article 34 - Mise en place des associations ou partenariats.....	19
Article 35 - Procédures de conciliation.....	19
Article 36 - Communication des informations	19
Article 37 - Durée et reconduction	20



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

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment les schémas régionaux d'organisation des soins de Languedoc-Roussillon et de Midi-Pyrénées,

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Carcassonne en date du 15 juin 2016,

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 27 juin 2016,

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 8 juin 2016,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Carcassonne en date du 30 juin 2016 relatif à la participation de l'établissement au groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et sa convention constitutive,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 28 juin 2016 relatif à la participation de l'établissement au groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et sa convention constitutive,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 23 juin 2016 relatif à la participation de l'établissement au groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et sa convention constitutive,

Vu la délibération n° 03/16 du 30 juin 2016 du conseil de surveillance du centre hospitalier de Carcassonne relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu la délibération n° 2016-02 du 28 juin 2016 du conseil de surveillance du centre hospitalier de Castelnaudary relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu la délibération n° 2016-06/02 du 23 juin 2016 du conseil de surveillance du centre hospitalier de Limoux-Quillan relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis favorable du 27 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Carcassonne relatif d'une part à la convention constitutive et d'autre part à l'option de mise en place d'un collège médical,

Vu l'avis favorable du 27 juin 2016 de la commission médicale d'établissement centre hospitalier de Castelnaudary relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et au choix de l'option de mise en place d'un collège médical,

Vu l'avis favorable du 21 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Limoux-Quillan relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et au choix de l'option de mise en place d'un collège médical,

Vu l'avis favorable du 28 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Carcassonne relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis favorable du 28 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Castelnaudary relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis favorable du 22 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Limoux-Quillan relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis défavorable du 29 juin 2016 du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Carcassonne relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis du 27 juin 2016 du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Castelnaudary relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis défavorable du 22 juin 2016 du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Limoux-Quillan relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois,

Vu l'avis favorable du 24 juin 2016 de la commission des usagers du centre hospitalier de Carcassonne relatif au choix de l'option de mise en place d'un comité des usagers,

Vu l'avis favorable du 28 juin 2016 de la commission des usagers du centre hospitalier de Castelnaudary relatif au choix de l'option de mise en place d'un comité des usagers,

Vu l'avis favorable du 21 juin 2016 de la commission des usagers du centre hospitalier de Limoux-Quillan relatif au choix de l'option de mise en place d'un comité des usagers,

Il est convenu la création d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) entre les centres hospitaliers de Carcassonne, Castelnaudary et Limoux-Quillan.

PREAMBULE RELATIF AU CADRE DE REFERENCE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

TITRE 01 - VOCATION ET FINALITES DU GHT

L'article L 6132-1 du code de la santé publique dispose que « Chaque établissement public de santé [...] est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire ».

« Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements 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. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ».

Les trois établissements signataires positionnent leurs actions au sein du groupement hospitalier de territoire dans une stratégie de groupe. L'élaboration d'un projet médical partagé de territoire en est la traduction logique. Leur territoire est cohérent, ses caractéristiques bien établies, leurs activités dans une large mesure complémentaires et même parfois en situation de dépendance mutuelle.

TITRE 02 - VALEURS ET PRINCIPES FONDATEURS

Les établissements membres fondateurs du GHT souhaitent, tant dans le domaine des soins que de l'administration des établissements et du GHT, que soient respectés des valeurs et des principes garants du bon fonctionnement et de la pérennité de leur projet partagé.

Les principales valeurs mentionnées sont la qualité de prise en charge des patients et résidents, la transparence, la solidarité, la loyauté, la sincérité, la bienveillance.

Les principes majeurs sur lesquels doit reposer le fonctionnement du GHT sont les suivants :

- équité et partage : il n'y a pas de hiérarchie entre les établissements mais une complémentarité fondée sur une graduation de la prise en charge des patients et l'élaboration d'un parcours à coordonner ; l'équilibre doit être établi sur la base du respect du travail et des responsabilités de chacun et d'un principe de réciprocité des efforts, d'intérêts clairement identifiés et d'objectifs partagés ;
- subsidiarité : la mutualisation des fonctions supports ne s'applique que si elle représente un progrès pour tous les membres ;
- association : il s'agit d'éviter la concentration sur un site unique de toutes les responsabilités. La recherche d'un partage des responsabilités entre les trois signataires est la garantie d'un fonctionnement serein et durable du GHT, de sa réussite donc.

TITRE 03 - CONTRAINTES STRUCTURELLES

Le projet de GHT ne peut faire fi de l'environnement et du contexte spécifique à chaque établissement. Le GHT doit donc être vigilant au respect des principales contraintes structurelles exposées ci-après qui, si elles devaient être ignorées, constitueraient un risque majeur pour le devenir des établissements parties au groupement et pour le groupement lui-même.

- Au niveau financier, l'équilibre des établissements de santé parties au groupement ne peut être menacé par la mise en place d'un principe de solidarité qui se déclinerait en termes budgétaire et de trésorerie, sans qu'aient préalablement été élaborés au plan législatif et réglementaire des mécanismes budgétaires et comptables clairs, et au plan local une organisation et des procédures communes validées par les parties. Au-delà, l'équilibre financier de chacun des trois établissements signataires reste un objectif à maintenir ou à poursuivre.
- Au niveau social, un travail en commun sera mené, en premier lieu naturellement sur les questions de formation continue dont la loi indique qu'il s'agit d'une fonction assurée par l'établissement support. Au-delà, un travail de concertation et de mise en commun de savoir-faire sera poursuivi, tout en conservant une gestion par établissement des ressources humaines en raison des grandes disparités initiales entre eux.
- Au plan des systèmes d'information et du Département d'Information Médicale (DIM), la mise en œuvre des principes posés par la loi sera assurée en obtenant l'accord des trois établissements signataires. En effet, il s'agit de domaines essentiels au bon fonctionnement du GHT, étant bien mesurés par ailleurs les coûts importants que certains choix pourront entraîner.

PARTIE I : PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOIN PARTAGES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

TITRE 04 - ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE

Article 1 - *L'élaboration d'un projet médical et d'un projet de soins partagés*

Les établissements parties à la présente convention établissent un projet médical partagé visant à permettre 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.

Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans. Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Article 2 - *Le contenu du projet médical partagé*

Objectifs médicaux

Les objectifs généraux du projet médical partagé visent à améliorer la réponse aux besoins de prise en charge sanitaire de la population du territoire par les établissements parties au groupement en interaction avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire et les centres hospitaliers universitaires. Ils se déclinent sur 5 axes qui en constituent l'ossature.

Démographie médicale

- Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée du recrutement médical ;
- Positionner le GHT, comme un acteur de présence médicale sur le territoire et de lutte contre la désertification médicale (équipe médicale de territoire, recours à la téléexpertise et la télémédecine) ;
- Organiser le parcours coordonné de l'internat et du post-internat entre les établissements et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de référence et la médecine libérale.

Effizienz et mutualisation

- Mutualiser les fonctions médico-techniques de biologie, d'imagerie et de pharmacie ;
- Développer les équipes médicales territoriales pour la Radiologie et les Urgences ;
- Organiser les soins non programmés ;
- Organiser l'adressage et le suivi dans les parcours inter-établissements et avec la médecine libérale ;
- Mettre en œuvre des équipes territoriales en Gériatrie et dans les spécialités qui le nécessitent ;

- Mettre en œuvre un projet de prise en charge du patient articulé avec les projets partagés (médicaux et de soins).

Développement de l'offre de soins et gradation

- Construire et/ou organiser une offre de soins graduée en articulation avec le secteur libéral :
 - Consultations avancées et externes ;
 - Télémédecine (évitabilité des déplacements patients) ;
 - Permanence et continuité des soins ;
 - Activités d'hospitalisation et virage ambulatoire ;
 - Organisation de l'expertise et du recours ;
 - Soins de suite, de réadaptation et de rééducation ;
- Favoriser l'accessibilité aux soins, notamment la prise en charge de la précarité

Filières et parcours

- Faire un état des lieux des besoins et des filières existantes, à créer ou à renforcer ;
- Assurer un parcours coordonné et cohérent des patients et des résidents d'établissement médico-social du territoire dans le cadre des filières gériatrique, psychogériatrique, Alzheimer, pathologies chroniques, soins palliatifs, cancérologique, urgences.

Association avec les centres hospitaliers universitaires

- Renforcer, conformément au Titre 06 - Article 2 - Associations avec les centres hospitaliers universitaires, les coopérations avec chacun des deux centres hospitaliers universitaires, prioritairement en matière de démographie médicale et dans la structuration d'une offre de soins publique et graduée.

Autres objectifs

Ces objectifs seront établis par voie d'avenants à compter du 1er janvier 2017 pour les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et à compter du 1er juillet 2017 pour tous les autres éléments mentionnés à cet article.

Article 3 - Le contenu du projet de soins partagé

Le contenu du projet de soins partagé sera élaboré avec la participation des équipes soignantes concernées par chaque filière mentionnée dans le projet médical partagé.

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

TITRE 05 - CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 4 - *La composition du groupement*

Les centres hospitaliers suivants sont parties au groupement hospitalier de territoire :

- centre hospitalier de Carcassonne, sis 1060 chemin de la Madeleine - CS40001, 11010 Carcassonne Cedex
- centre hospitalier de Limoux-Quillan, sis 17 rue Madeleine BRES, 11300 Limoux
- centre hospitalier de Castelnaudary dit centre hospitalier Jean Pierre CASSABEL, sis 19 avenue Monseigneur de LANGLE, 11400 Castelnaudary

Article 5 - *La dénomination du groupement*

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'OUEST AUDOIS » (GHTOA)

Article 6 - *L'objet du groupement*

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 les établissements.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. La présente convention ne prévoit pas de transfert d'activités entre établissements. Toute évolution ultérieure ferait l'objet d'un avenant pris dans les mêmes conditions de fond et de forme que la présente.

Article 7 - *La désignation de l'établissement support*

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le centre hospitalier de Carcassonne dont le siège est 1060 chemin de la Madeleine, 11010 CARCASSONNE

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention,

Le centre hospitalier de Carcassonne en sa qualité d'établissement support, remplit les missions obligatoires définies par l'article L.6132-3-I du code de la santé publique, dans les domaines suivants :

- Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
 - Élaboration d'un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé.
 - Mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement et d'applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels.
- Gestion d'un Département de l'Information Médicale (DIM) de territoire ;

- Fonction achats : les objectifs à mettre en œuvre seront définis par voie d'avenant, les modalités d'organisation de cette fonction le seront dans le règlement intérieur du GHT, en accord entre les établissements parties.
- Coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel des personnels des établissements parties au groupement. Les établissements parties au groupement participent aux instances des écoles de formation selon des modalités à définir en lien avec la réglementation de ces écoles.

Les établissements parties au groupement ne prévoient pas, à la création de ce dernier, d'autres délégations d'activités ou de fonctions que celles expressément mentionnées par l'article L.6132-3-I du code de la santé publique. Toute évolution ultérieure ferait l'objet d'un avenant à la convention constitutive pris dans les mêmes conditions de fond et de forme que la présente.

Article 8 - *Les droits et obligations des établissements parties*

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

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect de l'esprit et des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 12 mois.

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.

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.

TITRE 06 - ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Les conventions d'association et de partenariat avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique sont conclues après accord du comité stratégique. De nouvelles conventions pourront être établies par l'établissement support du groupement, après accord du comité stratégique, en particulier avec les établissements ou services médico-sociaux, les établissements privés et les centres hospitaliers universitaires.

Article 9 - *Associations ou partenariats avec les établissements privés*

Les conventions de partenariat existantes de chaque établissement partie au groupement sont confortées, en particulier avec :

- L'USSAP (Union sanitaire et sociale Aude Pyrénées) ;
- Les secteurs privés participant au service public tels l'Oncopole de Toulouse et l'Institut régional du cancer de Montpellier ;
- La clinique Montréal à Carcassonne ;
- L'établissement d'Hospitalisation à Domicile (HAD) de l'ouest audois, avec lequel une convention d'association sera étudiée et mise en œuvre.

Article 10 - *Associations avec les centres hospitaliers universitaires*

Le groupement hospitalier de territoire est associé aux centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Toulouse et Montpellier qui, pour le compte des établissements parties au groupement, assurent tout ou partie des missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3, à savoir :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux
- les missions de recherche ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

Cette association fait l'objet d'une convention entre les centres hospitaliers et universitaires et l'établissement support du groupement, après accord du comité stratégique.

TITRE 07 - GOUVERNANCE

COMITE STRATEGIQUE

Article 11 - *Composition du comité stratégique*

Il comprend :

- les directeurs des établissements de l'ensemble des établissements parties au groupement visés à l'article 4 de la présente convention, ou leurs représentants¹ ;
- les présidents des commissions médicales des établissements de l'ensemble des établissements parties au groupement visés à l'article 4 de la présente convention, ou leurs vice-présidents respectifs ;
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de l'ensemble des établissements parties au groupement visés à l'article 4 de la présente convention, ou leurs représentants respectifs ;
- Le président du collège médical ou son représentant ;
- Le médecin responsable du Département d'Information Médicale de territoire.

Le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de chaque CHU associé par voie de convention, ou leurs représentants, sont membres invités du comité stratégique.

Le comité stratégique peut inviter toute personne appartenant à un des établissements parties ou à un établissement associé ou partenaire du groupement à participer aux débats lorsqu'un point nécessitant son expertise est inscrit à l'ordre du jour.

Article 12 - *Fonctionnement du comité stratégique*

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.
Il se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation de son président.

Article 13 - *Compétences du comité stratégique*

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Le comité stratégique propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions, du projet médical et du projet de soins partagés.
Le comité stratégique élabore et adopte le règlement intérieur du groupement après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

Il reçoit les avis émis par le collège médical, par la CSIRMT de groupement et par le comité des usagers.

Il reçoit pour avis les Etats des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du DIM de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

Il est concerté antérieurement à l'élaboration par le directeur de l'établissement support du groupement d'un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé.

COLLEGE MEDICAL

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place un collège médical

Article 14 - *Composition du collège médical*

Le collège médical comprend 20 membres, dont :

- Les présidents des commissions médicales des établissements visés au Titre 07 - Article 11 - Composition du comité stratégique ;
- Les vice-présidents des commissions médicales des établissements visés au Titre 07 - Article 11 - Composition du comité stratégique ;
- Un praticien selon les établissements, par pôle d'activité clinique ou médico-technique, ou par service, de chaque établissement visé à l'article 4 de la présente convention, soit :
 - 8 praticiens du centre hospitalier de Carcassonne ;
 - 3 praticiens du centre hospitalier de Castelnaudary ;
 - 3 praticiens du centre hospitalier de Limoux-Quillan.

Et avec voix consultative :

- le président du comité stratégique ou son représentant ;
- les directeurs des établissements parties au groupement ou leurs représentants respectifs ;
- le président de la CSIRMT de groupement ou son représentant ;
- le médecin responsable du Département d'Information Médicale de territoire.

Chaque commission médicale d'établissement désigne selon des modalités qui lui sont propres les praticiens membres du collège médical. La durée de leur mandat est de 4 ans.

Le président du collège médical invite tout professionnel de son choix à participer ponctuellement aux débats lorsqu'un point nécessitant son expertise est inscrit à l'ordre du jour.

Article 15 - *Fonctionnement du collège médical*

Le collège médical élit son président et deux vice-présidents parmi ses membres. A la création du GHT, dans un souci de cohérence, d'équité et de représentativité des communautés médicales des établissements parties au groupement, les parties décident que soient adoptées les modalités suivantes :

- Le président et ses deux vice-présidents du collège médical devront disposer de la qualité de président de CME de leurs établissements respectifs ;
- Au cours des 4 premières années d'existence du GHT :
 - la durée des mandats de président et vice-président du collège médical sera de 16 mois ;
 - la présidence sera tournante de façon à ce que chacun des établissements parties au groupement soit ainsi représenté ;
 - un bureau du collège médical sera créé et constitué du président et des deux vice-présidents du collège médical. Il sera chargé de proposer le règlement intérieur du collège médical qui le valide et l'adopte.
- Les présentes modalités seront intégrées au règlement intérieur du groupement. Au terme des 4 premières années d'existence du GHT, elles pourront être reconduites de manière

tacite ou faire l'objet d'évolutions par simple modification du règlement intérieur du groupement. Le règlement intérieur du collège médical ne pourra y déroger.

Sauf disposition contraire prévue au règlement intérieur du groupement, lorsque l'effectif médical le justifie, la fonction de président du collège médical est incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Le collège médical de groupement se réunit au moins 3 fois par an.

Article 16 - *Compétences du collège médical*

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire. A ce titre, il 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. Il donne un avis sur le projet médical et le projet de soins partagés du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Ses avis sont transmis aux commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire et aux membres du comité stratégique.

Le collège médical coordonne la stratégie médicale. A ce titre, il s'assure de l'élaboration participative du projet médical partagé et de son articulation avec le projet de soins partagé. Il assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. Le président du collège organise une fois par an une réunion plénière des membres des commissions médicales des établissements visés à l'article 4 de la présente convention.

Le président du collège médical détient un pouvoir de proposition concernant la nomination du médecin responsable du département de l'information médicale de territoire.

COMITE DES USAGERS

Conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement, la mise en place du comité des usagers interviendra dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention.

Ses compositions, règles de fonctionnement et compétences feront l'objet d'un avenant à l'issue des consultations des commissions des usagers des établissements parties au groupement et ce dans le délai de 6 mois mentionné ci-dessus.

Article 17 - *Composition de l'instance de représentation des usagers de groupement*

Le comité des usagers est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement.

Article 18 - *Fonctionnement de l'instance de représentation des usagers de groupement*

Les règles de fonctionnement de l'instance des usagers seront précisées dans le règlement intérieur du groupement

Article 19 - *Compétences de l'instance de représentation des usagers de groupement*

Cette instance aura pour mission principale d'animer un dialogue institutionnel avec les représentants des usagers des établissements parties à la convention constitutive du GHT. Il veille au respect des droits des usagers et contribue, par ses avis, à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre du parcours coordonné du patient, en lien avec la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins partagé. Il est informé du rapport annuel d'activité de chaque commission des usagers parties au groupement.

Ses avis sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

Article 20 - *Composition de la CSIRMT de groupement*

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend 30 membres, dont :

- Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de chacun des 3 établissements visés à l'article 1 de la présente convention ;
- 9 représentants élus par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de chaque établissement, soit 2 pour les collèges 1 et 3, 5 pour le collège 2. Il est élu dans les mêmes conditions un suppléant de chaque membre titulaire.

En cas d'absence, un membre titulaire peut être représenté par son suppléant.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement invite tout professionnel de son choix à participer ponctuellement aux débats, lorsqu'un point nécessitant son expertise est inscrit à l'ordre du jour.

Le président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

Article 21 - *Fonctionnement de la CSIRMT de groupement*

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit 3 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.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement élabore et adopte son règlement intérieur.

Article 22 - *Compétences de la CSIRMT de groupement*

La CSIRMT de groupement est consultée pour avis sur :

- Le projet médical partagé du GHT ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- La politique de développement professionnel continu.

Le président de la CSIRMT de groupement s'assure de l'élaboration participative du projet de soins partagé et de son articulation avec le projet médical partagé.

Elle est informée sur le règlement intérieur du GHT.

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

Les compétences déléguées à la commission soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la de la signature de la présente convention, après délibération des commissions soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements.

COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Article 23 - *Composition du comité territorial des élus locaux*

Le comité territorial des élus locaux est composé des membres de droit suivants :

- pour le 1^{er} collège des représentants des collectivités territoriales :
 - des maires des communes sièges des établissements parties au groupement ;
 - des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement ;
- pour le 2nd collège des représentants des établissements parties au groupement :
 - du président du comité stratégique du groupement ;
 - des directeurs des établissements parties au groupement ;
 - du président du collège médical du groupement.

Et avec voix consultative, des présidents de CME et des présidents des CSIRMT des établissements parties au groupement.

Le président du comité territorial des élus locaux, ou un de ses membres, peut inviter toute personne interne ou externe aux établissements partis au groupement lorsqu'un point nécessitant son expertise est inscrit à l'ordre du jour.

Article 24 - *Fonctionnement du comité territorial des élus locaux*

Le comité territorial est co-présidé par les trois présidents de conseil de surveillance des établissements parties au groupement.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins 1 fois par an. Il se réunit, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande de ses présidents, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

Les présentes modalités seront intégrées au règlement intérieur du groupement qui en précisera les règles matérielles de fonctionnement. Au terme des 4 premières années d'existence du GHT, elles pourront être reconduites de manière tacite ou faire l'objet d'évolutions par simple modification du règlement intérieur du groupement¹.

Article 25 - *Compétences du comité territorial des élus locaux*

Il est chargé d'évaluer et 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.

Il informe le groupement des projets d'aménagement du territoire susceptibles d'impacter le projet médical partagé, le projet de soins partagé et l'ensemble des actions conduites ou projetées par ledit groupement ou une de ses parties.

CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article 26 - *Composition de la conférence territoriale de dialogue social*

La conférence territoriale de dialogue social est composée de 27 membres de droit :

- du président du comité stratégique, président de la conférence, ou de son représentant ;
- de la totalité des représentants titulaires des comités techniques d'établissement des établissements visés à l'article 4 de la présente convention, soit 26 membres (cf. tableau ci-dessous).

En cas d'absence, un membre titulaire peut être représenté par son suppléant.

Et avec voix consultative :

- du président du collège médical, ou de son représentant ;
- du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement, ou de son représentant ;
- des directeurs des établissements parties au groupement ou de leurs représentants ;
- d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

Le président de la conférence peut inviter toute personne appartenant à un des établissements partis ou à un établissement associé ou partenaire du groupement à participer aux débats en fonction de son expertise sur les points à l'ordre du jour. Les directeurs des établissements parties au groupement pourront également solliciter l'intervention de tout collaborateur de leur choix lorsqu'un point nécessitant son expertise est inscrit à l'ordre du jour.

A la date de signature de la présente convention, les représentations des organisations syndicales au sein des comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement sont les suivantes :

ORGANISATIONS SYNDICALES	CH CARCAS-SONNE	CH CASTEL-NAUDARY	CH LIMOUX	TOTAL
FO	7	2	7	16
CGT	3	1		4
CFDT	2	3	1	6
TOTAL	12	6	8	26

Cette composition pourra varier en fonction des résultats des élections professionnelles organisées périodiquement

Article 27 - *Fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social*

La conférence est réunie au moins 1 fois par an à la demande du président du comité stratégique. Elle pourra également se réunir 1 fois par an, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de la conférence, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies par le comité stratégique dans le règlement intérieur du groupement.

Article 28 - *Compétences de la conférence territoriale de dialogue social*

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.

Toute extension de ses compétences devra faire l'objet soit d'une modification du règlement intérieur du groupement, soit d'une proposition d'avenant à la convention constitutive. Ce choix est laissé à l'appréciation du comité stratégique.

TITRE 08 - FONCTIONNEMENT ET MUTUALISATIONS

Article 29 - Délégations des compétences mutualisées

En cas d'adhésion ultérieure au groupement, telle que prévue au Titre 10 - Article 33 - *Intégration de nouvelles parties au groupement*, d'établissements ou services médico-sociaux, les directeurs des établissements ou services médico-sociaux 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 la convention restant à courir jusqu'à son terme. 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.

Article 30 - Mise en œuvre des activités et fonctions mutualisées:

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.

Le partage entre établissements des missions relatives à la mise en œuvre des activités et fonctions mutualisées est défini par le règlement intérieur du groupement.

Afin d'assurer la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement, il est créé un comité composé, pour chaque établissement partie au groupement, de :

- un représentant de la direction, désigné par son directeur ;
- un représentant médical désigné par le président de la commission médicale d'établissement ;
- un représentant de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation désigné par son président.

TITRE 09 - REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur est élaboré par le comité stratégique dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la présente convention par le directeur de l'agence régionale de santé.

Les modalités d'adoption par le comité stratégique du règlement intérieur reposeront sur un vote à la majorité des deux tiers.

En cas de difficulté de fonctionnement d'une quelconque instance du groupement, soit dans la période antérieure à l'élaboration de ce règlement intérieur, soit par défaut de précision dans le règlement intérieur du groupement ou d'une instance du groupement permettant de résoudre celle-ci, le comité stratégique sera décisionnaire et prendra les dispositions nécessaires pour s'assurer qu'un tel cas ne puisse se reproduire.

TITRE 10 - DISPOSITIONS FINALES

Article 31 - *Évolution de la convention constitutive*

Les modifications apportées à la convention constitutive sont effectuées par voie d'avenant, dans le respect du principe de parallélisme des formes, qui imposera de suivre les mêmes règles de procédure que celles suivies pour son élaboration dans sa forme initiale.

Article 32 - *Évaluation de la convention constitutive*

La convention constitutive fera l'objet d'une évaluation élaborée par le comité stratégique selon un calendrier et des modalités définis dans le règlement intérieur.

Article 33 - *Intégration de nouvelles parties au groupement*

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social public pourra adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il acceptera sans réserve les dispositions de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun groupement hospitalier de territoire.

L'adhésion d'une nouvelle partie au groupement sera réalisée par voie d'avenant selon des modalités définies dans le règlement intérieur. Elle devra préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

Article 34 - *Mise en place des associations ou partenariats*

Les modalités de mise en place d'associations et de partenariats seront définies dans le règlement intérieur.

Article 35 - *Procédures 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, il est convenu que les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à une commission de conciliation composée d'un représentant par établissement partie du groupement désigné par le directeur de chaque établissement.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date à laquelle la désignation des membres de la commission de conciliation aura pris effet. La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

Article 36 - *Communication des informations*

La convention constitutive et tout avenant ultérieur, seront communiqués, dans un délai de 3 semaines, après approbation tacite ou expresse du directeur de l'ARS, suivant leur signature et pour informationⁱⁱ :

- au préfet de l'Aude ;
- au président du conseil régional ;
- au président du conseil départemental de l'Aude ;
- aux présidents des communautés d'agglomération sièges des établissements parties au groupement ;
- aux directeurs et présidents de CME des CHU de référence.

Une communication sera effectuée de manière plus ciblée selon les sujets aux doyens des facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie, au président du conseil de l'ordre des médecins du département de l'Aude.

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, et notamment la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée.

Article 37 - *Durée et reconduction*

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par taciteⁱⁱⁱ reconduction.

Fait à Carcassonne, le 30 juin 2016,

Alain GUINAMANT

directeur du centre
hospitalier de Carcassonne

Christian DUBLÉ

directeur du centre hospitalier
de Castelnaudary

Bruno MICHEL

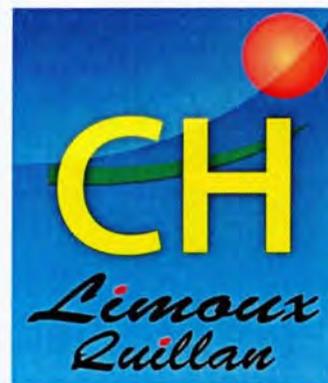
directeur du centre hospitalier
de Limoux-Quillan

NOTES DE FIN

ⁱ Disposition précisée dans le règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire.

ⁱⁱ Acteurs autres que les instances, ces dernières étant consultées pour avis.

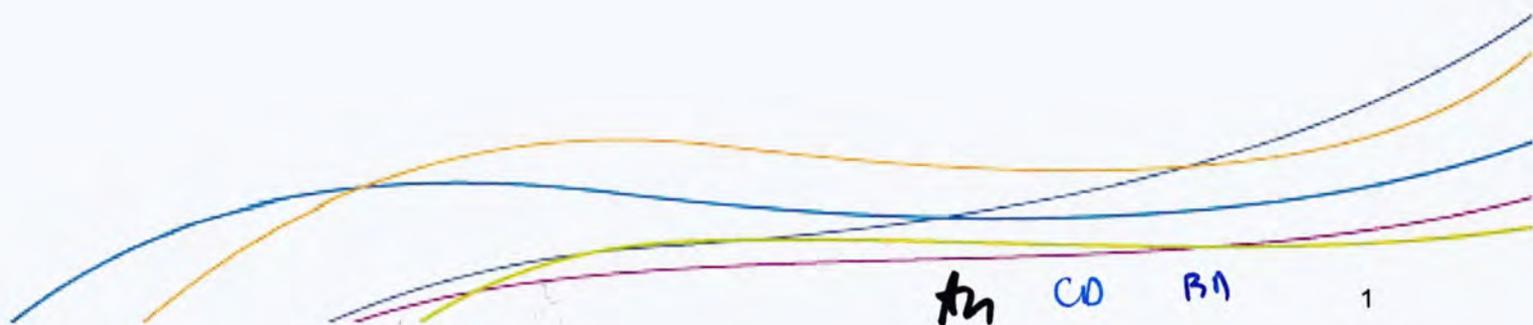
ⁱⁱⁱ La reconduction expresse est impossible compte tenu de l'irréversibilité de la constitution du Groupement Hospitalier de Territoire et de l'absence de dispositions de dénonciation de la convention.



Groupement Hospitalier de Territoire

de l'Ouest Audois

Avenant 1
Convention constitutive



Article 1 : Règlement Intérieur du GHT

TITRE 9 – REGLEMENT INTERIEUR :

Ajout d'un 4^{ème} alinéa :

« Conformément à l'article R6132-2 du Code de la santé publique, le règlement intérieur du GHT Ouest Audois a été élaboré par le comité stratégique, visé par les instances concernées des établissements parties, présenté aux instances du groupement et validé définitivement lors du comité stratégique du 15 décembre 2016. Le Règlement Intérieur du GHT Ouest Audois figure en annexe 1 de la Convention Constitutive ».

Article 2 : Projet médical partagé

PARTIE I : PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOIN PARTAGES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

TITRE 04 – ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE

Article 2 - *Le contenu du projet médical partagé*

Le paragraphe « *Autres objectifs* » est supprimé.

L'article 2 est complété comme suit :

« *L'organisation par filière d'une offre de soin graduée*

Conformément à l'article R. 6132-3.I- 3° du Code de la santé publique et à l'article 5 – I – 2° du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, et après avoir recueilli les avis des instances du groupement concernées, l'organisation par filière d'une offre de soin graduée a été défini comme suit :

Dans un premier temps, elle portera sur les filières suivantes :

- Urgences
- Consultations avancés
- AVC
- Imagerie

Dans un second temps, elle sera élargie aux filières suivantes :

- Oncologie
- Gériatrie »

Article 3 : Comité des usagers

TITRE 07 - GOUVERNANCE

COMITE DES USAGERS

Le premier alinéa est supprimé.

Article 17 – Composition de l'instance de représentation des usagers de groupement

Il a été décidé d'installer un Comité Territorial des Usagers qui est composé des membres de droit suivant :

- Le Comité Territorial des Usagers est composé de l'ensemble des représentants des usagers titulaires de chacun des établissements parties au groupement. En cas d'absence du titulaire, il pourra être remplacé par un suppléant.
- Le président et les vice-présidents du Comité Stratégique
- Un médiateur médical titulaire et un médiateur non médical titulaire par établissement

Sont associés aux travaux de manière permanente et avec voix consultative, le président du collège médical du groupement, les présidents des CME des établissements parties au groupement, les responsables qualité de chacun des établissements, le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du groupement ainsi que les présidents des commissions de soins, de rééducation et médico-technique de chacun des établissements ou leurs représentants.

Le président du Comité Territorial des Usagers peut inviter toute personne dont l'expertise serait nécessaire aux travaux du Comité Territorial des Usagers.

Les fonctions de membre du Comité Territorial des Usagers sont exercées à titre gratuit.

Les fonctions de membres du Comité Territorial des Usagers cessent de plein droit lorsqu'il est mis fin aux fonctions pour lesquelles ils avaient été désignés.

Article 18 – Fonctionnement de l'instance de représentation des usagers de groupement

Les règles de fonctionnement de l'instance des usagers ont été précisées dans le règlement intérieur du groupement.

Article 19 – Compétences de l'instance de représentation des usagers de groupement

Le Comité Territorial des Usagers a pour mission principale d'animer un dialogue institutionnel avec les représentants des usagers des établissements parties à la convention constitutive du GHT. Il veille au respect des droits des usagers et contribue, par ses avis et partage d'expériences, à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, en particulier sur le parcours coordonné du patient, en lien avec la mise en œuvre du projet partagé de prise en charge du patient.

Le Comité Territorial des Usagers examine toute question relative aux droits des usagers issue de l'analyse par les commissions des usagers des établissements parties au GHT des éloges, des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves ou porteurs de risque, touchant au parcours coordonné dans le cadre du projet de prise en charge partagé du patient.

A cet égard, il procède :

- à l'examen des plaintes et réclamations communes à plusieurs établissements du GHT ;
- à l'examen des remerciements communs à plusieurs établissements du GHT ;
- à l'examen des événements indésirables graves communs (EIG), événements porteurs de risque communs (EPR) ;
- aux partages d'expérience des médiateurs, des représentants des usagers ;
- aux partages d'expériences sur les démarches d'amélioration de la Qualité et de gestion des risques, le parcours patient et la prise en charge des usagers ;
- à l'élaboration des recommandations émises par le Comité Territorial Des Usagers (CTDU) relatives au parcours patient au sein du territoire ;

Il est informé du rapport annuel d'activité de chaque commission des usagers parties au groupement.

Les travaux du comité garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés.

Ses avis sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement. Les suites réservées aux avis émis par le CTDU lui sont communiquées dans les meilleurs délais.

Article 4 : Communication des informations

TITRE 10 – DISPOSITIONS FINALES

« Article 36 – Communication des informations »

La convention constitutive et tout avenant ultérieur à la convention constitutive est communiqué, en fonction des sujets évoqués, dans un délai de trois semaines après approbation, expresse ou tacite, du directeur de l'ARS et pour information :

- Au préfet de l'Aude
- Au président du conseil régional
- Au président du Conseil départemental
- Aux présidents des Communautés d'agglomération sièges des établissements parties au groupement
- aux directeurs du CHU de Toulouse et du CHU de Montpellier
- aux directeurs des établissements partenaires au GHTOA, le cas échéant
- aux directeurs des établissements associés au GHTOA, le cas échéant

Une communication sera effectuée de manière plus ciblée selon les sujets aux doyens des facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie, au président du conseil de l'ordre des médecins du département de l'Aude.

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, et notamment la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée. »

Fait à Carcassonne, le 15 décembre 2016,

Alain GUINAMANT



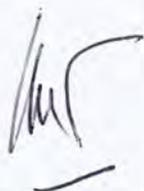
Directeur du Centre
Hospitalier de Carcassonne

Christian DUBLÉ



Directeur du Centre
Hospitalier de Castelnaudary

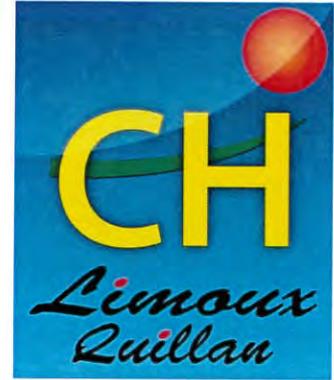
Bruno MICHEL



Directeur du Centre
Hospitalier de Limoux-Quillan



AG CD BM



Groupement Hospitalier de Territoire

de l'Ouest Audois

Avenant 2
Convention constitutive

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

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment les schémas régionaux d'organisation des soins de Languedoc-Roussillon et de Midi-Pyrénées,

Vu la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois, en date du 30 juin 2016 ;

Vu la décision n°2016-1089 de l'Agence Régionale de Santé Occitanie portant approbation de la convention constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois » en date du 31 août 2016 ;

Vu l'avis favorable du directoire du centre hospitalier de Carcassonne en date du 19 juin 2017,

Vu l'avis favorable du directoire du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 27 juin 2017,

Vu l'avis favorable du directoire du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 27 juin 2017,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Carcassonne en date du 29 juin 2017,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 27 juin 2017,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 29 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Carcassonne en date du 26 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission médicale d'établissement centre hospitalier de Castelnaudary en date du 26 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 27 juin 2017,

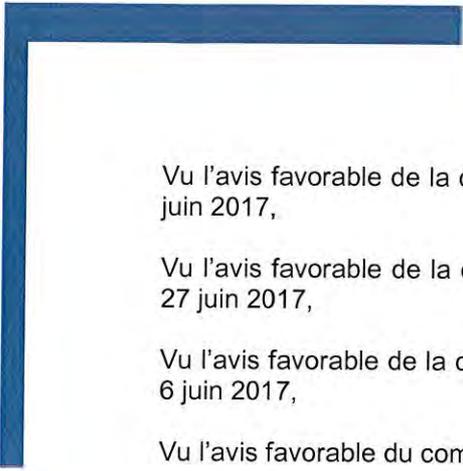
Vu l'avis favorable de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Carcassonne en date du 21 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 22 juin 2017,

Vu l'avis du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Carcassonne en date du 21 juin 2017,

Vu l'avis favorable du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 23 juin 2017,

Vu l'avis du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 27 juin 2017,



Vu l'avis favorable de la commission des usagers du centre hospitalier de Carcassonne en date du 9 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission des usagers du centre hospitalier de Castelnaudary en date du 27 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission des usagers du centre hospitalier de Limoux-Quillan en date du 6 juin 2017,

Vu l'avis favorable du comité stratégique du groupement en date du 28 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la conférence territoriale de dialogue social en date du 28 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la CSIRMT de Territoire et du collège médical réunis en séance plénière en date du 28 juin 2017,

Vu l'avis favorable de la commission territoriale des usagers en date du 29 juin 2017,

Article 1 : Règlement Intérieur du GHT

TITRE 09 – REGLEMENT INTERIEUR :

Partie relative au Comité Territorial des Elus Locaux – Fonctionnement :
Le paragraphe 5 est modifié comme suit :

« Un compte rendu de séance est rédigé par le centre hospitalier de l'établissement qui reçoit l'instance, ce dernier en assure le secrétariat, il est signé par les trois co-présidents et adressé aux membres du comité ».

Article 2 : Associations et partenariats

TITRE 06 – ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 09 – Associations ou partenariats avec les établissements privés

Un travail de recensement, d'évaluation et d'harmonisation des conventions en vigueur et à venir avec les partenaires principaux des établissements parties est en cours. Des rencontres ont déjà eu lieu dans le cadre du GHT. Des conventions de partenariat vont prochainement être signées avec l'USSAP (Union sanitaire et sociale Aude Pyrénées) et la Polyclinique Montréal. Une convention d'association va être également signée avec la structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD) de l'ouest audois, avec laquelle les trois établissements ont déjà individuellement conventionné.

De nouvelles rencontres sont prévues dès la rentrée afin d'envisager les partenariats avec les SSR et les EHPAD. Dans le cadre du GHT, les établissements parties souhaitent poursuivre et développer leurs liens avec la médecine de ville à l'échelle du territoire.

Article 10 – Associations avec les Centres Hospitaliers Universitaires

Des rencontres ont eu lieu avec le CHU de Toulouse et le CHU de Montpellier, au cours desquelles il a été convenu qu'une convention d'association serait signée avec le CHU de Toulouse qui sera le CHU de référence du GHT.

Le GHTOA a insisté sur ses attentes à l'égard du CHU s'agissant de la gestion de la démographie médicale, en particulier dans les spécialités actuellement en tension.

Les établissements parties au GHTOA souhaitent par ailleurs maintenir les relations étroites déjà tissées le CHU de Montpellier, y compris par voie de convention.

Article 3 : Projet partagé de prise en charge du patient

Le Titre 04 est renommé : Projet partagé de prise en charge du patient

TITRE 04 – PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le projet médical partagé et le projet de soins partagé ont été travaillés conjointement afin d'aboutir à un projet partagé de prise en charge du patient. Dans la continuité de cette démarche, il a été décidé de réunir conjointement la CSIRMT de territoire et le Collège médical.

Le document finalisé est joint en annexe de cet avenant.

Fait à Carcassonne, le 30 juin 2017,

Alain GUINAMANT

Directeur du Centre
Hospitalier de Carcassonne

Christian DUBLÉ

Directeur du Centre
Hospitalier de Castelnaudary

Vincent LAROCHE

Directeur par intérim du
Centre Hospitalier de Limoux-
Quillan



Groupement Hospitalier de Territoire

de l'Ouest Audois

Avenant 3
Convention constitutive

VISAS

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 107 ;

Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire ;

Vu la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois, en date du 30 juin 2016 ;

Vu la décision n°2016-1089 de l'Agence Régionale de Santé Occitanie portant approbation de la convention constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois » en date du 31 août 2016 ;

Vu l'avenant n°1 à la Convention Constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois » en date du 15 décembre 2016 ;

Vu la décision n°2017-378 de l'Agence Régionale de Santé Occitanie portant approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois » en date du 8 avril 2017 ;

Vu l'avenant 2 à la Convention Constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois » en date du 30 juin 2017 complété par un additif en date du 8 décembre 2017 ;

* *
*

Vu l'avis du collège médical du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois et de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques du groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois réunis en assemblée plénière en date du 12 décembre 2017 ;

Vu l'avis de la conférence territoriale de dialogue social en date du 12 décembre 2017 ;

Vu l'avis du comité territorial des usagers en date du 13 décembre 2017 ;

Vu l'avis du comité stratégique groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois en date du 14 décembre 2017 ;

Article 1 : Complément au Projet de Prise en Charge Partagée du Patient

Thème n°15 : filière santé publique et précarité

Titre	  	Créée le	10 OCTOBRE 2017
Fiche d'identité	<p>Parties prenantes et personnes ressources : G ALINS, A AMMAN CHATELET, V BOUCARD, C BOURREL, MP CHANOINE, A EL DJERBI, S LAZAROVICI, J PEYRE, E PROT, F SILLY, P SOULIE, R TEXIER</p> <p>Pilote/Suivi : Dr SOULIE / F SILLY</p>		
Objectif global lié	<p>Développer l'accessibilité des dispositifs de santé publique au travers de la coordination des acteurs</p>		
Etat des lieux (diagnostic préalable)	<p>Les actions de santé publique développées sur le territoire de la moyenne et haute vallée de l'Aude et notamment par le CH de LIMOUX-QUILLAN :</p> <p>Le CH de Limoux-Quillan a développé des actions de santé publique en termes d'information au public et d'actions coordonnées avec l'ADOC (Association de Dépistage Organisé des Cancers dans l'Aude), Octobre rose. Des actions d'information grand public sont également menées sur les semaines thématiques (sécurité du patient par ex.), hygiène des mains, dépistages des cancers, dons d'organes, vaccination...</p> <p>Le CHL-Q a participé en partenariat avec le Conseil départemental aux semaines sur le diabète.</p> <p>Le CHL-Q travaille notamment avec le département, lequel met en œuvre un programme « Séniors bien vivre », en lien avec le développement d'une activité physique adaptée. Le CHL-Q s'inscrit dans cette démarche et dispose de moniteurs d'activité physique adaptée qui interviennent dans les EHPAD. Un lien est identifié entre la santé publique et la filière gériatrique en vue de promouvoir les activités physiques adaptées en terme de lieux et de ressources.</p> <p>Le programme départemental fait l'objet d'une diffusion par des brochures d'information disponibles au sein du CHL-Q.</p> <p>Les actions de sensibilisation à la santé publique sont reprises au sein du journal interne de l'hôpital à destination des agents. Par ailleurs, une enquête interne en direction des personnels a été réalisée sur les freins à la vaccination contre la grippe saisonnière au sein des équipes.</p> <p>Le CHL-Q est en lien avec le CSAPA associatif Intermède et collabore également sur le champ des drogues et addictions diverses.</p> <p>Il est à noter que l'ASM-USSAP intervient en outre dans ces prises en charge de patients connaissant des problèmes d'addictions.</p> <p>Une IDE du CSAPA du CHC fait des Cs addictologie sur Limoux au Lieu Ressource en centre-ville 1 fois par semaine addictologie, alcool, cannabis... Il y a, selon le besoin, un ré adressage vers le CSAPA CH Carcassonne. En effet, un des praticiens impliqués dans ces prises en charge ciblées vient de quitter l'établissement de LIMOUX-QUILLAN.</p>		

Trois fois par mois, 1 IDE va à Quillan le vendredi AM et une fois par mois le vendredi AM à Espérasa. Une convention a été signée avec le lieu ressource (mairie –CHC).

Les plages de Quillan ne sont pas toujours remplies. Le suivi des Cs est fait sur RDVWIN laissant ainsi une trace des personnes rencontrées. Il n'y a pas de contacts établis avec la mairie de QUILLAN.

Les contacts avec la gendarmerie de Quillan sont établis en vue de favoriser les adressages suite aux délits routiers, procédure d'accompagnement, injonctions de soins vers le CSAPA. Sur la Haute Vallée, la gendarmerie oriente les personnes en injonction de soins vers le CSAPA du CHC.

Les contacts sont établis avec la mairie d'Espérasa par le biais d'une convention en vue d'un accueil dans la maison des associations.

Une maison de santé est mise en place à Espérasa avec un point de relais potentiel. Une rencontre avec « médecins du monde » a eu lieu récemment sur Espérasa. La coopération est encore lointaine et non formalisée en terme de complémentarité.

Le PPPP, sur le volet filière AVC, prévoit une coordination renforcée qui permettra la participation de l'établissement de Limoux à la journée nationale AVC en partenariat avec le CHC.

La complémentarité entre établissements du GHTOA sur les thématiques santé publique est identifiée comme un axe à développer. Il n'y a à ce jour pas de programme commun entre les établissements du GHT.

Les actions de santé publique développées par le CH de Castelnaudary :

A Castelnaudary, le Dr SOULIE assure la Consultation d'Addictologie 2 fois par mois ; un secrétariat assure les prises de RDV ; l'activité est suivie et tracée sur RDVWIN. Cette consultation est mise en place depuis trois ans. Les plages de consultations sont identifiées sur la maquette organisationnelle.

Les actions de santé publique sur le CH de Carcassonne :

Le CH de Carcassonne dispose d'un secteur spécifique de santé publique. Le Dr SOULIE en est le chef de service. Elle s'attache depuis son arrivée à diversifier l'offre de soins en addictologie en prenant en charge des addictions autre que l'alcool et le tabac. Sont pris en compte les troubles d'addiction à la nourriture, au sexe, aux jeux, aux écrans, aux achats.... Actuellement, l'adressage est réalisé par la médecine générale et / ou l'entourage du patient.

En ce qui concerne les TCA (Troubles des conduites alimentaires), une coordination se met en place dans le cadre du parcours patient prévoyant une chirurgie bariatrique (Drs LABBE et NINI). Le CLAN du CHC participe au travail de coordination et de prise en charge des patients obèses.

Des informations dans les collèges et les lycées relatives aux addictions tabac sont réalisées, cependant le partenariat avec l'éducation nationale est pour l'heure difficile à mettre en place. L'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie) Narbonne intervient sur Carcassonne au sein des collèges et lycées.

Les contacts avec la mairie de Carcassonne sont mis en place et devraient être prochainement évalués. (Mme PICHARD). La mairie de Carcassonne organise les mardis de la santé. Cette action reste encore à promouvoir au niveau des établissements.

Des interventions sont également réalisées sur la maison d'arrêt.

Sous l'impulsion de l'ARS, le CLAT (Centre de lutte anti-tuberculose) de Carcassonne devient le CLAT 11 et intervient désormais dans tout le département.

Il assurera dorénavant les missions des CLAT regroupés. Cela implique pour l'établissement support des modifications notoires d'organisation au sein de son secteur de consultations en vue de répondre aux recommandations de bonnes pratiques et de prévention.

Les moyens du CLAT 11 ont été augmentés. L'organisation pratique des prises en charge est en cours. L'intégration de la technologie PACS (système de communication et d'archivage numérique de l'imagerie médicale) dans le fonctionnement des parcours patients issus de Narbonne est en cours.

Le secteur de santé publique de Carcassonne s'attache à travailler à la prévention, au dépistage et à la promotion des actions en lien avec l'obésité, les addictions, la vaccination, et s'organise pour répondre aux stratégies nationales de santé relatives aux grands thèmes de santé publique.

Un partenariat se met en place avec l'ADOC, plus précisément sur le dépistage précoce du cancer du sein, en lien avec le praticien radiologue récemment recruté et ayant des compétences en sénologie (mammographie précoce en lien avec les orientations de la loi de financement de la sécurité sociale 2017/2018). Double lecture des mammographies.

Un partenariat public/privé avec ADOC 11 ainsi qu'avec la ligue contre le cancer est actif ; les contours sont à évaluer.

Une approche se réalise au sujet des activités sport et santé visant la promotion de la santé et la prévention des rechutes.

Un lien est à faire avec le CLET (Comité de liaison d'éducation thérapeutique) de l'établissement chargé de la coordination des actions d'éducation thérapeutique et de la prévention des récurrences et des rechutes.

Le CHC dispose également d'un CEGIDD (Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections VIH, Hépatites, IST) et travaille à la prévention des transmissions des infections sexuellement transmissibles (IST).

Les acteurs de la santé publique sont également investis sur l'UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire) et le CSAPA.

Un rapport annuel d'activité est réalisé.

A ce jour, le GHT ne dispose pas d'une politique lisible de santé publique incluant les acteurs et les établissements du GHT.

Le ROR (Répertoire opérationnel des ressources) doit permettre de clarifier les ressources dédiées à la santé publique ; cependant il convient de compléter ce document par la liste des partenaires associatifs, locaux, territoriaux, ainsi que par les conventions passées entre partenaires (Mairies, agglo, associations, CPAM, INPES...).

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer une politique de développement de la santé publique et des actions en regard au sein du GHT. Déterminer un programme annuel commun d'actions à mettre en œuvre entre les trois établissements. Identifier et évaluer les conventions et partenariats actifs et/ou à développer dans la prise en charge des parcours patients (tabac, alcool, troubles de l'alimentation, jeux, drogues...). 	Débute-le	10 octobre 2017
		Fini le	

	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer sur le territoire les liens avec la médecine de ville pour favoriser l'adressage dans les parcours patients identifiés (informations). • Mettre en place de façon coordonnée les journées thématiques d'actions et d'information selon les calendriers nationaux (mois sans tabac, fraîche attitude, vaccination, prévention IST, dépistage cancer du sein et colo rectal). • Organiser le CLAT 11 et ses déclinaisons pratiques en terme de parcours des patients atteints de tuberculose. • Favoriser les actions de sensibilisation à la vaccination de publics ciblés (professionnels de santé, personnes fragiles...). • Coordonner les actions d'éducation thérapeutique en lien avec les parcours patients et la compliance au traitement (notamment sur les filières identifiées dans le PPPP). • Organiser en lien avec la ligue contre le cancer et les acteurs des trois CH les actions de dépistages organisés des cancers du sein, colo rectal et promouvoir la détection des cancers cutanés. 		
Démarches mises en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du CLAT 11 (Carcassonne) • Campagnes de sensibilisation à la vaccination (Limoux) 		
Effets attendus sur	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient : pouvoir être acteur encore mieux éclairé sur les enjeux de santé publique. • Les pratiques médicales : développer des réseaux ville-hôpital et des partenariats public/privé afin de développer des pratiques médicales partagées, notamment sur les filières de santé publiques. • Les professionnels : un meilleur repérage des nombreux partenaires intervenant dans le domaine de la santé publique sur le territoire du GHTOA. • Le système : améliorer l'organisation et la coordination des prises en charge et des actions de prévention en santé publique. 		

Article 2 : Fonctions mutualisées obligatoires :

Conformément aux articles R. 6132-15 et suivants du code de la santé publique, l'organisation des fonctions mutualisées suivantes figure en annexes :

- Schéma directeur des systèmes d'information
- Fonction achat mutualisée
- Coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement
- Coordination des plans de formation continue et de DPC des établissements du groupement

ANNEXE 1 : SIH V1

ANNEXE 2 : Fonction achat mutualisée

ANNEXE 3 : La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement

ANNEXE 4 : coordination des plans de formation continue et de DPC des établissements du groupement

Article 3 : Partenariats :

ANNEXE 5 : Convention d'association avec le CHU de Toulouse

GLOSSAIRE

3 C	Centre de Coordination en Cancérologie	COPIL	Comité de Pilotage
ADAFF	Association Départementale d'Aide aux Femmes et aux Familles	CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
ADOC	Association de Dépistage Organisé de Cancers	CPPRB	Comité de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale
AM	Après-midi	CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail	CREX	Comité de Retour d'Expérience
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance	CROSSWAY	(logiciel médical)
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie	CRP	C-Reactive Protein
ANTARES	(logiciel)	Cs	Consultation
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie	CS	Conseil Stratégique
APAM	Association de Protection juridique et d'Accompagnement social des Majeurs	CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ARACT	Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail	CTVS	Comité Technique de Veille Sociale
ARS	Agence Régionale de la Santé	DCI	Dénomination Commune Internationale
AS	Aide-Soignant	DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ASH	Agent des Services Hospitaliers	DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
ASS	Assistante Sociale	DPI	Dossier Patient Informatisé
ATDI	Association Tutélaire des Inadaptés	DRCI	Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral	DRH	Direction des Ressources Humaines
BAIL	Bureau d'Accueil et Intégration par le Logement	DS	Directeur des Soins
BIODOC	(laboratoire)	DU	Dosé unitaire
BMR	Bactérie Multi Résistante	ECODEX	(société)
CAF	Caisse d'Allocations Familiales	EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins	EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
CBU	Contrat de Bon Usage	EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
CEDIF	Comité Elargi de Défense de l'Individu et des Familles	EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic	ESA	Equipe Spécialisée d'Accompagnement
CERBA	(laboratoire)	ETP	Equivalent Temps Plein
CH	Centre Hospitalier	ETP	Education Thérapeutique
CHC	Centre Hospitalier de Carcassonne	ETS	Etablissement de Santé
CHCa	Centre Hospitalier de Castelnaudary	FE	Femme-Enfant
CH L-Q	Centre Hospitalier de Limoux-Quillan	GAPM	Groupement Audois de Prestations Mutualisées
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	GESTFORM	(logiciel de formation)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition	GHTOA	Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois
CLAT	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse	GIE	Groupement d'Intérêt Economique
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination	GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
CLS	Contrat Local Santé	HAD	Hospitalisation A Domicile
CLUD	Comité de LUtte contre la Douleur	HAS	Haute Autorité de Santé
CLUSTER	(réseau d'entreprises)	HDJ	Hospitalisation de Jour
CME	Commission Médicale d'Etablissement	IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
CMP	Centre Médico-Psychologique	IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
CMS	Centre Médico-Social	IMADIS	(Société de téléradiologie)
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles	INTERMED	(Association d'aide aux toxicomanes)
		IOA	Infirmière d'Orientalion et d'Accueil
		IPP	Identifiant Personnel Patient
		IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
		JF	Jour Férié
		LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
		LCR	Liquide céphalo-rachidien

MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer	RA	Rapport d'Activité
MAO	Médecin d'Accueil et d'Orientation	RDV	Rendez-vous
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique	RDVWIN	(module de rendez-vous sur Crossway)
MER	Manipulateur d'Electro Radiologie	RH	Ressources Humaines
MMG	Maison Médicale de Garde	RPS	Risques Psycho-Sociaux
MSA	Mutualité Sociale Agricole	RTCA	Régie de Transports de Carcassonne Agglo
MST	Maladie Sexuellement Transmissible	Rx	Radiologie
NFS	Numération Formule Sanguine	SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels	SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	SIAO	Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
PA	Personne Agée	SIH	Système d'Information Hospitalier
PACS	Picture Archiving and communication system	SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé	SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
PAAT	Plan d'Action Achat Territorial	SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
PCME	Président Commission Médicale d'Etablissement	TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
PDS	Permanence des Soins	TDI	Tivoli Dôme Imagerie
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires	TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
PH	Praticien Hospitalier	TOGD	Transit Oeso-Gastro-Duodéal
PIMM	Procédés et Ingénierie en Mécanique et Matériaux Personnel Médical	UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
PM	Personnel Médical	UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
PMI	Protection Maternelle et Infantile	UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
PML	Plate-forme Médico-Logistique	UMA	Unité Médicale d'Activité
PNM	Personnel Non Médical	UNIHA	(réseau coopératif d'achats groupés)
PPPP	Projet Partagé de Prise en charge Patient	UNV	Unité Neuro-Vasculaire
PPR	Plan de Prévention des Risques	URQUAL	Urgences Qualité (logiciel destiné aux services des urgences)
PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique	USLD	Unité de Soins de Longue Durée
- 2S	- Sanitaire et Social	USSAP	Union Sanitaire Sociale Aude Pyrénées
- IBC	- Industrie, Bâtiment, Commerce	WE	Week-End
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur		
QVT	Qualité de Vie au Travail		

Fait à Carcassonne, le 14 décembre 2017,

Alain GUINAMANT



Directeur du Centre
Hospitalier de
Carcassonne

Christian DUBLÉ



Directeur du Centre
Hospitalier de
Castelnaudary

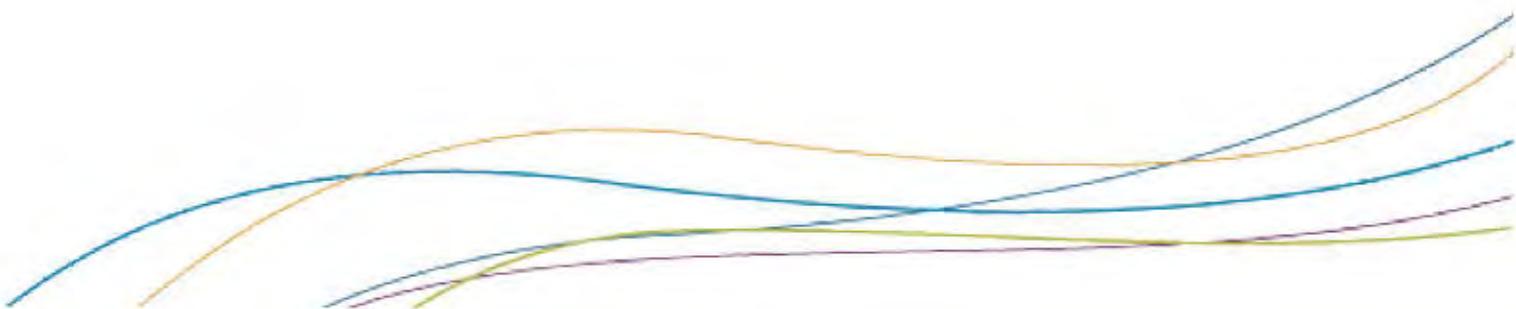
Vincent LAROCHE



Directeur par intérim du
Centre Hospitalier de
Limoux-Quillan



ANNEXE 1 : SIH V1





GHT OUEST AUDOIS

SCHEMA DIRECTEUR SYSTEME D'INFORMATION

Version 1.0

SOMMAIRE

Préambule.....	4
Présentation du document.....	5
1. L'environnement d'appartenance et contexte de la démarche.....	6
1.1 Le cadre juridique des GHT impactant les SIH.....	6
1.2 Le GHT Ouest audois : présentation, activités.....	7
2. Le cadrage de la démarche.....	10
2.1 Les objectifs et enjeux.....	10
2.2 La méthodologie de réalisation du SDSI du GHT.....	11
2.3 Le calendrier de réalisation.....	12
2.4 Les modalités de suivi de la mission - Gouvernance.....	13
3. L'existant.....	14
3.1 La cartographie fonctionnelle.....	14
3.2 La cartographie technique.....	14
3.3 Ressources dédiées au SI.....	16
3.4 Les projets en cours ou prévus à court terme.....	18
4. Le Système d'Information cible.....	20
4.1 Les principes directeurs.....	20
4.2 Cible phase 1 – Initialisation de la convergence.....	21
4.3 Cible phase 2 – Système d'information unique.....	23
5. Projets de la phase 1 et évaluation budgétaire.....	25
5.1 Méthode d'évaluation des budgets.....	25
5.2 Evaluation des projets phase 1.....	26

Annexes

1. Support de réunion de cadrage
2. Support de restitution du diagnostic de l'existant
3. Supports et comptes rendus des ateliers métiers
4. Supports d'animation des COPILS/COSTRATS et comptes rendus des réunions

Maîtrise du document

Rédacteurs

B. RIBOT	Consultant	AntéSys
N. BESSON	Directeur de mission	AntéSys

Liste de validation

M. FILLOL	RSI GHT	CH Carcassonne
	Comité de pilotage SDSI	GHT Ouest audois
	Comité stratégique	GHT Ouest audois

Liste de diffusion

COFIL SI GHT		GHT Ouest audois
COSTRAT GHT		GHT Ouest audois

Statuts du document

Version 1	En date du 19.12.2017	Pour approbation

Opérations

Date	Nature de l'opération	Validation	Diffusion

Préambule

« La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est une mesure très structurante, très ambitieuse. Depuis 2012, j'ai fait de l'accès aux soins de tous, une ligne conductrice de ma politique. Les GHT en sont un élément clé.

Cette réforme majeure appelle une mobilisation collective, et donc l'association de l'ensemble des acteurs qu'elle concerne. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité, dès l'automne dernier, sans attendre le vote définitif de la loi, que des travaux de préparation soient menés, dans les territoires comme au niveau national.

Avec les groupements hospitaliers de territoire, nous concrétisons une ambition historique : celle de renforcer la coopération entre les hôpitaux publics.

Les dispositifs mis en place ces dernières années pour parvenir à cet objectif : groupements de coopération sanitaires, communautés hospitalières de territoire... ont montré leurs limites, quantitatives mais aussi qualitatives.

Moins d'un établissement sur quatre fait partie d'une communauté hospitalière de territoire et parmi celles qui ont été créées, toutes ne s'appuient pas sur un projet médical commun. Les raisons de ces blocages sont multiples : manque de lisibilité des dispositifs en vigueur, faible mobilisation de certains acteurs, absence de dynamique collective. L'enjeu, aujourd'hui, c'est d'avancer.

Avancer, c'est amener l'ensemble des établissements publics de santé à s'inscrire obligatoirement dans une démarche de coopération territoriale. C'est ce que prévoit désormais la loi avec les GHT.

Il faut voir dans cette obligation une véritable opportunité pour renforcer le service public hospitalier. Le dispositif que j'ai inscrit dans la loi concilie la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales. Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire, et le projet médical est au cœur de cette dynamique.

Mon ambition, c'est que face aux inégalités territoriales, que chacun reconnait, les GHT soient une réponse efficace, en inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins. L'enjeu, c'est bien de maintenir et de consolider l'égalité d'accès aux soins pour tous, en tout point du territoire. »

Extraits du discours de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, prononcé à l'occasion de l'installation du premier comité de suivi de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le Jeudi 17 mars 2016.

Présentation du document

Le présent document a pour objectif de décrire le schéma directeur du système d'information (SDSI) du GHT sur la période 2017-2021. Ce schéma a été conçu afin de mettre au service de la stratégie médicale partagée les outils SI nécessaires. Il précise :

- L'environnement d'appartenance et le contexte dans lequel le Système d'Information (S.I.) de convergence doit être mis en œuvre,
- La démarche d'élaboration du SDSI adoptée et les principes directeurs suivis,
- L'existant en matière de système d'information dans les établissements parties,
- Les axes et orientations majeurs retenus pour le S.I. du GHT,
- Le Système d'Information cible qui en découle,
- Le portefeuille de projets et les ressources nécessaires à l'atteinte de cette cible,
- La trajectoire de mise en œuvre et les conditions de réalisation au travers de fiches projets.

Ce SDSI est l'aboutissement des travaux menés avec les représentants des établissements parties au groupement, dans le cadre d'une démarche structurée et collaborative, impliquant les professionnels.

1. L'environnement d'appartenance et contexte de la démarche

1.1 Le cadre juridique des GHT impactant les SIH

La participation à un GHT est obligatoire pour les établissements publics de santé, facultative pour les établissements de santé privés. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à un seul GHT. Le projet médical partagé d'un GHT s'inscrit dans son territoire, en conformité avec le projet régional de santé. La convention constitutive définit une stratégie médicale et soignante partagée entre les établissements parties au groupement, formalisée dans le projet médical partagé.

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de fonctions mutualisées obligatoires qui seront assurées par l'établissement support désigné par la convention constitutive. Quatre activités seront obligatoirement transférées au GHT (établissement support désigné) :

- 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 écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

Le périmètre de mutualisation du système d'information hospitalier (SIH) comprend l'ensemble des ressources matérielles et logicielles, des données et des ressources humaines participant à la stratégie, à l'optimisation et à la gestion commune du système d'information.

L'objectif est d'homogénéiser de façon progressive le SIH au sein du GHT afin que l'ensemble des établissements parties utilise à terme, pour chaque domaine métier, une même brique applicative fonctionnant sur une infrastructure technique commune (le même dossier patient informatisé, le même SI de gestion économique et financière, etc.).

La DGOS présente ainsi les étapes majeures de déploiement d'un SIH de convergence :



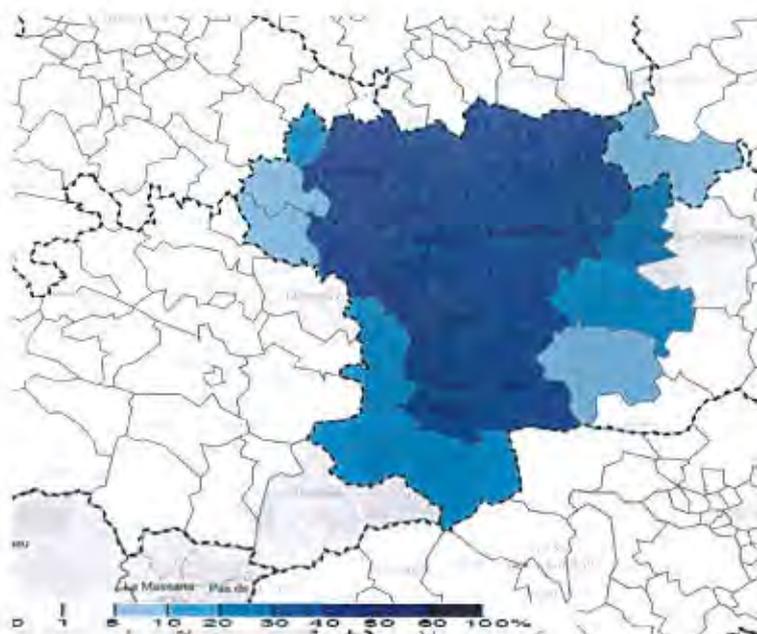
1.2 Le GHT Ouest audois : présentation, activités

Le GHT Ouest audois est composé de 3 établissements distants mutuellement d'environ 40 km : le CH de Carcassonne, établissement support du GHT, implanté sur 3 sites et disposant d'une antenne SMUR, le CH de Castelnaudary et le CH de Limoux-Quillan implanté sur 5 sites.

Les activités et effectifs des établissements sont les suivants :

Données		CH Carcassonne	CH Castelnaudary	CH Limoux	GHTOA
Capacitaire	473 lits places et postes pour les activités de MCO	473	52	86	611
	Lits d'hébergement	290	150	232	672
	Lits de répit			3	3
	Places d'accueil de jour	15		15	30
	Places de SSIAD		68	132	200
	Places d'ESA			10	10
Activité	Journées d'hospitalisation et d'hébergement	214 234	94 442	158 985	467 661
	Venues en soins externes	142 659	20 252		162 911
	Passages aux urgences	38 834	13 140		51 974
Effectifs	Agents	2 102	274	383	2 759
	Médecins	251	22	13	286

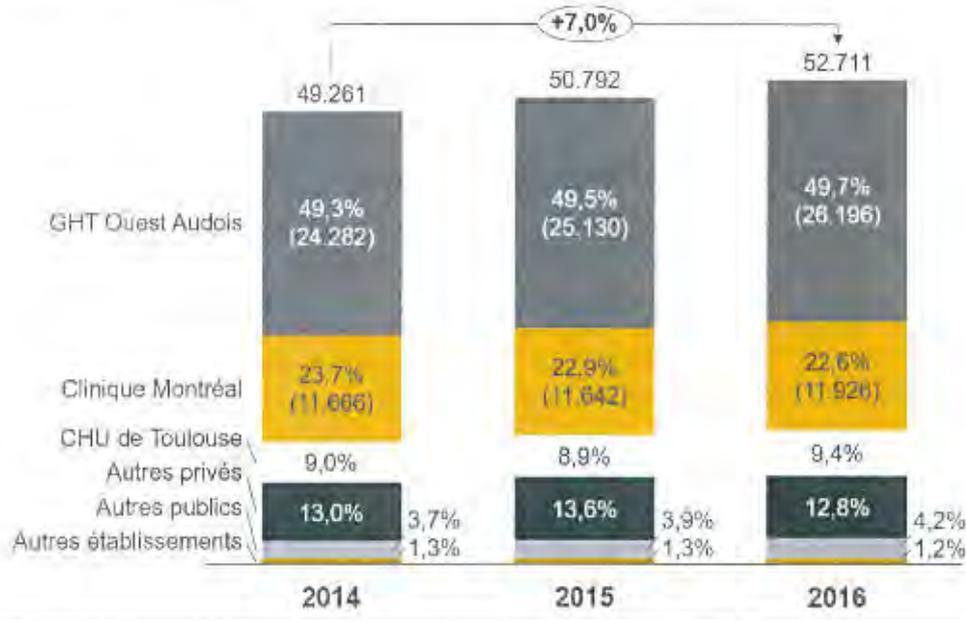
Zone d'attractivité* du GHT (2015)



* Territoire caractérisé par les communes où les établissements réalisent les taux d'hospitalisation les plus élevés (taux d'hospitalisation = nb de séjours / nb d'habitants, sont exclus les codes géographiques imprécis et les étrangers).

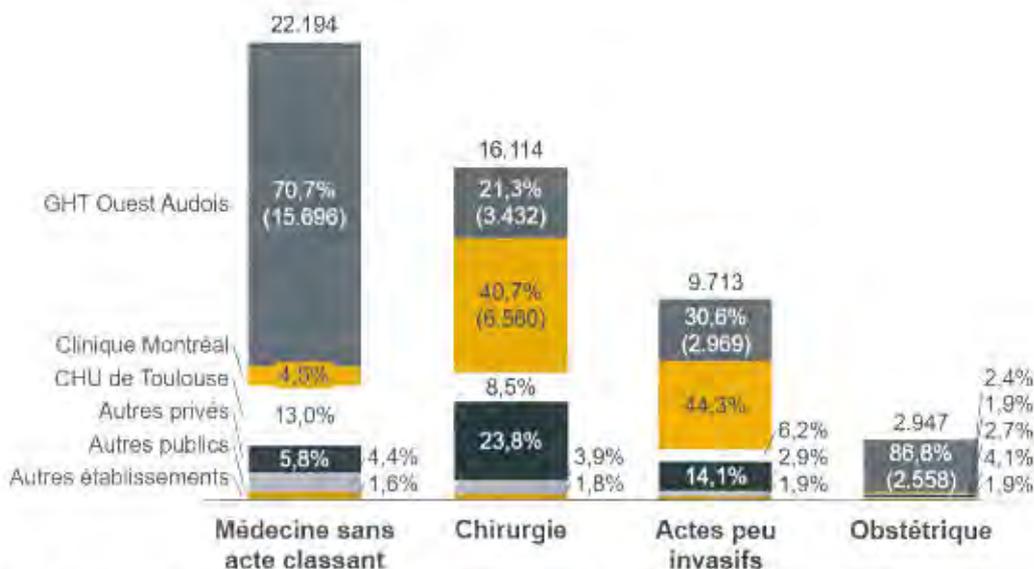
Evolution des parts de marché du GHT

Séjours – hors séances - sur la zone d'attractivité (Source : PMSI)



Parts de marché du GHT en 2015 sur les activités principales

Séjours – hors séances - sur la zone d'attractivité (Source : PMSI)



Le GHT Ouest audois occupe une position dominante sur le territoire, malgré la très forte attractivité du secteur privé.

Environ 250 conventions de coopérations sont référencées au sein du CH de Carcassonne. Elles portent pour partie sur des partenariats en termes de prise en charge des patients, notamment avec les autres établissements parties au GHT (consultations avancées, filières de prise en charge, etc.).

Le CHU de Toulouse est le CHU de référence au titre des missions du GHT, mais le CHU de Montpellier sera également associé au GHT de l'Ouest Audois.

Le Projet Partagé de Prise en charge du Patient (PPPP) du GHT se décline sur 5 axes :

- *Démographie médicale :*
 - Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée du recrutement médical,
 - Positionner le GHT comme un acteur de présence médicale sur le territoire et de lutte contre la désertification médicale (équipe médicale de territoire, recours à la télé-expertise et la télémédecine),
 - Organiser le parcours coordonné de l'internat et du post-internat entre les établissements et les CHU de référence et la médecine libérale.

- *Efficiences et mutualisation :*
 - Mutualiser les fonctions médico-techniques de biologie, d'imagerie et de pharmacie,
 - Développer les équipes médicales territoriales pour la radiologie et les urgences,
 - Organiser les soins non programmés,
 - Organiser l'adressage et le suivi dans les parcours inter-établissements et avec la médecine libérale,
 - Mettre en œuvre des équipes territoriales en gériatrie et dans les spécialités qui le nécessitent,
 - Mettre en œuvre un projet de prise en charge du patient articulé avec les projets partagés (médicaux et de soins).

- *Développement de l'offre de soins et gradation :*
 - Construire et/ou organiser une offre de soins graduée en articulation avec le secteur libéral (consultations avancées et externes, télémédecine pour éviter les déplacements patients, permanence et continuité des soins, activités d'hospitalisation et virage ambulatoire, organisation de l'expertise et du recours, soins de suite, de réadaptation et de rééducation),
 - Favoriser l'accessibilité aux soins, notamment la prise en charge de la précarité.

- *Filières et parcours :*
 - Faire un état des lieux des besoins et des filières existantes, à créer ou à renforcer ;
 - Assurer un parcours coordonné et cohérent des patients et des résidents d'établissement médico-social du territoire dans le cadre des filières gériatrique, psycho gériatrique, Alzheimer, pathologies chroniques, soins palliatifs, cancérologique, urgences.

- *Association avec les centres hospitaliers universitaires :*
 - Renforcer, conformément au Titre 06-Article 2- Association avec les centres hospitaliers universitaires, les coopérations avec chacun des deux centres hospitaliers universitaires, prioritairement en matière de démographie médicale et dans la structuration d'une offre de soins publique et graduée.

Le SDSI devra permettre de définir les outils et conditions de mise en œuvre permettant de répondre aux objectifs stratégiques et opérationnels du Projet Partagé de Prise en charge du Patient.

2. Le cadrage de la démarche

2.1 Les objectifs et enjeux

Les enjeux majeurs identifiés pour le S.I. du GHT sont les suivants :

- Mettre en œuvre le partage d'informations patient au sein du GHT aussi bien pour les établissements de MCO que les EHPAD (plateforme de partage, DPI unique, interopérabilité des dossiers...), en tenant compte des investissements réalisés par les établissements, du déploiement en cours des solutions, des fonctionnalités proposées par les outils et des contraintes économiques et contractuelles.
- Renforcer le lien entre les établissements du GHT, et les établissements partenaires du GHT (médecine libérale, établissements médicaux-sociaux, établissements privés d'intérêt collectif et établissements de santé à but lucratif) afin de répondre aux objectifs médicaux et enjeux de santé publiques du territoire.
- Accompagner les fonctions supports, notamment le laboratoire et imagerie, au travers du déploiement des solutions RIS, PACS, CIS & CGL (adhésion au PACS régional Occitanie, intégration des dossiers d'EHPAD,...) et renforcer les relations avec les partenaires extérieurs (télémédecine, téléconsultation, DMP, portail ville-hôpital etc.).
- Organiser la convergence des équipes en charge du SI des établissements membres du GHT, afin de mutualiser les compétences, de partager un plan de renforcement des compétences commun (formation et recrutement) aligné sur les besoins du GHT, et de définir des processus de pilotage adaptés au modèle de gouvernance cible pour le SI.
- Etudier les modalités d'hébergement des données (internes, regroupées sur un seul site, externalisées) du GHT en analysant l'opportunité d'obtenir l'agrément hébergeur de données de santé nécessaire pour héberger des données émanant d'un site tiers (même si appartenant au GHT) tout en s'appuyant sur les travaux menés par le GCS LR.

2.2 La méthodologie de réalisation du SDSI du GHT

La méthodologie de réalisation du SDSI du GHT se décline en 4 phases. Les principales phases d'élaboration et livrables associés sont schématisées ainsi :



Une réunion de cadrage de la démarche est organisée afin de poser les bases du suivi et des modes de fonctionnement entre les équipes :

- Mise en évidence et élaboration des fondamentaux du projet (objectifs, enjeux, calendrier, parties prenantes au sein des différents établissements et des métiers, résultats attendus, etc.)
- Validation du plan projet proposé avec un focus particulier sur la coordination des travaux
- Identification des interlocuteurs clefs au sein du groupe projet
- Mise en place du planning de réalisation du SDSI en lien avec le planning de validation du PPPP
- Définition des formats des produits finis et du calendrier de restitution
- Validation des modalités de présentation aux instances de pilotage
- Mise en place du mode de communication.

Activités des phases

Phase 1 – Diagnostic de l'existant

- Recueil et étude de la documentation du SI
- Elaboration des cartographies fonctionnelle, technique, organisationnelle
- Restitution du diagnostic au Copil

Phase 2 – Définition du Système d'Information cible du GHT

- Recueil des besoins au moyen d'une série d'ateliers ayant permis de recueillir les attentes des utilisateurs dans les établissements. Ces ateliers ont été organisés autour des **4 thématiques** suivantes :
 - Stratégie, gouvernance et organisation
 - Métiers
 - Parcours
 - Technique
- Définition de la cible
- Présentation de la cible au Copil pour validation.

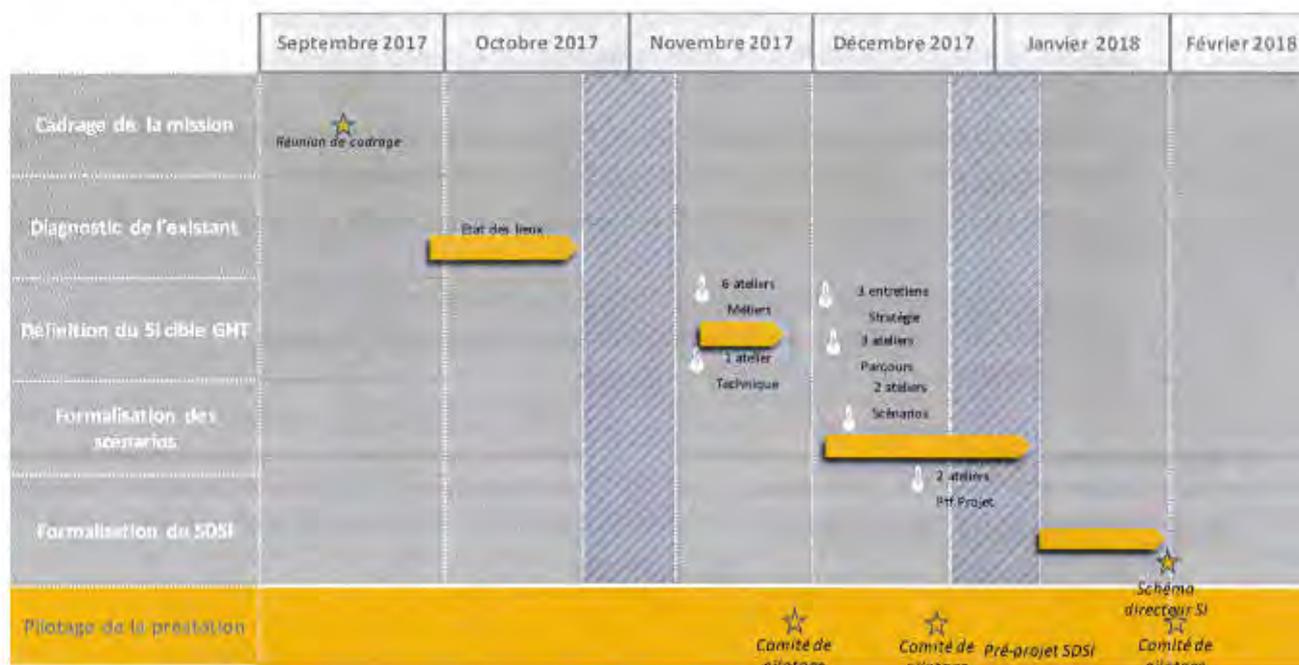
Phase 3 – Formalisation des scénarios

- Ateliers de constitution du portefeuille de projets valorisé
- Construction des scénarios de mise en œuvre.

Phase 4 – Formalisation du schéma directeur du système d'information

- Elaboration du plan détaillé du SDSI
- Production du SDSI

2.3 Le calendrier de réalisation



Principaux livrables

- 📄 Etat des lieux de l'IA
- 📄 Cartographies x ERS
- 📄 Scénarios et supports
- 📄 SDSI (SDI) (2017-2020)
- 📄 Supports et compléments des ateliers
- 📄 Supports et compléments des entretiens

Ateliers/Entretiens Vacances Scolaires

2.4 Les modalités de suivi de la mission - Gouvernance

La gouvernance du projet s’est inscrite dans la gouvernance du SI posée par la convention constitutive du GHT. Elle repose sur un comité de pilotage SI dont la composition assure la représentation de toutes les parties :

- Chefs d’établissements
- Représentants des professionnels de santé
- Responsables informatiques et membre des équipes SI
- DSI de territoire
- RSSI

Le comité de pilotage valide les étapes clés de la démarche et les présente au comité stratégique. Un groupe projet opérationnel participe aux travaux d’élaboration et assure le suivi du projet. Des réunions régulières sont organisées pour le suivi et la validation des livrables :



Instance	Objectifs	Participants	Fréquence	Durée
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définition des orientations et objectifs ▶ Validation de l’organisation ▶ Définition des livrables ▶ Validation des résultats ▶ Arbitrages en cours d’étude ▶ Restitution au Comité stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comité SI du GHT ▶ Pilote du SDSI ▶ Chef de projet EY 	En fonction des jalons de l’étude (Mensuel)	2-3H
Groupe projet opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revue des jalons ▶ Revue des indicateurs du projet (qualité, budget) ▶ Revue du planning ▶ Validation du niveau d’avancement ▶ Suivi et mise à jour du plan d’action 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pilote du SDSI pour le GHT ▶ Chef de projet EY ▶ Equipe EY 	Conférence téléphonique hebdomadaire	~1H

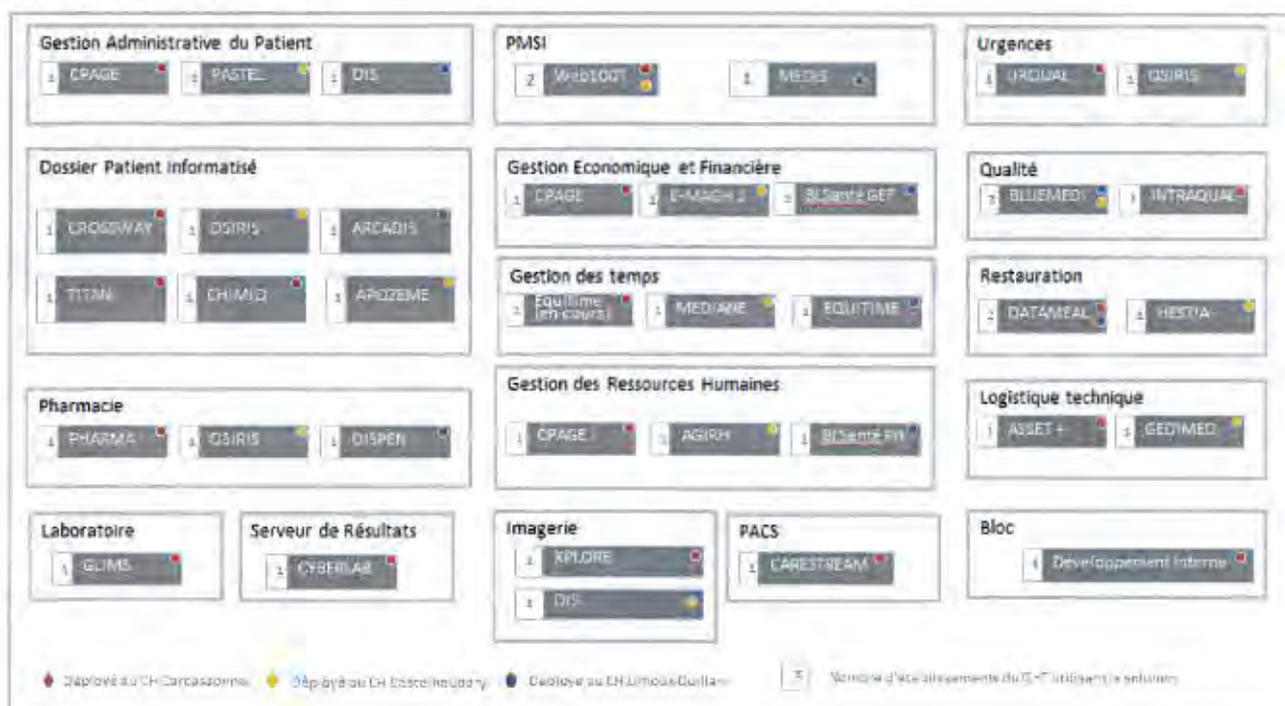
3. L'existant

Le diagnostic de l'existant a pour objectif de partager une vision claire des SI des établissements afin de préparer la convergence et d'établir un état des lieux global de l'écosystème des SI des 3 établissements du GHT. Il est formalisé au travers de cartographies sur les axes fonctionnels, techniques et des ressources humaines et financières dédiées au SI.

3.1 La cartographie fonctionnelle

La cartographie fonctionnelle met en évidence une forte divergence des applications au sein des établissements du GHT notamment sur les sujets majeurs que sont le DPI, la GAP, la GEF, l'imagerie ou encore la GRH. L'utilisation d'un progiciel intégré au sein du CH de Limoux Quillan est à souligner, qui pourrait alourdir les changements d'applicatifs au sein de cet établissement, dans un contexte financier tendu.

Cartographie applicative



Les établissements du GHT ne sont pas connectés au PACS Régional ni au Dossier Médical Partagé. Il conviendra d'étudier ces solutions dans une logique de partage de l'information au sein du territoire.

3.2 La cartographie technique

En termes d'hébergement des SI, les stratégies sont divergentes. Les CH de Carcassonne et Limoux-Quillan hébergent majoritairement leur S.I. en interne, sauf pour certaines applications ou services.

Le CH de Castelnaudary a fait le choix d'un hébergement mixte :

- Externe pour les applications administratives, RH et financières au MIPIH, les RH pouvant faire l'objet d'une ré-internalisation à court terme
- Local pour le dossier patient et autres applications transversales

Des salles de secours existent aux CH de Carcassonne et Limoux-Quillan, ce projet étant envisagé pour 2018 pour le CH de Castelnaudary.

Aucun établissement n'héberge de données pour le compte d'autres structures.

Les solutions de virtualisation des serveurs, des applications, d'EAI, d'accès Internet sont divergentes mais restent dans les standards du marché et ne constituent pas un frein à la mise en œuvre d'un SI de territoire.

Éléments de volumétrie



128 interfaces : Identités- Séjours, laboratoire, actes,...



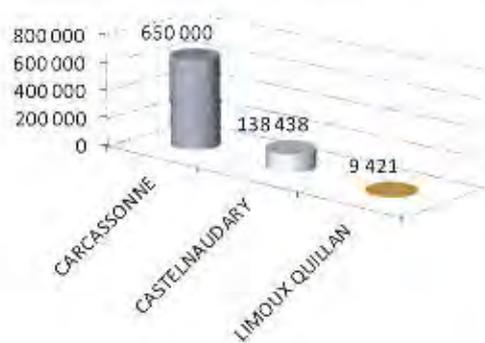
Une diversité constatée de systèmes, bases de données, architectures serveurs, etc. induit une complexité d'exploitation qu'il conviendra de rationaliser, mais la forte hétérogénéité constatée entre les SI, les solutions techniques utilisées ne sont pas un frein à la mise en œuvre d'un SI de territoire.

Les niveaux de sécurité sont conformes et proportionnels aux tailles d'établissement.

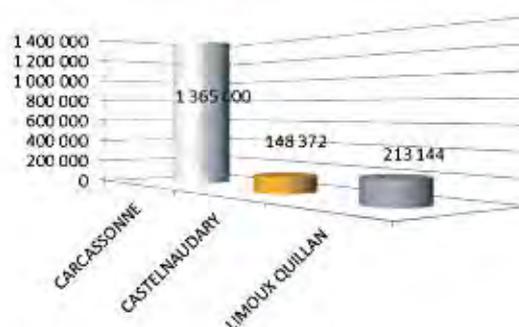
	Carcassonne	Limoux Quillan	Castelnaudary
RSSI	X	X	
PGSSI, Analyse et suivi des risques	X	X	
CIL	X	X	
Plan de continuité informatique, principes de base	X	X	X
Règles pour les dispositifs connectés (tablettes, wifi)		X	
Spécificité pour les accès Wifi		X	X
Règles pour les accès à distance (ordinateurs personnels)		X	
Destruction de données lors du transfert de matériels informatiques			X
Mesures de protection de l'intégrité des données stockées (postes de travail + serveurs + firewall + antivirus + Waus + ...)	X	X	X
Règles et solutions de sauvegarde	X	X	X
Gestion des habilitations d'accès au SI	X	X	
Documentation et cycle de mise à jour			
Formations des personnels DSI	X	X	

3.3 Ressources dédiées au SI

Investissements 2016 en € TTC

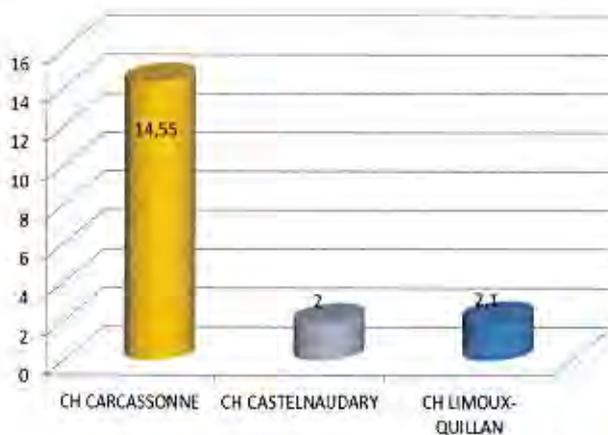


Exploitation 2016 en €



Les ressources financières consacrées au SI font paraître une forte disparité entre les établissements, en partie proportionnelle à la taille des établissements, dans un contexte où les équilibres financiers sont en tension.

L'équipe SI GHT est constituée de 21 agents pour 18,45 ETP dont au moins la moitié est en capacité de porter des actions d'encadrement, de chefs de projets, d'expertise technique.



- Le DSI de territoire est rattaché au CH de Carcassonne. Des RSI sont présents dans tous les établissements parties.
- La fonction RSSI est assurée par un intervenant externe sur le CH de Carcassonne et en interne dans les autres sites.
- Au CH de Carcassonne, la responsabilité des applications est assurée par des personnels dédiés. Des ressources de référents métiers sont disponibles sur les autres sites mais ne font pas partie de la DSI.
- Le support et l'assistance techniques sont assurés par des ressources locales.

3.4 Les projets en cours ou prévus à court terme

Les établissements disposent chacun d'un portefeuille de projets qu'il convient d'intégrer au SDSI de convergence ou de réaménager, selon les cibles qui seront déterminées.

Les projets identifiés sont les suivants :

25 projets sont identifiés pour le CH de Carcassonne

MAJ XPLORE WEB
MAJ CPAGE I
Gestion du Temps de Travail (GTT) PM / PNM
MAJ EAI CLÓVERLEAF vers 6.2
MAJ Laboratoire GLIMS V8 vers V9 (Oracle vers 11G, WS de 2003 vers 2012, SIL)
TEP avec le CHU de Toulouse
Messagerie Sécurisée de Santé (MS Santé)
MAJ BO XI3.1 vers BI4.1 (+ MAJ BO SAMU)
Accès externes sécurisés au PACS (code de partage)
MAJ PARC XP vers W7
Renouvellement du parc (postes, écrans)
Etude refonte de l'architecture réseau
Etude et sécurisation des flux entre les salles informatiques
MAJ Citrix 2008
TMM dossier patient (MAJ des TMM, SSO avec Badge)
MAJ du système de sauvegarde (TINA)
Visioconférence GHT
Renouvellement de l'infrastructure de messagerie Exchange
Gestion de parc / gestion d'incidents (ITIL)
Etude du renouvellement de l'infrastructure de serveurs blade, incluant les serveurs oracle
Etude du renouvellement de l'infrastructure de stockage (EMC)
Interconnexion VPN des membres du GHT
Actualisation et amélioration du PCA PRA / Test et PV de recette
RGPD DPO
MAJ CHIMIO / PHARMA (dont interface DIN)

19 projets sont identifiés pour le CH de Limoux-Quillan

Mise à jour parc Informatique Windows7 vers Windows10
Mise en place de la télémedecine
Mise en place visioconférence GHT
Ajout d'un transcodeur TNT pour l'accès à toutes les chaînes numériques sur les TMM
Renouvellement des TMM
Renouvellement des palms pour l'accès au dossier de soins au domicile des patients (SSIAD)
Développement de l'affichage dynamique dans les services (communication interne)
Renouvellement des solutions d'authentification et de contrôle d'accès à Internet sur les TMM (netinary)
Mise en place d'accès internet wifi public pour les patients et familles sur le CH de Quillan
Mise en place des tablettes Android pour l'accès au DPI Arcadis (module arcadroid) en remplacement des chariots ergotron.
Interface laboratoire - CH Quillan
Interface pour la récupération de l'imagerie et compte-rendu dans le DPI
Informatisation de la demande d'analyses avec les laboratoires
Authentification forte – SSO + lecteur RFID – CPS
Renouvellement suite bureautique vers office 2016
Mise en place d'une solution de gestion de stock et d'inventaire (magasin – pharmacie)
Mise en place du logiciel de Berger Levraut automatisant la récupération des factures électroniques depuis Chorus Pro pour intégration dans notre solution de gestion financière
Mise en place de la solution Berger Levraut On premise/saas pour répondre à la réglementation générale sur la Protection des Données personnelles (RGPD)
Mise en place des nouvelles versions concernant les applicatifs métiers de nos éditeurs

7 projets sont identifiés pour le CH de Castelnaudary

Renouvellement de l'infrastructure Serveur + Mise en place de la seconde salle serveur PRA
Visioconférence GHT
Renouvellement du Firewall (Cisco Asa 5505 à renouveler) + Suppression proxy Linux
Renouvellement Postes Client légers
Renouvellement Postes de travail
Remise à niveau licences Microsoft (CAL + Office)
Upgrade infrastructure Citrix (Xenapp 7)

Les projets communs concernent dès à présent la visioconférence, le SSO ainsi que des renouvellements de matériels et licences à mutualiser.

4. Le Système d'Information cible

Après avoir réalisé le diagnostic de l'existant et posé les constats sur les cartographies existantes, les cibles stratégiques de la convergence du SI à horizon 2021 sont à définir.

Les fondements sont basés sur l'objectif de « prise en charge commune et graduée du patient » inclus dans la loi du 26 janvier 2016.

Dans cet objectif, les établissements doivent :

- Elaborer un projet médical partagé
- Assurer une mutualisation des moyens
- S'orienter vers un alignement des pratiques
- Définir une convergence des Systèmes d'Information des établissements.

La loi oriente très fortement la stratégie en matière de Système d'Information du GHT en imposant la mise en œuvre, l'optimisation et la gestion commune d'un **SI convergent**, au service du Projet Médical Partagé et de la **mutualisation des fonctions supports**,

4.1 Les principes directeurs

Pour la **cible stratégique du Schéma Directeur GHT**, les axes et orientations d'évolutions retenus et validés sont les suivants :

- Promouvoir par opportunité la convergence vers un ensemble **d'applications uniques par domaine fonctionnel (DPI, Achats, DIM, GAP,...)**, en s'appuyant sur une **identification unique des patients**,
- Développer le **partage d'informations**, entre les établissements, les équipes de professionnels de santé, la ville et l'hôpital, avec les patients, etc., en s'appuyant sur les **projets régionaux (nationaux) favorisant la mutualisation des moyens**,
- Définir une **organisation** et une **gouvernance** de la DSI au niveau du territoire, orientée **services aux utilisateurs, projets** et **sécurisation** du SI, reposant sur un socle commun de processus et de règles de gestion et de développement du SI,
- **Rationaliser** l'architecture technique du SI du GHT, en particulier en termes **d'hébergement** (données de santé notamment).

La cible a été validée par le Comité stratégique sur la base d'une mise en œuvre en deux phases, afin d'atteindre la convergence de manière progressive :

- phase 1: initialisation de la convergence, au moyen d'un socle fonctionnel minimum
- phase 2 : évolution progressive vers un Système d'Information unique.

4.2 Cible phase 1 – Initialisation de la convergence

Les évolutions des systèmes d'information des établissements à mettre en œuvre à cette étape concernent des besoins d'outils et de fonctions socles, préalables aux convergences d'outils métiers.

- Tous les établissements conservent leurs outils DPI, GAP, et autres outils métiers.
- Un serveur de rapprochement d'identités commun basé sur une solution d'Identification Unique du Patient (IUP) sera mis en œuvre pour l'uniformisation des IPP (par exemple le serveur de rapprochement proposé par le GIP GRADeS).
Une connexion des bases GAP et du serveur de rapprochement d'identités commun sera à mettre en œuvre pour la gestion des identités, ainsi que la définition des règles de gestion de l'identitovigilance.
- Une étude sera conduite quant aux modalités d'hébergement (interne/externe) des données du GHT. L'opportunité de conduire une démarche commune de certification HDS avec le CHU de Toulouse sera également analysée.
- Un portail de partage du parcours patients et des données médicales sera mis en œuvre au travers d'une solution de consolidation des informations médicales (plate-forme hébergée en HDS). Des interfaces des dossiers patients locaux vers ce portail seront nécessaires pour la remontée d'informations partagées.
- Plateaux techniques (imagerie, laboratoire, bloc, banque du sang ...) : chaque établissement conserve sa solution. Des interfaces des solutions locales vers le portail de partage seront également mises en œuvre pour la remontée d'informations (comptes rendus, ...).
- La GEF sera accessible depuis tous les sites pour la centralisation des achats.
- Des outils de collaboration (partage de documents, annuaire commun) sont mis en œuvre.

Les impacts techniques de ces projets nécessitent de mettre en œuvre les moyens suivants :

- Le serveur de rapprochement d'identités commun, le portail de partage parcours et données médicales patients devront être hébergés chez un hébergeur agréé HDS (Hébergeur de Données de Santé). La recherche d'une solution régionale telle que celle proposée par le GIP GRADeS est à favoriser.
- Un réseau sécurisé dédié GHT (de type MPLS) sera construit sur la base de liaisons dédiées GHT avec un débit suffisant et évolutif.
- De nouvelles interfaces vers le serveur de rapprochement d'identités et le portail seront nécessaires pour transmettre les identités patients et les documents alimentant le portail de partage.

- Un annuaire GHT (de gestion des comptes utilisateurs) s'appuyant sur l'annuaire fédéré du CH de Carcassonne et alimenté par les solutions RH des établissements sera mis en œuvre. Cet annuaire provisionnera automatiquement les habilitations pour les applications métiers en fonction du profil de l'agent. Le CH de Carcassonne dispose d'un annuaire fédéré opérationnel qui pourrait être étendu au GHT.
- Un système d'authentification unique (SSO) déjà acquis par le CH de Carcassonne et en cours de mise en œuvre facilitera l'accès aux différentes applications GHT.

Schéma de la cible fonctionnelle phase 1 – 2018-2019

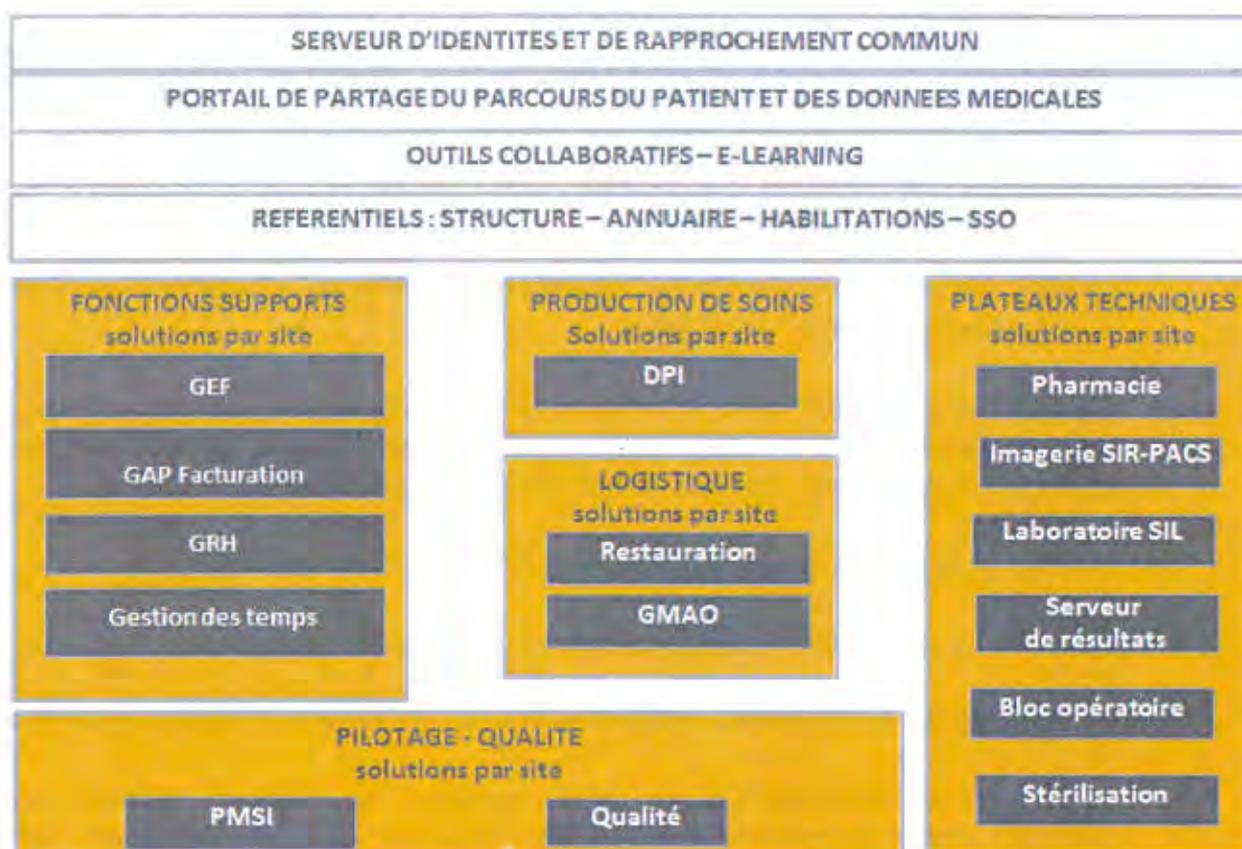
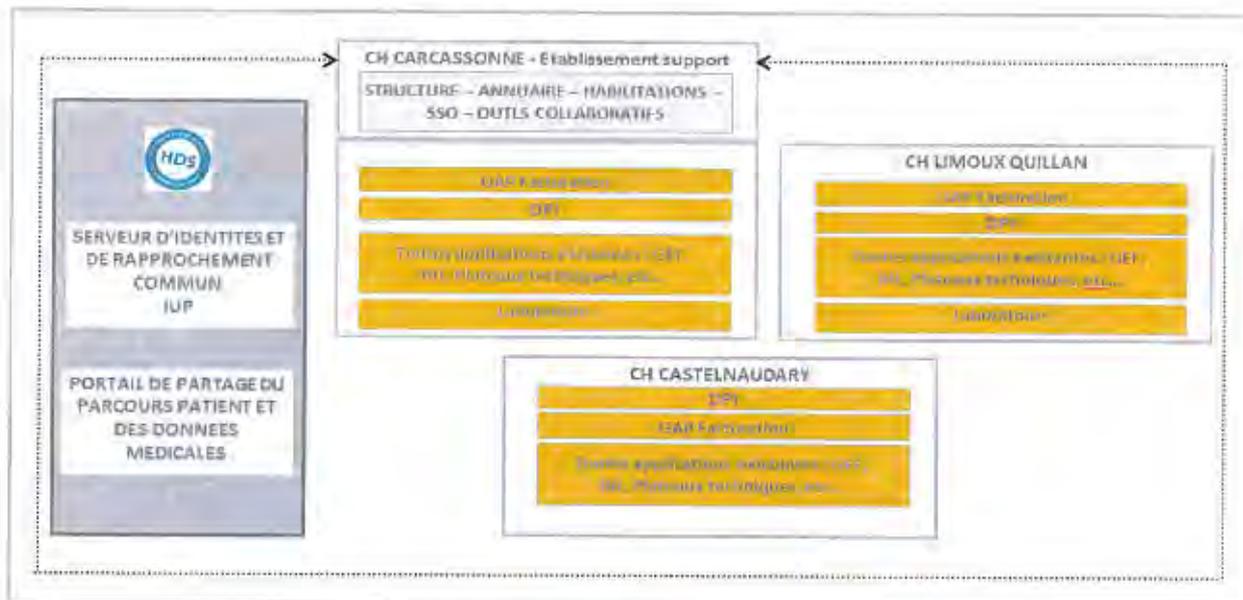


Schéma de la cible technique phase 1 – 2018-2019



4.3 Cible phase 2 – Système d'information unique

A cette étape, la cible finale de convergence sera atteinte avec un ensemble de solutions fonctionnelles communes, une architecture commune et des moyens humains mutualisés.

- Tous les établissements utilisent les mêmes solutions autour du patient pour satisfaire aux obligations réglementaires (DPI, PMSI, GAP, plateaux techniques,..) et dans un objectif d'harmonisation (RH, Pilotage, communication,...). Dans cet objectif, les solutions cibles devront être multi-Finss et multi-entités juridiques. Elles devront supporter une identification du patient commune (IUP).

Les implications techniques sont les suivantes :

- Tous les logiciels contenant de l'information médicale personnelle devront être hébergés dans le cadre d'une certification HDS. La solution d'hébergement choisie à l'étape 1 pour le serveur de rapprochement d'identités commun peut être retenue également pour l'hébergement des solutions médicales.
- Selon le résultat de l'étude des opportunités d'hébergement conduite préalablement, le périmètre de l'infogérance fournie par un prestataire d'hébergement serait à déterminer. Il pourrait couvrir l'infogérance matériel, système, base de données, applicative, en tout ou partie. Certaines prestations pourraient rester à la charge de la DSI du GHT.
- Les logiciels mutualisés non concernés par l'agrément HDS pourraient être centralisés au CH de Carcassonne.

- Chaque établissement conserverait localement des ressources matérielles minimales, comme des serveurs d'infrastructure, de sécurité, des logiciels spécifiques non médicaux (qualité, GMAO, ...).
- Toutes les interfaces existantes devront être adaptées pour les établissements concernés par un changement de logiciel.

Schéma de la cible fonctionnelle phase 2 – 2019-2021

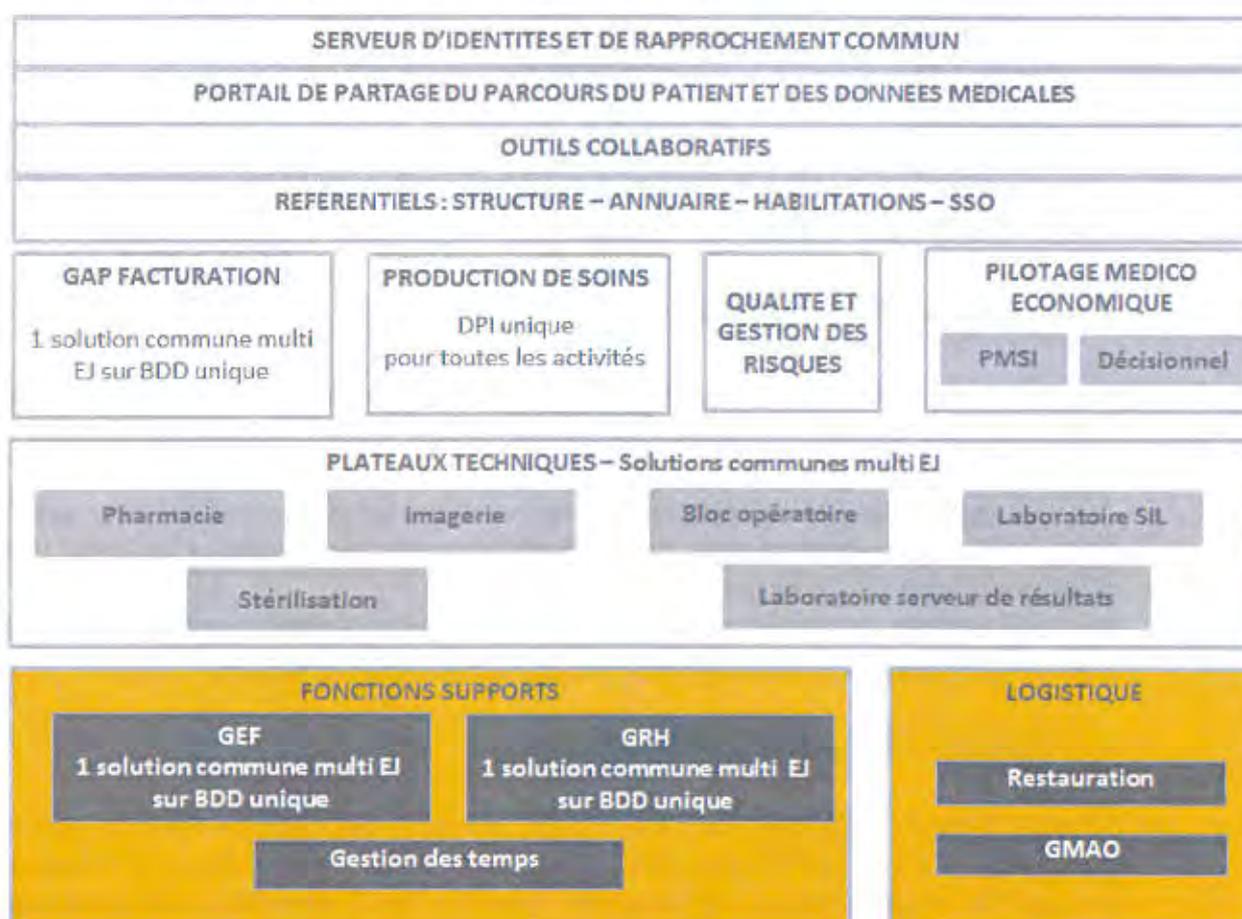
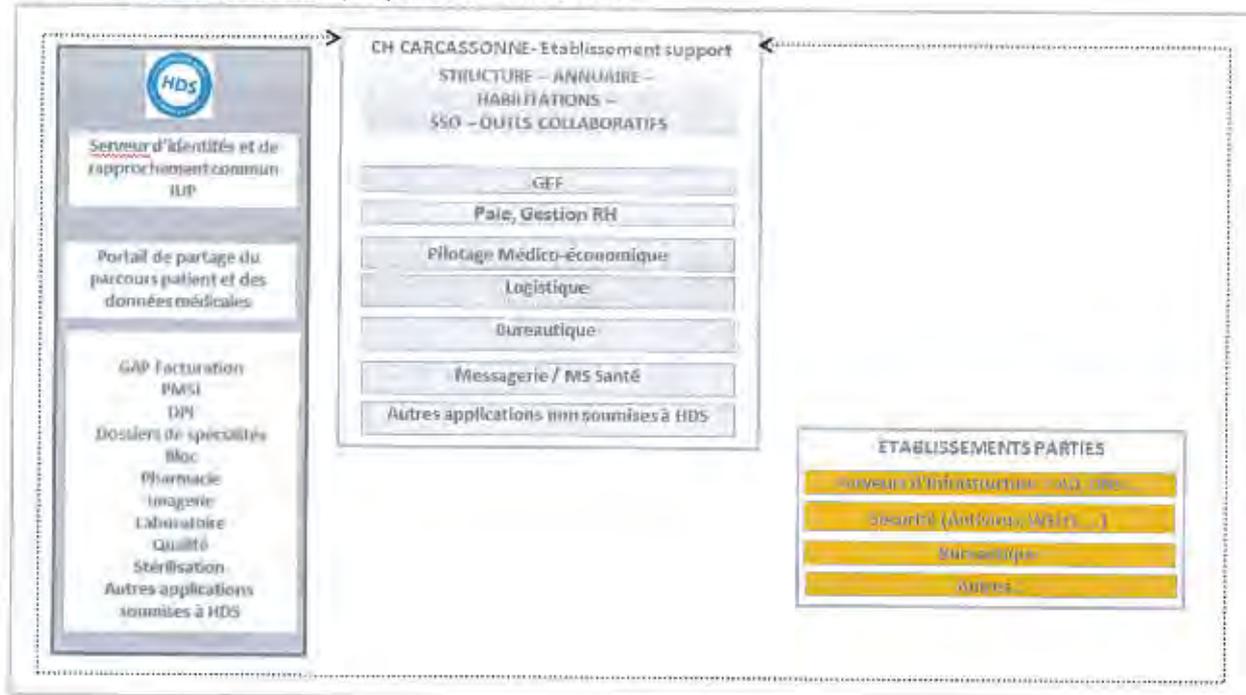


Schéma de la cible technique phase 2 – 2019-2021



5. Projets de la phase 1 et évaluation budgétaire

Les ateliers conduits auprès des professionnels ont permis le recueil des besoins et ont abouti à l'élaboration d'une cible qui est ensuite déclinée en projets, sur les différents axes du SI : fonctionnel, technique, organisationnel.

Le portefeuille de projets a été constitué pour la phase 1 de mise en œuvre du SI cible, et proposé aux instances.

Plusieurs sessions de travail sont prévues avec le groupe projet afin de consolider ce portefeuille de projets sur la phase 2, et d'en ajuster l'ordonnancement.

5.1 Méthode d'évaluation des budgets

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre des projets sont évaluées comme suit :

- Estimations financières en investissement et exploitation, sur la base d'offres génériques du marché. Il est difficile d'obtenir des précisions techniques et fonctionnelles ainsi que des estimations financières de la part des éditeurs dans le cadre de projets prévisionnels.
- Evaluation de la charge de travail en jour/homme, sur la base de retour d'expérience de mise en œuvre de projets similaires. Une seconde étape d'évaluation permettra de dissocier les profils (technique, fonctionnel, organisationnel).
- Le budget final permettra de dissocier les projets GHT et les projets propres à chaque établissement.

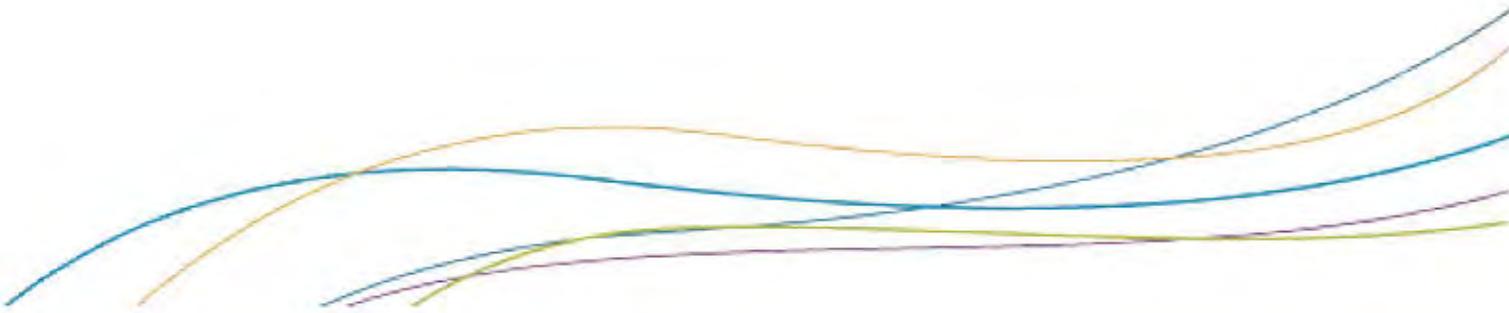
5.2 Evaluation des projets phase 1

Projet	Investissement (licences et prestations)	Exploitation sur 1 an	Charge interne en Jours/Homme
SERVEUR D'IDENTITES ET DE RAPPROCHEMENT COMMUN	110 000	20 000	150
PORTAIL DE PARTAGE DU PARCOURS DU PATIENT ET DES DONNEES MEDICALES ET INTERFACES	280 000	44 000	300
HEBERGEMENT HDS DU PORTAIL PATIENTS	10 000	100 000	15
OUTILS COLLABORATIFS – E-LEARNING	15 000	25 000	50
REFERENTIELS : STRUCTURE – ANNUAIRE – HABILITATIONS – SSO	200 000	25 000	150
LIAISONS VPN MPLS	8 000	21 500	30
TOTAL	618 000	235 500	695





ANNEXE 2: Fonction achat mutualisée



Annexe 2 à l'avenant N°3 de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois

Fonction Achat Mutualisée du GHT

(Organisation validée par le Comité Stratégique du 14 décembre 2017)

1) Rappel du cadre législatif et réglementaire

→ le cadre juridique est défini dans le Code de la Santé Publique modifié notamment par :

- la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Le décret 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Instruction interministérielle 4 mai 2017

→ selon l'article R. 6132-16-1, la fonction achat comprend les missions suivantes :

1. L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
2. La planification et la passation des marchés ;
3. Le contrôle de gestion des achats ;

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

→ la fonction achat de territoire est mise en place au 1^{er} janvier 2018.

2) La répartition des rôles établissements supports/établissements parties

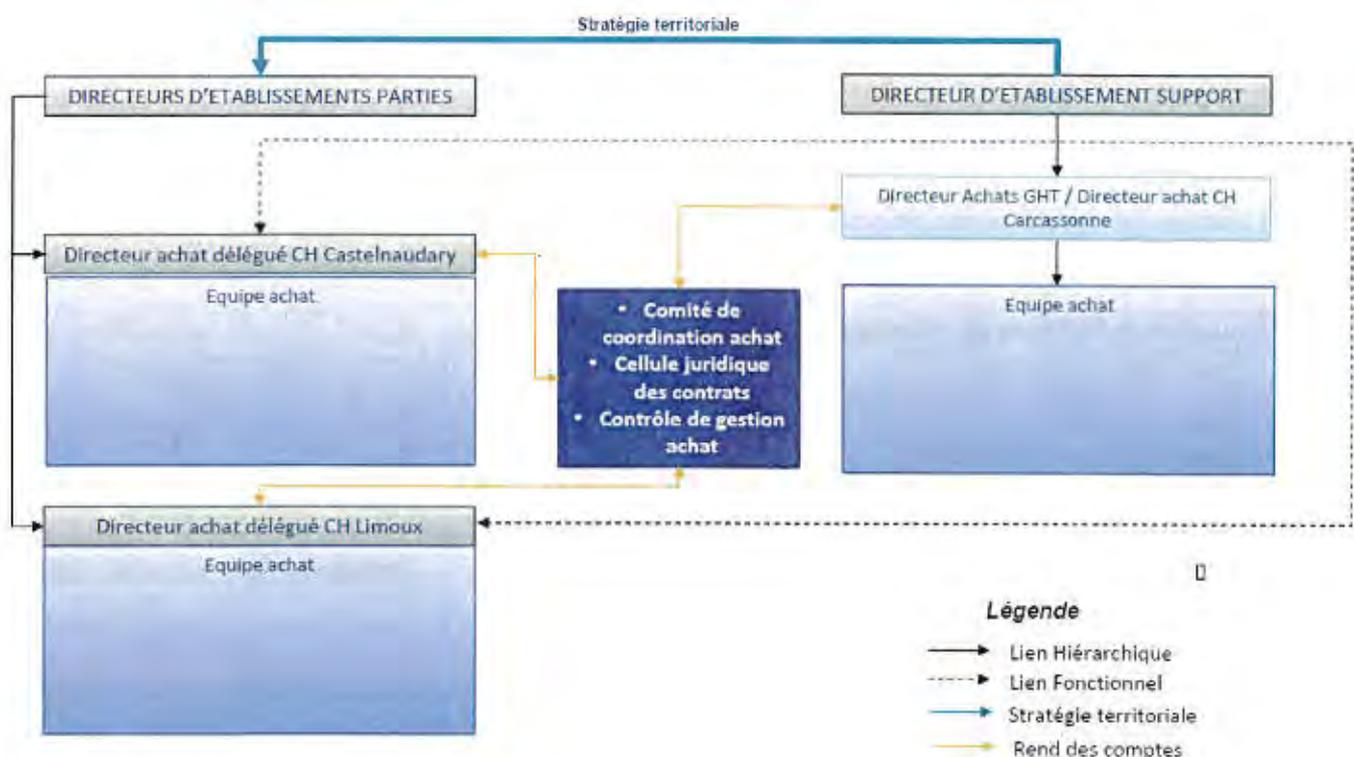
L'identification et l'opportunité du besoin	Établissement partie du GHT
L'analyse et la consolidation des besoins	Etablissement support du GHT
L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat	Etablissement support du GHT
La passation du marché	Etablissement support du GHT
L'exécution du marché	Établissement partie du GHT

3) Le périmètre achat

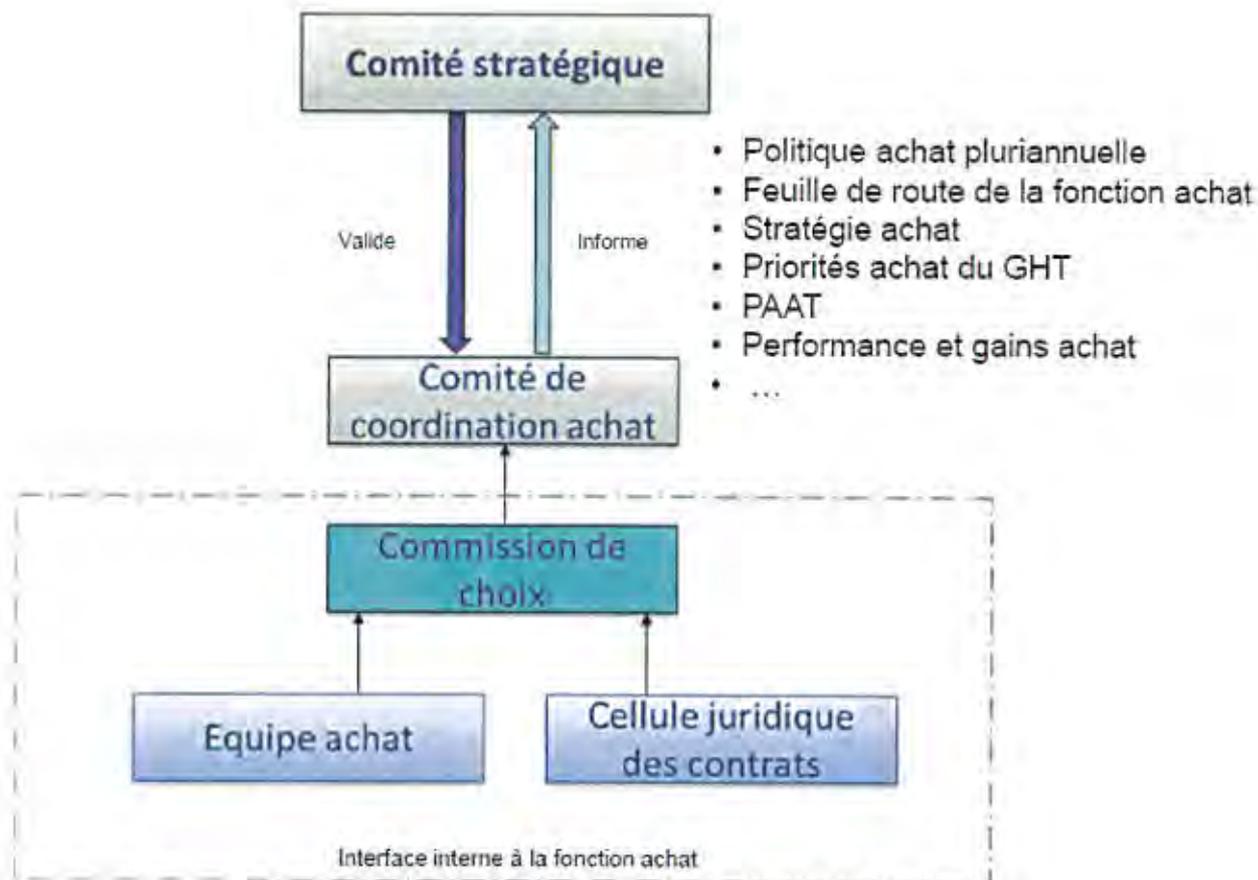
➤ Tous les achats sont concernés :

- Les comptes d'exploitation et d'investissement adressables à une démarche achat :
- Médicaments
- Dispositifs médicaux
- Equipements biomédicaux
- Laboratoires
- Informatique
- Hôtellerie
- Equipements généraux
- Equipements et fournitures générales
- Prestations commerciales
- Prestations générales (dont formation)
- Transport & véhicules
- Travaux, fournitures et prestations techniques et énergie

4) Le schéma de l'organisation cible



5) Les instances de gouvernance



5.1 Le comité de coordination des achats

→ il est composé de :

- Le directeur achat GHT
- Les directeurs achat délégués des établissements parties
- Les référents techniques en fonction de l'ordre du jour
- Un représentant Cellule juridique des contrats en fonction de l'ordre du jour
- Le contrôleur de gestion achat GHT (sur invitation)
-

→ il a vocation à traiter les sujets suivants :

- Mise en œuvre de la politique achat du GHT
- Elaboration et suivi de la feuille de route de la fonction achat
- Mise en œuvre des processus (optimisation et modification)
- Validation de la cartographie des achats du GHT
- Identification des priorités achats du territoire
- Identification de besoins similaires des établissements
- Planification, renouvellement et création de nouveaux marchés de territoires

- Elaboration et mise en œuvre du Plan d'action Achats de Territoire (PAAT)
- Pilotage de la performance achat, suivi et analyse des tableaux de bord de la fonction achats
- Donne un avis consultatif sur le Budget annexe fonction achat de territoire (budget G) et propose des évolutions
- Veille au respect de la sécurisation juridique des marchés passés pour le compte des établissements parties
- Proposition des stratégies achats
- Présente au COSTRAT du GHT les axes de travail de la fonction achat impactant de manière transverse tous les établissements du GHT

→ Il se réunit à périodicité régulière, tous les 2 ou 3 mois.

5.2 La commission de choix

→ elle est composée de :

- Le directeur achat GHT (ou son représentant en cas d'absence)
- Les directeurs achats délégués des établissements parties concernés par les marchés traités (ou représentant en cas d'absence)
- Les référents techniques concernés par les marchés traités (ou représentant en cas d'absence)
- Les représentants Cellule juridique des contrats concernés par les marchés traités (ou représentant en cas d'absence)
- Les experts techniques, prescripteurs et utilisateurs concernés par les marchés traités (ou représentant en cas d'absence)

→ elle a pour mission de :

- Présentation du dossier et de la stratégie achat choisie
- Présentation des offres et de leur analyse (opérateurs économiques consultés)
- Présentation des gains
- Rédaction d'un rapport de choix sur la base des recommandations des experts

→Elle se réunit selon le calendrier des marchés

6) Les délégations de signature

6.1 Les bénéficiaires

Le **Directeur de l'établissement support** délègue la signature des contrats **d'achat aux directeurs achat délégués des établissements parties** et leurs suppléants, sous réserve de dispositions contraires arrêtées par le Comité stratégique dans le cadre de l'élaboration de la stratégie achat et de la nécessaire convergence des marchés.

Dispositions particulières à l'établissement support :

Le **Directeur de l'établissement support** délègue la signature des contrats d'achat **au directeur achat du GHT et à ses suppléants :**

- pour tous les achats qui ne sont pas attribués aux délégués achat des établissements parties du GHT, sous réserve de dispositions contraires arrêtées par le Comité stratégique dans le cadre de l'élaboration de la stratégie achat et de la nécessaire convergence des marchés.
- pour les achats internes de l'établissement support

6.2 Le périmètre

Les délégations de signature de la fonction achat de territoire sont établies pour le compte des établissements parties avec les limites suivantes :

- ✓ Jusqu'à concurrence de 15.000 € HT par établissement pour un besoin ponctuel quelle que soit la famille d'achat dès lors que la dépense ne fait pas l'objet d'un groupement d'achat coordonné au sein du GHT.
- ✓ Jusqu'à concurrence de 15.000 € HT par période de 1 an et par établissement pour un besoin récurrent quelle que soit la famille d'achat dès lors que la dépense ne fait pas l'objet d'un groupement d'achat coordonné au sein du GHT.
- ✓ Pour les achats d'investissement jusqu'à hauteur du montant inclus dans le PPI validé, sous couvert d'une information préalable du directeur de l'établissement support.
- ✓ Pour les achats découlant de l'attribution de crédits fléchés, dans le cadre de contrats conclus avec les autorités de tutelle. (CLACT, FIR...) et jusqu'à concurrence du montant global fixé.
- ✓ Sans limite de montant et de périmètre pour les cas d'urgence impérieuse conformément à la réglementation en vigueur, sur autorisation de l'établissement support
- ✓ Pour les achats découlant de manière indissociable et exclusif du choix préalable d'un équipement spécifique dans l'établissement partie
- ✓ Toutes les conventions prévoyant la fourniture de prestations de services conclues entre l'un des établissements parties et un établissement public, le cas échéant n'appartenant pas au GHT, sont hors périmètre, leurs signatures relèvent donc des seuls chefs d'établissements concernés.
- ✓ Pour les achats de restauration, de produits alimentaires et hôteliers, blanchisserie, dispositifs médicaux et médicaments sollicitant un autre fournisseur que le GAPM sur les biens et services que celui-ci produit.

7) Les mises à disposition

Les mises à disposition des personnels des établissements parties au profit de l'établissement support pour la réalisation de la fonction achat de territoire font l'objet d'une convention entre chaque établissement partie et l'établissement support. La liste des personnels participant à la fonction achat mutualisée est transmise par chaque établissement partie à l'établissement support. Elle prévoit la quotité de temps que chaque personnel effectuera dans le cadre de la fonction achat de territoire.

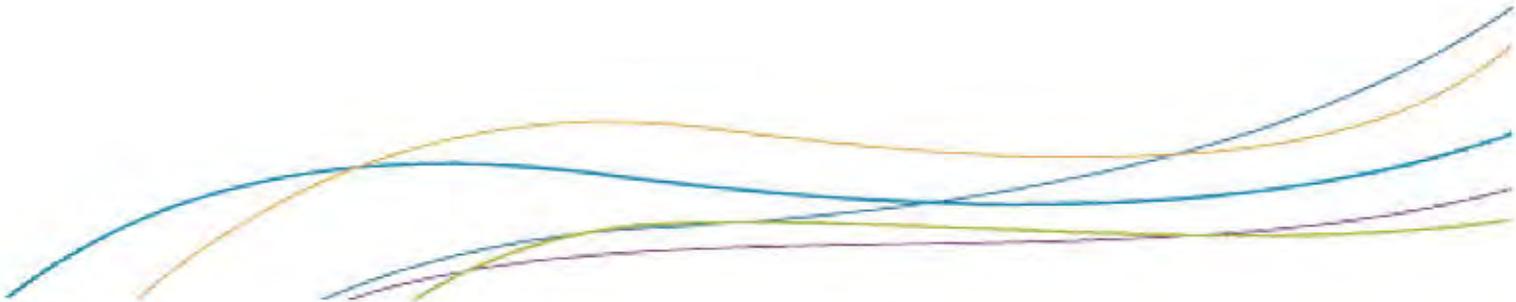
La mise à disposition peut être totale ou partielle

8) Dispositions finales

L'organisation et le fonctionnement définitifs de la fonction achat de territoire fera éventuellement l'objet des ajustements nécessaires au fur et à mesure des besoins constatés par voie d'avenant à la présente convention, et plus particulièrement lors de l'année 2018, 1^{ère} année de mise en place de la fonction achat mutualisée.



*ANNEXE 3: La coordination des
instituts et des écoles de formation
paramédicale du groupement*



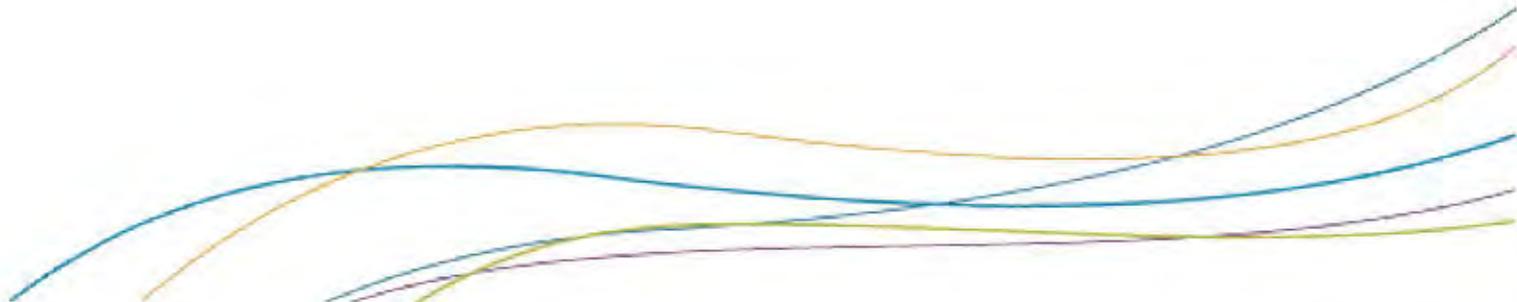
ANNEXE 3 : COORDINATION DES ECOLES ET INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICALES

Titre	  	Créée le	11 DECEMBRE 2017
Fiche d'identité	<p>Parties prenantes et personnes ressources : L DEBLONDE, F. SILLY (DS prise de fonction en janvier 2018), V BOUCARD, S BASSE, S LACARRIERE, MP CHANOINE, G ALINS, G.LOPEZ (cadre supérieur de santé à l'IFSI-IFAS en charge des projets)</p> <p>Pilote/Suivi : L DEBLONDE.</p>		
Objectif global lié	<p>Assurer la coordination des instituts et écoles de formation paramédicales à l'échelle du GHT.</p>		
Etat des lieux (diagnostic préalable)	<p>Le GHT Ouest Audois dispose d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'un institut de formation d'aide-soignant (IFAS) administrativement rattachés au CH de Carcassonne.</p> <p>Des coopérations de longues dates préexistent entre les trois établissements et les deux instituts de formation notamment s'agissant de la politique de stages.</p> <p>La mise en œuvre des GHT est l'occasion d'impulser une coopération plus aboutie. Ainsi un travail de collaboration s'est développé en 2016-2017 avec la Direction des Ressources Humaines du CH de Limoux-Quillan et la direction des deux instituts dans le cadre des places réservées suite au concours interne d'aide-soignant.</p> <p>Les cadres de santé et infirmiers des trois établissements parties au GHT sont également membres des jurys lors des épreuves orales d'admission au concours d'entrée à l'IFSI et à l'IFAS.</p>		
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en co-construction la politique des stages. • Impliquer les cadres de santé / tuteurs de stage en tant que membres de jury dans les épreuves orales de sélection des concours et dans les jurys de soutenance orale du mémoire. • Impliquer des représentants des trois établissements au sein des instances des deux Instituts. • Utiliser les compétences des professionnels des trois établissements afin qu'ils participent aux interventions pédagogiques. 	Débuté-le	20 septembre 2016
Démarches mises en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat effectif dans le cadre des conventions de formation (agents en promotion professionnelle) avec les 3 établissements parties au GHT ; • Formation d'infirmiers DE du CH de Carcassonne dans le cadre de la Formation Continue éligible au DPC réalisée par l'IFSI ; • Interventions pédagogiques sur les dispositifs de formation AS et IDE des 3 établissements parties au GHT ; 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Implication du CH de Carcassonne (membre de droit DS et DRH) et du CH de Limoux-Quillan (membre invité) dans chaque conseil pédagogique / conseil technique des deux Instituts, représentativité à venir du CH de Castelnaudary (attente prise de poste de directeur des soins) ;
Effets attendus sur	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels Poursuivre la dynamique de collaboration avec les professionnels de terrain. Faire remonter les besoins en termes de formation continue. • Le système Communication externe sur la politique de la formation clinique, sur la politique qualité, sur le projet pédagogique. Travail en concertation avec tous les acteurs du territoire de santé. Fidélisation des nouveaux diplômés AS et IDE sur le territoire de santé.



ANNEXE 4 : coordination des plans de formation continue et de DPC des établissements du groupement



ANNEXE 4: PLAN DE FORMATION /DPC

<p style="text-align: center;">Titre</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div>	<p style="text-align: center;">Créée le</p>	<p style="text-align: center;">8 DECEMBRE 2017</p>
<p style="text-align: center;">Fiche d'identité</p>	<p><u>Parties prenantes et personnes ressources :</u></p> <p>Sylvie Lacarrière, Directeur des Ressources Humaines du CH Carcassonne</p> <p>Véronique Boucard, Directeur des Ressources Humaines du CH Castelnaudary</p> <p>Stéphanie Basse, Directeur des Ressources Humaines du CH Limoux</p> <p>Ensemble des Responsables et Assistants de Formation des 3 établissements</p>		
<p style="text-align: center;">Objectifs globaux</p>	<p><u>Principes arrêtés pour la collaboration des établissements du GHT dans l'élaboration du plan de formation du GHT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Principes de Construction des Plans de formation des établissements :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie d'élaboration - Autonomie financière - Prise en considération des projets et des objectifs du GHT • <u>Partage des bonnes pratiques et des retours d'expérience en matière de formation</u> <ul style="list-style-type: none"> - Réflexions communes autour des cahiers des charges, Partage des évaluations des prestations de formation déjà exécutées sur chaque établissement • <u>Collaboration renforcée</u> <ul style="list-style-type: none"> - pour permettre la mise en place de formations répondant à des besoins communs des personnels des établissements - pour assurer l'efficience des actions de formation mises en place (nombre de participants, réduction des coûts pour chaque établissement, actions en intra à domicile et non en inter avec déplacements....) pour assurer l'efficacité pédagogique des actions en créant des groupes de stagiaires issus de différents établissements en évitant l'entre-soi - Pour démultiplier les offres de formation • <u>Travail partagé</u> <ul style="list-style-type: none"> - Chacun des établissements sera amené à concevoir et organiser des actions et sessions de formations communes aux établissements 		

<p>Objectifs opérationnels</p>	<p><u>Modalités de la collaboration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Principe de mutualisation a priori :</u> <ul style="list-style-type: none"> – Après élaboration de chacun des plans de formations (décembre), les DRH se réunissent afin d'identifier de futures actions communes à mettre en œuvre ou des actions de formations en intra pour lesquelles des places peuvent être proposées Sur la base de thèmes de formation partagés, des actions communes peuvent être ajoutées sur les plans de formation respectifs. • <u>Principe a postériori</u> <ul style="list-style-type: none"> – Si groupe de formation organisé « en intra » incomplet, l'établissement organisateur informe les autres établissements des places disponibles – Partage des calendriers de formations entre les trois établissements et les établissements associés comme les EHPAD en direction commune • <u>Projet à développer en 2018</u> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination de la formation continue au sein du GHT – Elaborer un plan de formation pluriannuel intégrant les spécificités du DPC
<p>Démarches mises en œuvre</p>	<p><u>Actions communes planifiées et réalisées dès 2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation sur la Maîtrise des règles de codages du PMSI / CH Carcassonne – CH Castelnaudary • Le statut du personnel non médical / organisateur CH Carcassonne • L'accueil / organisateur CH Castelnaudary <p><u>Actions communes planifiées en 2017</u></p> <p><u>Axes Prioritaires :</u></p> <p style="text-align: center;">Prise en charge des Personnes Agées Qualité – Gestion des Risques Bienveillance / Humanitude</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation sur l'Aggressivité aux Urgences / organisateur CH Limoux • Le statut du personnel / organisateur CH Limoux • Le toucher/massage / organisateur CH Limoux • Gestion de la Paye Non Médicale / organisateur CH Limoux • Identitovigilance / organisateur CH Limoux • La sexualité de la personne âgée / organisateur CH Limoux • Les statuts des médecins à diplôme étranger / organisateur CH Carcassonne • Formation CREX, organisateur CH Carcassonne • Formation Ovalide, organisateur CH Carcassonne • Patient traceur, organisateur CH Carcassonne

Actions communes en cours de planification pour 2018 (liste non définitive en cours de validation)

Axes Prioritaires :

Prise en charge des Personnes Agées

Qualité – Gestion des Risques

Bientraitance / Humanitude

Prévention des TMS

Exemples des formations en cours de planification

- Droits des patients / organisateur CH Carcassonne
- Sécurisation du circuit du médicament / organisateur CH Carcassonne
- Maîtrise de l'acte transfusionnel et hémovigilance / organisateur CH Carcassonne
- Formation Prévention des Risques liés à l'activité physique / organisateur CH Castelnaudary
- Connaître les fondamentaux de la maladie d'Alzheimer et apparentées / organisateur CH Castelnaudary
- Manutention des malades / organisateur CH Castelnaudary
- Construction des roulements et gestion des plannings - Acquérir une méthodologie de simulation / organisateur CH Carcassonne
- Formation Paie du Personnel médical / organisateur CH Carcassonne
- Gestion de la violence / organisateur CH Carcassonne
- Gestion du stress et épuisement professionnel / organisateur CH Castelnaudary
- Tutorat paramédical / organisateur CH Carcassonne
- Formation à la Bientraitance en secteur MCO / organisateur CH Carcassonne
- Formation Hypnose / organisateur CH Carcassonne
- Manutention gestes et postures / organisateur CH Carcassonne
- Violences conjugales, grossesse et périnatalité / organisateur CH Carcassonne
- Réaliser un entretien managérial - Evaluation des compétences / organisateur CH Carcassonne
- Optimisation du Parcours Patient / organisateur CH Carcassonne
- Formation Infirmier Organisatrice de l'Accueil et d'Orientation (IOA) / organisateur CH Carcassonne
- Humanitude / Organisateur CH Castelnaudary

Effets attendus

Effets principaux attendus

- Assurer l'efficacité des groupes des Formations Intra en assurant un nombre important de participants
- Permettre aux professionnels du GHT de se rencontrer lors des Formations et de partager leurs expériences
- Permettre des économies nées des mutualisations des coûts (exemple : pour 2017, le seul CH de Carcassonne estime à 17 166 euros les économies réalisées par la mutualisation des actions)



*ANNEXE 5: Convention d'association
avec le CHU de Toulouse*

