

Guide méthodologique des coopérations territoriales

Version 1	Janvier 2011 – Première version du document
Contacts	Alain ARNAUD (alain.arnaud@anap.fr) Hélène LEHERICEY (helene.lehericey@anap.fr)
Résumé	<p>Parce que « le talent de chacun fait la force de tous », le guide méthodologique des coopérations territoriales a pour objectif d'aider les Agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé et médico-sociaux dans le choix et la mise en oeuvre des structures de coopération. Après avoir détaillé les raisons pour lesquelles les établissements coopèrent (l'amélioration de l'accès aux soins pour la population d'un territoire, la raréfaction des moyens humains, la recherche d'économies d'échelle, par exemple), il se penche sur les préalables à la mise en place d'une coopération, notamment en termes d'identification et de gestion des risques associés aux coopérations. Dans une troisième partie, une méthode de conduite de projet adaptée à une action de coopération est proposée.</p> <p>La lecture de ce guide pourra être complétée par celle de la présentation des différentes formes juridiques de coopération utilisables et des thématiques qui sont régulièrement sollicitées lors de la mise en oeuvre d'une coopération (statut des personnels, régime des autorisations, place du patient...). L'ANAP met aussi à la disposition de tous des outils opérationnels et concrets (protocoles d'accord, modèles de convention...) pour mettre en oeuvre une coopération. Tous ces documents complémentaires sont disponibles en téléchargement sur le site Internet de l'ANAP.</p>
Summary	<p>Because when we unite the talents of everyone it improves the system as a whole, the goal of the methodology guide for territorial cooperation is to assist Regional Health Agencies (ARS), healthcare and medico-social facilities in choosing and implementing the structures of cooperation. After detailing why facilities cooperate (e.g. improved healthcare access for a territory's population, scarcity of human resources, economies of scale, etc.), the focus is put on the prerequisites for setting up such cooperative efforts, in particular with respect to identifying and managing the related risks. In part three, a method for conducting projects suited to cooperative action is proposed.</p> <p>The reading of this guide may be supplemented by reviewing the presentation of different workable legal forms of cooperation and the set of themes which are regularly requested as references when implementing cooperation (staff status, authorization system, the role of patient, etc.). The ANAP also provides to everyone the operational and practical tools (protocol agreements, agreement templates, etc.) to implement cooperation. All these supplementary documents can be downloaded from the ANAP's website</p>
Mots-clés	Coopération / Partage / Territoire / Filière de soins / Loi HPST / Ressources humaines / Équipements lourds / Plateaux techniques / Systèmes d'information / Immobilier / ARS / Établissements de santé / Établissements médico-sociaux / Patients
Keywords	Cooperation / Sharing / Territory / Healthcare sector / HPST (Hôpital, patients, santé, territoires or Hospital, patients, health, territories) Law / Human resources / Heavy equipment / Technical support centers / Information systems / Facilities / ARS (Agences Régionales de Santé or Regional Health Agencies) / Healthcare facilities / Medico-social facilities / Patients

Guide de lecture

Afin de vous faciliter la lecture de ce guide, l'ANAP a choisi de le présenter en plusieurs volumes dont la consultation peut être autonome ou au contraire simultanée.

Le présent guide de lecture a pour objet de vous permettre d'identifier de manière synthétique le contenu de chacun de ces volumes afin de vous orienter rapidement vers la partie qui vous intéresse plus particulièrement. Cette présentation vous conduira ainsi à appréhender la manière dont l'ANAP a conçu cet outil pédagogique.

Le Guide méthodologique des coopérations territoriales, à proprement parler, est ainsi constitué de quatre volumes :

- Avant d'aborder les aspects purement techniques de mise en œuvre d'une action de coopération, l'ANAP a souhaité revenir sur le **projet de coopération** en tant que tel.

Le volume 1 du guide s'adresse donc spécifiquement aux acteurs du terrain qui envisagent un projet de coopération ou qui le débudent.

Ainsi le guide rappelle les raisons qui peuvent conduire des établissements ou acteurs de santé à vouloir ou devoir coopérer. Il présente ce que sont, selon l'ANAP, les préalables à une action de coopération et enfin, il décrit une méthode de conduite de projets adaptée aux projets de coopération.

- **Le volume 2** présente dans le détail les **dix-sept formes juridiques de coopération** différentes pour vous permettre de choisir le bon outil juridique en fonction de la thématique et/ou des acteurs de la coopération que vous envisagez.

L'ANAP a choisi de consacrer une fiche, construite sur la base d'une architecture identique, pour chacun des différents modes de coopération, qu'ils soient de type conventionnel, qu'ils reposent au contraire sur la constitution d'une nouvelle personne morale (mode organique) ou laissent un choix entre ces deux formules.

Au-delà des aspects techniques abordés par chacune de ces fiches (identification des membres possibles, modalités de création, de fonctionnement, conséquences sur les personnels etc.), chaque fiche donne un éclairage sur les domaines d'activité dans laquelle elle est susceptible d'être mise en œuvre.

- **Le volume 3** regroupe diverses notes relatives aux **thématiques sollicitées lors de la mise en œuvre des coopérations**. Cette partie du guide peut être perçue comme un complément à la partie consacrée aux formes juridiques de coopération.

En effet, elle offre une étude transversale de certaines thématiques que l'on retrouve systématiquement dans un projet de coopération, quelle que soit la forme juridique support de cette coopération.

L'objectif est ici d'apporter au lecteur une porte d'entrée transversale aux différents modes de coopération. Ce volume se décline donc sous la forme de notes thématiques parmi lesquelles on peut citer, à titre d'exemple, celles relatives au statut des personnels, au régime des autorisations ou encore à la place du patient dans les coopérations.

- **Le volume 4** s'inscrit dans la continuité des parties précédentes qui ont eu pour objectif de fournir au responsable d'un projet de coopération des outils opérationnels et des réponses à des questions techniques. Cette quatrième partie regroupe ainsi **différents supports ayant été utilisés par des acteurs de santé lors de la mise en place d'une coopération** : protocole d'accord, modèles de convention, statuts d'association...

Enfin, le guide des coopérations est complété par deux annexes.

La première est consacrée à la présentation de **vingt monographies** pilotées par l'ANAP sur des thématiques différentes. Ces monographies ont été menées dans le cadre du retour d'expériences que l'ANAP a conduites sur les coopérations menées par les établissements et dont l'objet était d'identifier les facteurs clés de succès et, pour chaque thématique de coopération, de distinguer la démarche mise en œuvre et d'évaluer les outils utilisés. Le bilan, ainsi dressé de coopérations déjà engagées, a permis d'orienter la rédaction du présent guide.

Les thématiques abordées par ces monographies adressent les projets de territoire, les filières de santé, les ressources humaines, les plateaux techniques lourds, la biologie, la pharmacie, la logistique, les systèmes d'information et la construction immobilière. Elles reflètent différentes formes juridiques de coopération et ont mobilisé des acteurs publics ou privés, à la fois sur le champ sanitaire ou sur le champ médico-social.

Afin d'accompagner le processus de mise en œuvre des nouveaux instruments de coopération que sont les CHT et les GCS (version HPST), la DGOS a lancé un appel à projets préfigurateurs, les projets sélectionnés bénéficiant d'une contribution financière pour se faire assister dans la définition de la méthodologie et la préparation de leur projet de coopération.

Cet appel à projets a été mené via les ARS. Il a conduit à la remise de notes de cadrage stratégiques décrivant chaque projet, la façon dont il participe à l'offre de soins sur le territoire considéré, les gains d'efficacité qu'il peut générer, ainsi que les modalités selon lesquelles il a été mis en œuvre.

L'annexe 2 vous présente ainsi quelques unes de ces **notes de cadrage stratégique** dont il nous est apparu qu'elles pouvaient vous aider, sur la base d'exemples très concrets de coopération, à identifier des enseignements généralisables en termes de moyens à mettre en œuvre, de méthodologie à retenir, d'ingénierie à développer.

Nous espérons ainsi que ce guide, dans ses différentes dimensions, vous apportera les éclaircissements qui vous paraissent utiles à la conduite ou la poursuite de votre projet de coopération.

Bonne lecture !

Sommaire

Guide de lecture.....	3
Création de la structure.....	7
Exemple 1 : Convention de Coopération entre une association et un réseau de promotion de la santé mentale.....	8
Exemple 2 : Convention de Coopération pour une mise à disposition de praticien entre le centre hospitalier de Bretagne atlantique et le centre de soins de suite et de réadaptation de Korn er houet-UGECAM BRPL.....	10
Exemple 3 : Convention de coopération pour l'accueil des patients issus du dispositif psychiatrique du SAU du centre hospitalier de Versailles par la clinique d'Yveline.....	14
Exemple 4 : Convention de mise à disposition d'un médecin coordonnateur EHPAD.....	18
Exemple 5 : Convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier auprès d'un hôpital local.....	22
Exemple 6 : Statuts du groupement d'employeurs « médico-social, social et sanitaire » GEM3S.....	24
Exemple 7 : Règlement intérieur commun du réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud.....	31
Mise en œuvre de la structure.....	37
Outil 1 : Exemples de planning de suivi des heures effectuées par salarié.....	38
Outil 2 : supports relatifs à la mise à disposition d'IBODES et d'IADES.....	40
Remerciements.....	42

Création de la structure

Exemples de coopération fonctionnelle

- Exemple 1 : Convention de Coopération entre une association et un réseau de promotion de la santé mentale
- Exemple 2 : Convention de Coopération pour une mise à disposition de praticien entre le centre hospitalier de Bretagne atlantique et le centre de soins de suite et de réadaptation de Korn er houet-UGECAM BRPL
- Exemple 3 : Convention de coopération pour l'accueil des patients issus du dispositif psychiatrique du SAU du centre hospitalier de Versailles par la clinique d'Yveline
- Exemple 4 : Convention de mise à disposition d'un médecin coordonnateur EHPAD
- Exemple 5 : Convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier auprès d'un hôpital local

Exemples de coopération organique

- Exemple 6 : statuts du groupement d'employeurs « médico-social, social et sanitaire » GEM3S
- Exemple 7 : règlement intérieur du réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud

Exemple 1 : Convention de Coopération entre une association et un réseau de promotion de la santé mentale¹

Visa

- Compte tenu de la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation que les quatre établissements adhérents du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale élaborent un projet inter-établissements et de l'accueil favorable réservé à celui-ci (approbation par le conseil d'administration du RPSM en date du ... – entérinée par la réunion ARH-DDASS-RPSM du ...),
- Compte tenu des résultats de l'étude menée par ... au nom du RPSM auprès de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, susceptibles d'accueillir des patients présentant des troubles psychiatriques,
- Compte tenu des travaux préalables à l'élaboration du projet de psychiatrie du territoire ..., conformément à la circulaire n° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, et des priorités retenues en matière de prise en charge, sur le plan de l'hébergement, des patients au long cours,

Entre les soussignés :

..., domicilié au ... , représenté par ..., (titre), d'une part
Et

..., domicilié au ..., représenté par ..., (titre), d'autre part

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Les trois objectifs du projet territorial ... sur la prise en charge des patients au long cours sont :

- assurer la continuité des soins (...) des patients présentant des troubles psychiatriques stabilisés
- mettre à la disposition des patients, (...) une plate-forme de possibilités de prises en charge diversifiées (...)
- garantir l'accompagnement des personnels des établissements (...).

L'objet de la présente convention est de mettre en œuvre le dispositif défini pour atteindre ces objectifs et en particulier de définir les liens de partenariat entre ... et ... dans ce cadre.

Article 2 : Admission de patients stabilisés au sein des Foyer de Vie et Foyer d'Accueil Médicalisé et du Foyer d'Hébergement

Le RPSM (...) s'engage à présenter, par l'intermédiaire de (...) la commission d'aide à l'hébergement, pour chaque patient, des dossiers complets, aux commissions d'admission des structures sociales et médico-sociales de l'Association. La commission d'aide à l'hébergement peut, si l'Association le souhaite, lui apporter son expertise dans l'étude des dossiers.

L'Association s'engage à étudier de façon prioritaire les dossiers présentés par la commission d'aide à l'hébergement du RPSM.

¹ Monographie du réseau de promotion pour la santé mentale Yvelines sur RPSM 78, anap

Article 3 : Continuité de la prise en charge

(...) Les membres du réseau (...) s'engagent à assurer la continuité des soins et l'évaluation de l'état du patient, tout au long de sa trajectoire sanitaire et médico-sociale, selon un rythme et des modalités précisées lors de l'admission du patient, de façon à ce que soit assurée la continuité dans la relation thérapeutique. Dans le dossier initial d'admission de chaque patient accueilli par l'Association, il sera fait mention du médecin ou de l'équipe médicale référent(e) du patient. Un engagement de continuité des soins est alors signé par le professionnel référent.

La prévention des situations d'urgence ou de crise sera favorisée par un accompagnement sous forme de supervisions cliniques ou de formations inter-actives des équipes des établissements sociaux et médico-sociaux.

En cas d'urgence, (...)il est fait appel au référent psychiatrique du patient, qui doit assurer les relais et mettre en place l'organisation nécessaire. Si ce référent ne peut pas prendre en charge la situation (...), il sera fait appel aux équipes spécialisées dans l'urgence (...).

L'Association s'engage à ne pas prendre de décision d'expulsion d'un résident pendant une phase de soins aigus (...) ou une phase de transition (...).

Article 4 : Soutien et formation des personnels des Foyer de Vie et Foyer d'Accueil Médicalisé et du Foyer d'Hébergement

Afin d'aider les personnels de l'Association, le RPSM s'engage à ce que l'équipe de liaison intervienne auprès d'eux, une à deux fois par mois, sous forme de supervisions cliniques autour de l'analyse de situations particulières, ou sous forme de formations inter-actives sur un thème particulier, en lien avec la prise en charge des patients. L'organisation de ces interventions est effectuée par l'Association, à partir d'un planning d'interventions établi conjointement avec l'équipe de liaison.

L'équipe de liaison peut également être appelée de façon ponctuelle en cas de besoin.

Article 5 : Evaluation

La présente convention fera l'objet d'une évaluation, qui tiendra compte, (...) du nombre d'admissions de patients, de la satisfaction sur l'intervention de l'équipe de liaison et d'un recensement sur les éventuelles difficultés dans la continuité des prises en charge.

Cette évaluation sera présentée à la commission d'hébergement du réseau et fera l'objet d'une réunion annuelle entre les signataires de la convention.

En cas de survenue d'un évènement indésirable, le RPSM s'engage à mettre en œuvre, (...) toute modalité de concertation susceptible de permettre l'évaluation des processus en cause et de convenir d'actions correctives destinées à conforter la qualité du suivi des patients et du partenariat entre les institutions.

Article 6 : Durée de la convention

La présente convention est signée pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction après la tenue de la réunion d'évaluation annuelle du dispositif.

Fait à..., le ...

Signatures

Pour le RPSM

Le ... (titre)

Pour l'Association

Le ... (titre)

Exemple 2 : Convention de Coopération pour une mise à disposition de praticien entre le centre hospitalier de Bretagne atlantique et le centre de soins de suite et de réadaptation de Korn er houet-UGECAM BRPL²

Visa

- Vu l'article L6134-1 du Code de la Santé Publique,
- Vu l'arrêté du Ministre de l'emploi et de la solidarité prononçant en l'an 2000, l'admission à participer au Service Public Hospitalier du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de KORN ER HOUET
- Vu la délibération du Conseil de l'U.G.E.C.A.M. ...
- Vu l'avis favorable de la Commission médicale d'établissement du C.H.B.A. ...
- Vu l'avis favorable de la Commission médicale d'établissement de KORN ER HOUET en date du...
- Vu la délibération du Conseil d'Administration du C.H.B.A en date du ...

Entre les soussignés :

..., domicilié au , représenté par, (titre), d'une part

et

..., domicilié au ..., représenté par, (titre), d'autre part

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : objet

La présente convention a pour objet de préciser les modalités de collaboration réciproque entre les parties signataires dans le cadre du partenariat instauré pour l'activité de soins de suite.

L'objectif poursuivi est de permettre aux patients de bénéficier des conditions de prise en charge en soins de suite adaptées à leurs besoins dans la continuité des soins de court séjour dispensés au C.H.B.A.

Article 2 : durée

La présente convention, applicable à compter du ..., est renouvelable chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 de la présente convention.

Article 3 : obligations réciproques

Article 3-1 - Adressage des patients et priorité d'admission

Pour les 20 lits supplémentaires obtenus par le CSSR (...), le CHBA s'engage lui à adresser, en première intention, les patients originaires de ses services bénéficiant d'une prescription de soins de suite, (...). Cette orientation s'effectuera dans le respect du libre choix du patient et de l'indication thérapeutique.

En contrepartie, le C.S.S.R. s'engage à réserver au CHBA une priorité d'admission de 20 lits, sans que cela n'exclut des admissions dans les autres lits du CSSR.

Le C.S.S.R. conserve toutefois son entière autonomie (...) sur son organisation interne, (...), ainsi que son ouverture aux patients provenant d'autres établissements (...).

3-2 - Organisation médicale

² Monographie, Anap

Pour satisfaire aux besoins de la collaboration entre les deux établissements et selon le projet déposé (...) :

- Le CHBA met à disposition du C.S.S.R. :
 - 1 ETP de praticien hospitalier, affecté au Pôle Gériatrique, chargé d'assurer(...) la prise en charge de l'unité de soins de suite dédiée au CHBA. et de renforcer la couverture médicale pour l'ensemble des capacités en lits du C.S.S.R. (...). La couverture médicale en cas d'urgence est assurée dans le cadre habituel de l'organisation des astreintes de du CSSR.
 - 0, 5 ETP de kinésithérapeute ; 0,10 ETP d'ergothérapeute (...)

Les professionnels mis à disposition par le CHBA au CSSR travailleront sous la responsabilité du Médecin Chef du CSSR. L'opportunité de procéder à un remplacement de courte durée (inférieure ou égale à 1 mois) est laissée à l'initiative de la direction du C.S.S.R. sur proposition à la commission médicale.

En cas de vacance définitive de poste, d'absence de longue durée, ou bien de création de poste supplémentaire, les modalités de recrutement et questions statutaires seront préalablement définies en commun lors d'une réunion exceptionnelle du Comité de Coordination.

3-3 - Répartition des rôles entre médecins

Le Président de la commission médicale assure la responsabilité de l'organisation et du bon fonctionnement du service médical du C.S.S.R. Il est, à ce titre, désigné « médecin référent responsable de site ».

3-4 - Dispositions financières

La mise à disposition de professionnels hospitaliers par le CHBA au bénéfice du C.S.S.R. fait l'objet d'un remboursement des éléments de rémunération, d'astreintes et accessoires des professionnels mis à disposition sur la base des modalités afférentes au statut des salariés concernés (...).

Le CHBA éditera un titre de recette trimestriel détaillé et accompagné des pièces justificatives (...) nécessaires au remboursement par le C.S.S.R.

Dans ce cadre et à titre prévisionnel, le CHBA fournira également au C.S.S.R. pour chaque modification due à des évolutions statutaires, les éléments de rémunération des salariés concernés.

Par dérogation les frais de déplacement dus au Praticien mis à disposition lui seront directement versés par le CSSR

3-5 - Modalités de la mise à disposition des praticiens

Les conditions de nomination et de suivi de carrière des salariés hospitaliers mis à disposition sont du seul ressort du CHBA en sa qualité d'employeur.

Le choix des salariés pressentis pour occuper les emplois concernés est soumis, pour avis, au Directeur de l'U.G.E.C.A.M et au Directeur du C.S.S.R. Ces derniers, peuvent (...), formuler toute proposition qu'il leur semble nécessaire de voir prise en considération, préalablement au choix définitif par le CH.

Les praticiens mis à disposition font partie de l'effectif médical du CH et peuvent participer aux réunions de la CME des deux établissements.

Durant leur présence au C.S.S.R., les salariés hospitaliers sont tenus d'observer le règlement intérieur de l'Etablissement (...).

La gestion administrative des absences de toute nature, y compris pour formation, est assurée par le CHBA.

3-6 - Comité de coordination

Le Comité de coordination est composé comme suit :

- Le représentant légal de chaque établissement signataire de la convention ou son représentant,
- Les Présidents des Commissions Médicales de chaque établissement signataire,
- Le chef du Pôle de Gériatrie et Soins de Suite du CHBA ou son représentant,
- Le Médecin Chef du CSSR
- Le(s) praticien(s) mis à disposition par le CHBA et le(s) médecin(s) salarié(s) du C.S.S.R.

Ce Comité sera réuni en tant que de besoin et au moins une fois par an à l'occasion de l'élaboration du rapport annuel d'activité prévu dans le cadre de l'évaluation de la coopération entre les deux établissements.

3-7 - Commission de suivi

Une Commission de suivi est mise en place.

Elle est composée (...) pour chaque établissement signataire par un représentant de la direction, un médecin, un représentant des services de soins,

Elle est chargée d'effectuer au minimum deux fois par an :

- Une analyse des flux et typologies de patients entre les 2 établissements,
- Un bilan des relations inter services,
- Des propositions d'amélioration de la prise en charge des patients.

Le compte-rendu de cette réunion sera rédigé à tour de rôle par chacun des 2 établissements.

Article 4 : dispositions complémentaires

4-1 : Communication du dossier patient

Sous réserve du respect des spécificités propres à chaque établissement et de la réglementation afférente, les parties signataires s'accordent pour travailler ensemble à la mise en place d'un protocole de communication du dossier patient dans un souci de qualité et de continuité de la prise en charge. Cette démarche s'attachera en outre à rechercher une harmonisation dans la conception et la circulation des informations contenues dans le dossier.

4-2 : Démarches qualité

Les parties signataires s'engagent à s'informer mutuellement de l'élaboration de protocoles et démarches qualité propres à assurer le bon fonctionnement de l'activité de soins de suite et la satisfaction des patients.

Article 5 : évaluation - rapport d'activité

Les activités réalisées dans le cadre de la présente convention donneront lieu à la production d'un rapport d'activité annuel élaboré conjointement entre les parties signataires. Ce document, qui comprendra spécifiquement un volet médical lié à l'activité des praticiens hospitaliers (...), sera incorporé au rapport d'activité médicale annuel de l'établissement et soumis à la délibération des instances des établissements signataires.

Article 6 : responsabilités & assurances

Les parties signataires sont chacune titulaires d'une police d'assurance garantissant leur responsabilité (...) à l'égard du personnel et des tiers intervenants pour les activités exercées (...).

Article 7 : avenants

Les deux établissements conviennent que cette convention « cadre » devra faire l'objet d'avenants futurs dont le but sera entre autres, de préciser les modalités de prise en charge (...).

Article 8 : résiliation. dénonciation

Le non respect des obligations prévues pour chacun des signataires de la présente convention entraînera, dans la mesure où toute conciliation nécessaire et préalable aura été vaine au sein du Comité de Coordination (...) sa résiliation automatique trois mois après mise en demeure d'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception restée sans réponse, exercée par l'autre.

Les éventuelles dénonciations de certaines des dispositions contenues dans ce document par l'une ou l'autre partie pourront être signées d'un commun accord entre les parties deux mois avant l'échéance annuelle de renouvellement.

Article 9 : attribution de compétence – litiges

Il est fait attribution à la juridiction compétente pour régler tout litige de nature contentieuse relatif à l'application de la présente convention.

Les signataires sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution des présentes dispositions.

Fait en trois exemplaires originaux,

A ...,

Le...

Exemple 3 : Convention de coopération pour l'accueil des patients issus du dispositif psychiatrique du SAU du centre hospitalier de Versailles par la clinique d'Yveline³

Entre

La Clinique d'Yveline, sis 12 Route de Rambouillet – 78125 Vieille Eglise, représentée par sa Directrice, Madame SEBBAGH Annie

et

Le Centre Hospitalier de Versailles sis 1 rue Richaud – 78000 VERSAILLES, représenté par son Directeur, Monsieur COLIN Olivier

et

Le « RPSM 78 », sis 177 rue de Versailles – 78150 Le Chesnay, représenté par son directeur médical, Madame HARDY-BAYLE Marie-Christine

Compte tenu de la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) pour que les quatre établissements adhérents du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale (RPSM 78) élaborent un projet inter-établissements et de l'accueil favorable réservé à celui-ci (approbation par le conseil d'administration du RPSM 78 en date du 26 janvier 2004 – réunion ARH-DDASS-RPSM 78 en date du 27 janvier 2004),

Compte tenu des travaux préalables à l'élaboration du projet de psychiatrie du territoire Yvelines sud, conformément à la circulaire n° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, et des priorités retenues en matière d'urgences psychiatriques,

Compte tenu de l'évaluation réalisée le 04 septembre 2008 en présence du Professeur HARDY BAYLE, de Madame PRADE et du Docteur ROBIN, de laquelle les résultats démontrent clairement que les objectifs fixés par la convention sont pleinement satisfaisants pour chacune des parties,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Les priorités retenues dans le territoire Yvelines Sud, pointent notamment la nécessité de réorganiser la filière des urgences psychiatriques. Pour cela, 7 objectifs sont déclinés parmi lesquels figurent le renforcement de la réponse des SAU et la capacité des établissements ayant des lits de psychiatrie à réserver des lits d'accueil des patients en post-urgences.

La présente convention a donc pour objet de définir les liens de partenariat entre le Centre Hospitalier de Versailles et la Clinique d'Yveline.

Article 2 : Description du nouveau dispositif

Le dispositif hospitalier d'accueil et de gestion des situations d'urgences et de crises du Centre Hospitalier de Versailles se donne pour mission :

- un accueil spécialisé des « urgences psychiatriques » 24h/24,

³ monographie

- une « mise à distance » (temporelle et spatiale) entre le moment de l'arrivée aux urgences et la prise de décision d'hospitaliser, permettant d'évaluer plus sereinement la pertinence d'une hospitalisation,
- un temps d'évaluation de la situation suffisant (de quelques heures à 72 heures) dans une unité d'hospitalisation spécifique dite par la suite unité de 72H pour permettre une prise en compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la décision d'hospitalisation : facteurs « patient » et facteurs « environnementaux » parmi lesquels la trajectoire de soins actuelle. Dans cet objectif, l'ensemble des partenaires de soin impliqués dans la prise en charge du patient, antérieure à la venue aux urgences, seront contactés et le projet de soins sera discuté avec eux.
- une évaluation des critères de décision d'hospitalisation. Cette évaluation s'inscrit dans un projet de recherche clinique impliquant le dispositif d'urgence lui-même mais également les professionnels d'aval de l'urgence requis pour donner un retour sur l'« effet hospitalisation » et qui donc participent à la réflexion sur les critères utilisés par les professionnels du dispositif d'urgence.

Les objectifs de ce dispositif sont d'améliorer les circuits d'hospitalisation des patients à partir du Service d'Accueil d'Urgence du Centre Hospitalier de Versailles: amélioration des conditions de prise de décision et des critères de décision permettant d'espérer un meilleur ajustement des décisions d'hospitalisation aux besoins cliniques des patients, une réduction du nombre d'hospitalisations sous contrainte et une amélioration des liens et des procédures de transfert des patients dans les unités d'hospitalisation d'aval.

Article 3 : Participation de la clinique d'Yveline au dispositif

La Clinique d'Yveline s'engage à accueillir des patients dans l'unité de post-urgence, relevant de sa compétence, à la demande du SAU du Centre Hospitalier de Versailles et à participer à l'étude sur les critères d'hospitalisation des patients, menée dans le cadre du réseau.

Article 4 : Profil de patients pour lesquels cette convention est mise en oeuvre

Sont concernés les patients admis dans un premier temps au SAU du Centre Hospitalier de Versailles. Le profil des patients accueillis à la clinique d'Yveline ne peut être défini d'emblée de façon trop restrictive. L'ajustement de la demande émanant du Centre Hospitalier de Versailles et de la réponse possible de la clinique d'Yveline sera en effet l'un des volets du projet de recherche clinique sur les critères d'hospitalisation et les facteurs d'orientation des patients vers les différents établissements du sud Yveline.

Néanmoins, pour une meilleure prise en charge des patients, il est possible de définir quelques repères, qui reposent d'une part sur des compétences spécifiques de la clinique et d'autre part sur certaines impossibilités d'accueillir certains patients dont les troubles du comportement seraient incompatibles avec les conditions d'accueil et de prise en charge par la clinique (toxicomanie avérée, états démentiels, troubles du comportement incompatibles avec un service libre...).

Article 5 : Modalités du transfert

5-1 Décision du transfert et recueil du consentement du patient

Lorsque le médecin de l'unité de 72H prend la décision d'une hospitalisation à la Clinique d'Yveline, il en informe le patient et recueille son consentement. Outre les informations soignantes ayant trait au projet de soins, le médecin informe également le patient des conditions financières liées à l'accueil à la Clinique d'Yveline. Ces informations sont contenues dans le guide d'information du patient de la clinique, dont l'unité de 72 heures dispose de plusieurs exemplaires.

5-2 Organisation du transfert

Le transfert du patient du Centre Hospitalier de Versailles vers la Clinique d'Yveline est organisé par contact téléphonique entre 9 heures et 18 heures entre le médecin de l'unité de 72 heures et le médecin d'astreinte de la Clinique d'Yveline.

Le médecin de la clinique s'engage à recevoir le patient, lorsque l'accord a été donné, dans un délai de 24 à 48 heures. L'heure de transfert est décidée d'un commun accord entre le médecin du Centre Hospitalier de Versailles et de la Clinique d'Yveline.

5-3 Transport du patient

Le choix du mode de transport relève de la responsabilité du Centre Hospitalier de Versailles. Le coût du transport est pris en charge selon les dispositions réglementaires en vigueur.

Article 6 : Prise en charge thérapeutique et continuité des soins

Le personnel de l'unité de 72 heures s'engage à transmettre au psychiatre de la Clinique d'Yveline tous les éléments nécessaires à une bonne prise en charge du patient et en particulier :

- le diagnostic et le bilan psychiatrique
- le projet de soins justifiant le transfert vers la clinique d'Yveline
- les résultats d'exams réalisés sur le site du Centre Hospitalier de Versailles
- une fiche de synthèse des soins établie et signée par le médecin ayant pris la décision de transfert
- chaque fois que possible, les éléments du dossier administratif : coordonnées, carte de sécurité sociale, éléments concernant la mutuelle du patient.

Si un problème lié à l'état somatique du patient l'exige, le Centre Hospitalier de Versailles s'engage à reprendre le patient pour lequel l'accord d'hospitalisation a été donné par la clinique d'Yveline et pour lequel le transfert a été organisé.

Article 7 : Etude sur les critères d'hospitalisation

Afin d'évaluer la qualité de la prise en charge et en particulier l'adéquation de l'hospitalisation, une étude, menée dans le cadre du RPSM 78, sera effectuée sur les critères d'hospitalisation des patients, selon le protocole approuvé par le conseil scientifique du RPSM 78.

Les données de cette étude seront conservées, mises en commun et traitées dans le cadre RPSM 78, chaque établissement restant susceptible d'utiliser comme il l'entend ses propres données.

Article 8 : Difficultés éventuelles

En cas d'impossibilité de la Clinique de respecter son engagement d'accueil dans les conditions décrites dans la présente convention, la Clinique se réserve le droit de refuser le transfert d'un patient ou de différer sa prise en charge.

Cette information sera communiquée par téléphone et dans les plus brefs délais au médecin de l'unité de 72 heures.

Si cette impossibilité est liée à des événements prévisibles (travaux...), la clinique en informera le Centre Hospitalier de Versailles dès la connaissance de l'information.

Article 9 : Evaluation de la convention du 4 septembre 2008

L'évaluation du 04/08/09 ayant démontré la réelle réponse de soins qu'offrait l'Unité Fonctionnelle de Post Urgence de la Clinique, les signataires de la présente décident de pérenniser le présent dispositif conventionnel.

On notera que les critères d'évaluation seront complétés par les données suivantes :

- La provenance des patients
- Les modalités d'adressage à la sortie du patient

Article 10 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} janvier 2009. Elle est renouvelable par tacite reconduction chaque année après la réunion annuelle d'évaluation, sauf opposition motivée d'une des parties contractantes.

Exemple 4 : Convention de mise à disposition d'un médecin coordonnateur EHPAD⁴

En application des textes réglementaires suivants :

- Loi n°2-2002 du 2 janvier 2002
- Décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 relatifs aux modalités de tarification et de finances des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
- Arrêté du 26 avril 1999, notamment l'annexe II Missions, fonctions et compétence professionnelle d'un médecin coordonnateur d'EHPAD
- Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant en EHPAD
- Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Entre

L'établissement A... , représenté par ...

Et

L'EHPAD B..., représenté par ...

Préambule

Une convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier de l'établissement A est établie entre les parties, pour assurer les missions de MEDECIN COORDONNATEUR à l'EHPAD B, selon les modalités suivantes.

I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Missions générales

Le médecin coordonnateur contribue par son action à la qualité de la prise en charge gériatrique en favorisant une prescription coordonnée des différents intervenants, adaptée aux besoins des Résidents. Il élabore et met en œuvre avec le concours de l'équipe soignante et des professionnels de santé libéraux, le projet de soins qui fait partie intégrante du projet institutionnel. Ce projet doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des Résidents et les modalités de coordination des intervenants.

Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, formule toute recommandation utile en ce domaine et contribue à l'évaluation des soins.

Article 2 : Relations avec les Résidents

Le médecin coordonnateur est responsable de l'évaluation et des classements des Résidents selon leur niveau de dépendance (Grille AGGIR) et leurs pathologies (Grille PATHOS).

Le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir et veille notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de prise en charge par l'institution.

Lors de leur admission, il précise au Résident et à sa famille ses attributions en les distinguant bien de celles du médecin traitant.

⁴ Capitalisation RH

Article 3 : Relations avec les médecins traitants

Le médecin coordonnateur, conformément à l'article 6 du Code de déontologie médicale s'engage à respecter le droit que possède le Résident de choisir librement son médecin et à lui faciliter l'exercice de ce droit.

Le médecin coordonnateur s'engage, conformément à l'article 56 du Code de Déontologie médicale, à entretenir des relations confraternelles avec les médecins traitants. En particulier, le médecin coordonnateur consultera les médecins traitants sur le projet de soins et devra répondre à toute demande d'information de leur part entrant dans le champ de ses attributions.

Il les associera à l'élaboration du rapport d'activité médicale annuel et leur en communiquera une synthèse.

Il lui appartient cependant d'établir de concert avec les médecins intervenant dans l'EHPAD, et la Pharmacienne responsable de la Pharmacie à Usage Intérieur, la liste des médicaments à utiliser préférentiellement et de les inviter à la respecter sauf impératif lié à l'intérêt du Résident.

Le médecin coordonnateur tiendra informé les médecins traitants de l'évolution de l'état de santé et de dépendance des Résidents, notamment à partir des grilles AGGIR et PATHOS, ainsi que des difficultés qu'il pourrait rencontrer dans l'accomplissement de ses missions.

Article 4 : Cumul avec une activité de soins

Le médecin coordonnateur, présent dans l'EHPAD, peut être exceptionnellement conduit à prodiguer des soins en urgences à un Résident dont le pronostic vital immédiat est en jeu. Dans ce cas, il devra rendre compte au médecin traitant de son intervention.

Le médecin coordonnateur en dehors de cette hypothèse devra décliner toute demande ponctuelle de soins d'un Résident.

De même, il s'abstiendra d'entraver la liberté de prescription des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD.

Article 5 : Activité dans plusieurs établissements

Après information préalable du Directeur de l'EHPAD, le médecin coordonnateur pourra exercer ses fonctions de médecin coordonnateur dans d'autres établissements, dans des conditions compatibles avec l'organisation de l'EHPAD et la réglementation en vigueur.

Article 6 : Tenue, consultation et conservation du dossier médical

Le médecin coordonnateur s'engage à élaborer, avec les médecins traitants, un dossier médical type ; le médecin traitant et le médecin coordonnateur sont responsables de la tenue du dossier médical chacun pour ce qui le concerne.

Le Directeur de l'EHPAD s'engage à mettre en œuvre les moyens garantissant la confidentialité du dossier médical ainsi que les moyens permettant au médecin traitant, ou un autre intervenant, en cas d'urgence, d'y accéder.

Article 7 : Relations avec la Direction de l'EHPAD – Indépendance professionnelle

Le médecin coordonnateur exerce son activité en toute indépendance sur le plan technique, vis-à-vis de l'Administration de l'établissement, conformément aux articles 5 et 95 du Code de Déontologie médicale.

Le médecin coordonnateur respectera les décisions prises par le Directeur dans le cadre de ses missions.

Article 8 : Assurances

Le médecin coordonnateur sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle par l'EHPAD et aux frais de celui-ci pour son activité de médecin coordonnateur.

Si le médecin coordonnateur est déjà couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle, il notifiera à sa compagnie le présent contrat.

Article 9 : Relations avec l'équipe soignante

Le médecin coordonnateur élabore avec l'équipe soignante la définition du PROJET DE SOINS. Son rôle essentiel consiste à mettre en œuvre les synergies nécessaires au plein effet du projet de soins.

Le médecin coordonnateur contribue à la formation gériatrique continue de l'équipe soignante avec laquelle il s'engage à entretenir de bonnes relations.

Article 10 : Permanence des soins

Le médecin coordonnateur contribue par son action auprès des différents professionnels concernés à une bonne organisation de la permanence des soins.

Il informe le Directeur des difficultés rencontrées dans ce domaine et lui propose des solutions pour y remédier.

Article 11 : Coopération avec les autres établissements de santé

Le médecin coordonnateur contribue, en relation avec le Directeur de l'EHPAD, à développer les coopérations avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les établissements de santé mentale, etc. Il participe notamment à la mise en œuvre de la ou des conventions constitutives conclues entre l'institution et les établissements au titre de la continuité des soins.

II – DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 12 : Désignation du médecin coordonnateur

L'établissement A met à disposition un praticien.

A compter de ..., l'établissement A désigne le Dr ..., Gériatre ; puis sera désigné chaque année, après accord entre les 2 parties, un praticien hospitalier pour exercer les missions de médecin coordonnateur à l'EHPAD.

Article 13 : Temps d'activité

Compte-tenu de la capacité de l'établissement, de son organisation et des moyens budgétaires alloués dans le cadre de la signature de la Convention Tripartite-section tarifaire Soins, l'EHPAD bénéficie de ... vacations hebdomadaires de médecin coordonnateur, sur la base de rémunération d'un praticien hospitalier.

Article 14 : Répartition des vacations

La répartition des 3 vacations hebdomadaires est établie, à partir des besoins des Résidents, d'un commun accord entre le Médecin coordonnateur et le Directeur.

Article 15 : Rémunération

L'établissement A établira trimestriellement un état correspondant au montant dû par l'EHPAD B correspondant au traitement et charges patronales d'un praticien hospitalier, dans la limite du 10ème échelon du grade de Praticien hospitalier temps partiel.

Article 16 : Frais de déplacement

Le médecin coordonnateur présentera trimestriellement un état de frais de déplacement qui lui seront remboursés directement.

Article 17 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du ... pour une durée d'un an.

Elle sera renouvelée par tacite reconduction sauf dénonciation, par lettre recommandée avec accusé de réception, par l'une ou l'autre partie avec un préavis de 6 mois.

Article 18 : Résiliation

En cas de résiliation avant le terme de la présente convention, quelque soit le motif, chaque partie s'engage à informer l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception et à respecter un préavis de 6 mois.

Article 19 : Modification

Toute modification à la présente convention se fera par avenant.

Fait à ... , le ...

Le Directeur ...

Le Directeur de l'EHPAD de

Exemple 5 : Convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier auprès d'un hôpital local

Entre

L'établissement A..., représenté par...

Et

L'hôpital local B..., représenté par...

Vu la Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/n° 2003/257 du 28 Mai 2003 relative aux missions de l'Hôpital Local,

Vu le Décret n°2007-1741 du 11 Décembre 2007 relatif au fonctionnement des Hôpitaux Locaux,

Vu le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'hôpital local B...

Vu le Projet d'Etablissement

Considérant :

- La volonté exprimée par l'Hôpital local B de renforcer les liens de coopération et de partenariat existants avec l'établissement A

- La volonté de l'établissement A, dans le cadre du Projet Médical de Territoire, de développer avec les établissements hospitaliers du territoire, des partenariats importants favorisant l'amélioration de la prise en charge des patients et des résidents,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet la mise à disposition d'un praticien hospitalier de l'établissement A, désigné par celui-ci, pour assurer l'activité médicale de soins ainsi que les missions de Médecin coordinateur du Secteur Sanitaire de l'Hôpital Local B.

Article 2 : Temps d'activité

Compte tenu des activités du secteur sanitaire, à savoir Médecine avec lits identifiés soins palliatifs et Soins de suite, l'activité médicale et celle de médecin coordinateur seront assurées sur la base de X demi-journées hebdomadaires.

La répartition des vacances hebdomadaires est établie d'un commun accord entre le praticien hospitalier mis à disposition.

Article 3 : Rémunération

L'établissement A établira un état trimestriel détaillé correspondant au montant dû par l'Hôpital Local B comprenant le traitement et les charges patronales du praticien hospitalier mis à disposition.

Article 4 : Frais de déplacement

Le praticien hospitalier mis à disposition présentera trimestriellement un état de frais de déplacement qui lui seront payés directement par l'Hôpital local B.

Article 17 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du ... pour une durée d'un an.

Elle est renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation, par lettre recommandée avec accusé de réception, par l'une ou l'autre partie avec un préavis de 6 mois.

Article 18 : Résiliation

En cas de résiliation avant le terme de la présente convention, quelque soit le motif, chaque partie s'engage à informer l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception et à respecter un préavis de 6 mois.

Article 19 : Modification

Toute modification à la présente convention se fera par avenant.

Fait à ..., le

Le Directeur de l'Etablissement A

Le Directeur de l'Etablissement B

Exemple 6 : Statuts du groupement d'employeurs « médico-social, social et sanitaire » GEM3S⁵

Article 1 : Dénomination

Dans le cadre et le respect de la loi du 1er juillet 1901, des dispositions législatives et réglementaires applicables aux Groupements d'employeurs, il est créé par les personnes physiques ou morales signataires des présents statuts, une association dénommée : Groupement d'Employeurs des secteurs Médico Social, Social et sanitaire, appellation « GE M3S ».

Article 2 : Objet de l'association

Le Groupement d'Employeurs a pour objet la mise à disposition de ses membres d'un ou plusieurs salariés liés à ce groupement par un contrat de travail.

Par ailleurs, le groupement peut apporter à ses membres son aide et son conseil en matière de gestion des ressources humaines (recrutement, formation...) et de gestion du personnel (paie...)

Article 3 : Siège social

Le siège social du Groupement d'Employeurs est fixé à Landivisiau. Il pourra être transféré, par simple décision du conseil d'administration dûment ratifié par l'assemblée générale.

La durée du groupement d'employeurs est illimitée.

Article 4 : Composition du groupement d'employeurs

Pourra faire partie du groupement d'employeurs, toute personne physique ou morale, de droit public ou de droit privé, relevant des secteurs médico social, social et sanitaire non assujettie à la TVA.

Tous les adhérents du groupement d'employeurs ne doivent pas être assujettis à la TVA et exercent une activité à but non lucratif.

Le nouvel adhérent reconnaît :

- ne pas faire partie de plus de deux autres groupements d'employeurs ;
- avoir informé les institutions représentatives du personnel de son entreprise préalablement à la demande d'adhésion ou conclu un accord collectif définissant les garanties sociales des salariés mis à disposition (condition spécifique aux entreprises de plus de 300 salariés) ;
- s'engager à respecter les présents statuts ainsi que le règlement intérieur.

Article 5 : Membres

Le groupement d'employeurs pourra accueillir de nouveaux membres satisfaisant aux exigences énoncées à l'article 4, ceci dans la limite de disponibilité du groupement.

Pour être adhérents, les nouveaux membres doivent être agréés par le conseil d'administration.

Article 6 : Perte de la qualité d'adhérent

La qualité d'adhérent de groupement d'employeurs se perd par :

- la démission volontaire adressée par lettre recommandée au Président de l'association. Les adhérents du groupement d'employeurs peuvent démissionner à tout moment en respectant un préavis de 6 mois. La démission ne prend effet qu'après paiement des sommes dues par l'adhérent au groupement ;
- le décès pour les personnes physiques ou la dissolution, pour quelque cause que ce soit, pour les personnes morales ;

⁵ Monographie du Groupement d'employeurs médico-social, social et sanitaire du Finistère

- la radiation automatique en cas de non-paiement de la cotisation annuelle ou d'assujettissement à la TVA ;

- l'exclusion pour manquement grave au fonctionnement du groupement, notamment en cas d'infraction aux statuts, au règlement intérieur, aux conditions de travail, de non-paiement des factures émises par le groupement, etc..

L'exclusion ne peut résulter que d'une décision prise par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres présents ou représentés, l'intéressé ayant été invité au minimum 8 jours auparavant par lettre recommandée avec accusé de réception à s'expliquer et/ou à régulariser sa situation.

L'adhérent exclu a la possibilité de faire appel devant la prochaine Assemblée Générale.

Dans tous les cas, l'intéressé reste tenu au paiement des sommes dues au groupement et la cotisation annuelle reste acquise au groupement d'employeurs.

Article 7 : Ressources

Les ressources du groupement sont constituées par :

- Le paiement des droits d'entrée,
- la cotisation
- des subventions de l'Etat, collectivités publiques ou privées,
- le paiement par chaque adhérent, au prorata de sa consommation, de tous les frais salariaux et de gestion du personnel mis à disposition par le groupement,
- des emprunts auprès d'organismes bancaires,
- des revenus financiers du groupement,
- de toutes autres ressources autorisées par la loi.

L'assiette de cotisation est fixée chaque année en fonction des prévisions budgétaires. Elle est approuvée par le conseil d'administration et l'assemblée générale.

Article 8 : Solidarité

Tous les membres du groupement d'employeurs sont solidairement responsables des dettes salariales et sociales du groupement. En cas de sinistre, cette responsabilité solidaire sera supportée proportionnellement aux utilisations du personnel sur les douze derniers mois.

Pour limiter les risques en ce domaine, les responsables du groupement veilleront, scrupuleusement, au suivi des parcours individuels des salariés, au choix et au contenu des contrats de travail mis en œuvre ainsi qu'à la qualité et au déroulement des conventions de mise à disposition.

En cas de perte ou de passif social, le groupement utilisera en priorité un fonds de réserve alimenté notamment par le résultat de chaque exercice.

En cas d'insuffisance du fonds de réserve, la responsabilité solidaire sera supportée par l'ensemble des adhérents du groupement au prorata des facturations sur les douze derniers mois. Le versement de cette somme constitue une avance qui fera l'objet d'un remboursement par le groupement selon des modalités décidées par le Conseil d'Administration.

En outre, un système de dépôt de garantie et/ou de caution bancaire est mis en place pour faire face à une facture impayée.

Article 9 : Le conseil d'administration

9-1 – Composition du conseil d'administration

Le groupement d'employeurs est administré par le conseil d'administration dont les fonctions sont assurées gratuitement. Le conseil d'administration est composé, de manière équilibrée, de cadres dirigeants et d'administrateurs représentant les structures adhérentes. Ce conseil d'administration est composé au maximum de 9 membres élus par l'assemblée générale parmi lesquels doivent figurer 6 membres choisis parmi les membres fondateurs du groupement d'employeurs. Il est renouvelable par

tiers, à partir de la 4^{ème} année, tous les ans, lors de l'assemblée générale. Les membres sortant sont rééligibles.

En cas de vacance d'un ou de plusieurs postes de membre du Conseil d'Administration, le conseil d'administration pourra pourvoir à leur remplacement en procédant à une ou plusieurs nominations à titre provisoire. Ces nominations sont soumises à la ratification de la plus prochaine assemblée générale. A défaut de ratification, les délibérations prises et les actes accomplis n'en demeurent pas moins valables. Les membres du conseil d'administration cooptés ne demeurent en fonction que pour la durée restant à courir du mandat de leurs prédécesseurs.

Le mandat de membre du conseil d'administration prend fin par la démission, la perte de la qualité d'adhérent de l'association, la privation des droits civiques ou la révocation prononcée par l'assemblée générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance.

Le conseil d'administration peut s'adjoindre, même temporairement, toute personne qu'il jugera utile d'associer à son action, en raison de ses responsabilités ou de ses compétences. Dans ce cadre, un membre du conseil ayant le statut d'administrateur dans l'une des associations adhérentes, pourra se faire accompagner à la réunion du conseil d'administration par un cadre de sa structure pour avis consultatif durant les débats. En aucun cas, cette personne ne pourra avoir voix délibérative.

Chaque membre du Conseil d'Administration ne pourra disposer que d'un seul pouvoir.

9-2 – Réunion et délibération du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration se réunit autant que nécessaire sur convocation du Président ou sur demande du tiers de ses membres.

Les convocations sont envoyées au moins 15 jours à l'avance avant la réunion par lettre simple ou par courriel. Elles mentionnent l'ordre du jour arrêté par le Président du Conseil d'Administration ou les membres dudit Conseil qui ont demandé la réunion.

Le Conseil d'Administration se réunit au siège de l'association ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les membres du Conseil d'Administration participant à la séance.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si le tiers au moins des membres sont présents.

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité absolue des membres présents. Chaque vote est en principe fait à main levée à moins qu'un membre de l'assemblée ne demande le vote à bulletin secret. Chaque membre du conseil d'administration ne dispose que d'une seule voix.

En cas de partage des voix lors des votes à main levée, celle du Président est prépondérante.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'association et signés par le Président et le Secrétaire qui peuvent, ensemble ou séparément, en délivrer des copies ou des extraits.

Article 10 : Attribution du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration a les pouvoirs les plus étendus en ce qui concerne l'administration et la gestion de l'association, dans le cadre des orientations définies par l'assemblée générale. Il est habilité à prendre toutes les décisions qu'il juge utiles pour réaliser les buts prévus à l'article 2 des présents statuts.

Il a notamment les pouvoirs

- D'engager les dépenses courantes de l'association,
- D'ouvrir tout compte bancaire ou postal,
- De décider de l'exercice de toute action judiciaire, faire tout ce qui est utile et nécessaire pour la bonne marche de l'association et les fins qu'elle poursuit,
- De donner ou tirer quittances et décharges de toutes sommes reçues ou payées,
- D'arrêter les comptes qui doivent être soumis à l'assemblée générale et faire le rapport de l'assemblée sur les comptes,
- De prendre l'initiative de tous actes de disposition permettant d'accomplir le but de l'association,
- De fixer l'ordre du jour de l'assemblée générale.

Il s'engage à respecter et à faire respecter la convention collective retenue.

Le conseil d'administration rend compte de son activité et de sa gestion à l'assemblée générale.

Article 11 : Bureau

Le conseil d'administration élit son bureau à la majorité des suffrages exprimés. Le bureau est composé, au minimum:

- D'un Président,
- D'un vice-Président,
- D'un secrétaire
- D'un trésorier.

Le bureau est élu pour une année. Ses membres sont rééligibles.

Après chaque renouvellement, au cours de la première séance du conseil d'administration suivant l'assemblée générale ordinaire, le conseil d'administration désigne en son sein un bureau nommé pour 1 an. Chaque vote est en principe fait à main levée à moins qu'un membre de l'assemblée ne demande le vote à bulletin secret.

Le bureau assure la gestion courante de l'Association.

Il étudie et prépare les dossiers soumis au conseil d'administration.

Il n'a aucun pouvoir décisionnel.

Toutefois, relève de sa compétence exclusive, la détermination des conditions du contrat de travail (fonctions, rémunération, délégation de pouvoirs...) du directeur salarié recruté par le conseil d'administration.

Article 12 : Pouvoirs des membres du bureau

12-1- Le Président

Le Président représente le groupement d'employeurs en toutes circonstances, partout où il est nécessaire, notamment auprès des autorités, administrations publiques ou privées, tribunaux ou organismes divers. Il peut déléguer au mandataire de son choix, membre du bureau, ou directeur de l'association tout ou partie de ses pouvoirs.

Il dirige les débats, met aux voix les délibérations et proclame les résultats du scrutin. Le Président, en cas d'absence ou d'empêchement, est remplacé par le vice-Président. Il signe tout contrat passé entre l'association et des tiers.

Il est chargé d'exécuter les décisions du conseil d'administration et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association.

En cas de contentieux, le Président agit en justice tant en demande qu'en défense au soutien des intérêts moraux, matériels et patrimoniaux de l'Association. En cas d'absence du Président, ses pouvoirs sont dévolus au vice président; en cas d'absence du Président et du vice président, le trésorier a les mêmes pouvoirs.

Le Président, après avis conforme du conseil d'administration, peut déléguer les pouvoirs qu'il tient du présent article au Directeur dans les litiges concernant le personnel (Prud'hommes) et concernant le Contentieux de la Tarification Sanitaire et Sociale.

Pour la représentation en justice, l'Association est représentée en justice par son Président, son vice président ou son trésorier.

Après avis conforme du conseil d'administration, le Président, ou le vice président peuvent mandater le Directeur pour représenter l'Association devant une ou plusieurs juridiction(s).

12-2 - Le vice président.

Il assiste le Président dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'empêchement.

12-3 - Trésorier.

Le trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité, les comptes de l'Association.

Il est chargé de l'appel des cotisations. Il procède sous le contrôle du Président au paiement et à la réception de toutes sommes, avec possibilité de substitution. Il établit, ou fait établir, un rapport sur la situation financière de l'Association.

12-4 - Secrétaire.

Le secrétaire est chargé de tout ce qui concerne la correspondance et les archives.

Il établit les procès-verbaux de réunion des assemblées et du conseil d'administration.

Il tient le registre spécial prévu par l'article 5 de la loi du 1^{er} juillet 1901, et les articles 6 et 31 du décret du 16 août 1901. Il assure l'exécution des formalités prescrites par lesdits articles.

Article 13 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur sera proposé par le conseil d'administration et devra être approuvé par l'assemblée générale constitutive. Toute modification ultérieure devra faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration.

Article 14 : Dispositions communes aux assemblées générales

14 - 1 – Composition de l'Assemblée générale

Les assemblées générales se composent de tous les membres du Groupement d'employeurs à jour de leur cotisation.

Les personnes morales sont représentées par leur représentant légal ou statutaire, ou toute personne désignée par eux.

14-2 – Convocation

Les convocations sont envoyées au moins 15 jours à l'avance avec l'ordre du jour prévu et fixé par le Conseil d'Administration. Tout membre adhérent de l'association peut proposer un thème supplémentaire à l'ordre du jour, par lettre écrite au Président six jours francs avant l'Assemblée Générale.

Les assemblées générales sont convoquées par le Président, à la demande du Conseil d'Administration ou du tiers de ses membres.

Il est tenu un registre des procès verbaux, signés par le Président et le Secrétaire et communiqués chaque année aux membres.

14-3 – Votes

Tous les membres du groupement d'employeurs, personne physique ou morale, ne disposent que d'une seule voix. Tout membre qui se trouve dans l'impossibilité de se rendre à une assemblée générale peut se faire représenter par un mandataire muni d'un pouvoir l'autorisant à voter sur toutes les questions prévues à l'ordre du jour. Une même personne ne pourra recevoir plus de deux pouvoirs. En cas de partage égal des voix, celle du Président est prépondérante.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par les membres adhérents pour l'Assemblée Générale lors de l'entrée en séance et certifiée par le Président.

Chaque vote est en principe fait à main levée à moins qu'un membre au moins de l'assemblée ne demande le vote à bulletin secret.

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées sur des procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'association et signés par le Président et le Secrétaire.

Le vote par correspondance est interdit.

Article 15 : Dispositions spécifiques à chaque forme d'assemblée générale

15-1 –Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, à la date fixée par le Conseil d'Administration, les membres du groupement d'employeurs sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire.

L'assemblée générale ordinaire ne délibère valablement que si les (à fixer) , au moins, des membres ayant droit de vote sont présents ou représentés. Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, l'assemblée générale est repoussée à quinze jours d'intervalle minimum et, dans ce cas, l'assemblée générale ordinaire ainsi convoquée statue sans condition de quorum.

Les décisions de l'assemblée générale ordinaire sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés.

L'Assemblée Générale Ordinaire vote les rapports sur l'activité, la gestion et les comptes du groupement d'employeurs. Elle décide de l'affectation des résultats. Elle fixe le montant de la cotisation annuelle.

L'Assemblée Générale vote les comptes suivant la clôture de l'exercice, vote le budget de l'exercice, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu, à la nomination et au renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

15-2 –Assemblée Générale Extraordinaire

L'assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui ne relèvent pas de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire : modifications apportées aux statuts, dissolution anticipée de l'association.

En cas de dissolution, l'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs qui seront chargés de la liquidation des biens du groupement et dont elle détermine les pouvoirs. L'actif sera dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

L'assemblée générale extraordinaire ne délibère valablement que si les deux tiers, au moins, des membres ayant droit de vote sont présents ou représentés.

Si ce quorum n'est pas atteint, l'assemblée générale extraordinaire est à nouveau convoquée avec le même ordre du jour, dans un délai maximum d'un mois. Lors de cette deuxième réunion, l'assemblée générale ne délibère valablement que si la moitié au moins des membres ayant droit de vote sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des trois quarts des suffrages exprimés.

Article 16 : Contrôle des comptes

Sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée pourra désigner un contrôleur des comptes choisi parmi les experts comptables ou les commissaires aux comptes du ressort.

Le Contrôleur a pour mission de vérifier les comptes et de donner tout conseil ou opinion. Il ne peut être révoqué par l'Assemblée

Article 17 : Exercice

L'exercice comptable commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. Par exception, le premier exercice débute le jour de la constitution et se termine le 31 décembre.

Article 18 et dernier : Disposition diverses

Tout adhérent peut exiger qu'il lui soit donné au siège du groupement, connaissance des statuts ou qu'il lui en soit délivré, à ses frais, une copie certifiée.

L'adhésion au groupement porte engagement de se conformer aux présents statuts ainsi qu'à son règlement intérieur.

Toutes contestations qui peuvent s'élever concernant des affaires du groupement sont préalablement à toute instance judiciaire, soumises à l'examen du Conseil d'Administration qui s'efforce de les régler à l'amiable.

En cas d'instance, pendant la durée du groupement, ou en cours de liquidation, le différend est jugé par les tribunaux compétents du lieu du siège social.

Les fondateurs rempliront les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901 et tous les textes subséquents. Ces formalités seront assurées par le Président du Groupement ou par un membre du Conseil d'Administration.

Fait à ...,

Le ...

Modifié le ...

Le Président, le Trésorier,

Exemple 7 : Règlement intérieur commun du réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud⁶

Article 1 : Objet et objectifs poursuivis

1.1 Objet du Réseau

Le Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud (RPSM 78) est un réseau sanitaire. Son objectif est de faciliter l'accès aux soins et de favoriser la qualité et la continuité des prises en charge en santé mentale. Il n'a pas vocation à se substituer aux acteurs de santé du territoire (cf. article 1.2 ci-après).

Pour améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale, il a pour fonction :

- de susciter, d'animer et d'organiser la concertation partenariale pour l'élaboration de projets mis en commun par les acteurs de santé du territoire,
- de mettre à disposition, le cas échéant, ses compétences pour rendre possibles ces projets,
- puis de suivre leur mise en œuvre par une démarche qualité adaptée, en tant que garant de l'évaluation des actions vis-à-vis de ses membres et de ses partenaires.

Le réseau développe, chaque fois que cela est nécessaire, des partenariats avec les différents professionnels et institutions issus du champ social ou médico-social, avec d'autres réseaux de santé ou avec des établissements de soins ou professionnels de santé non membres du réseau.

1.2 Méthode de travail

La méthode de travail du réseau s'applique à des thèmes précis retenus par le comité de pilotage, sur la demande de professionnels de la santé mentale, des usagers, d'autres réseaux de santé ou de partenaires du social ou du médico-social. Les groupes de travail constitués par le réseau rassemblent l'ensemble des professionnels concernés par la problématique étudiée afin d'étudier la possibilité réelle d'apporter une amélioration. Leur réflexion intègre les quatre dimensions suivantes :

- analyse des besoins et des ressources
- organisation de l'offre de soin
- définition d'une démarche de qualité sur les échanges d'informations, les modalités de concertation ou de formation des professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles.
- évaluation de l'impact du réseau sur le territoire de santé.

Les projets élaborés définissent des objectifs et des propositions d'actions pour la thématique considérée. Ces projets sont soumis au comité de pilotage du réseau qui en valide les termes avant que l'assemblée générale de la structure gestionnaire soit saisie.

Chaque dispositif conçu en partenariat est mis en œuvre par un ou plusieurs membre(s) du réseau, dit(s) « porteur(s) de projet », dans les conditions fixées par une convention de suivi de projet que ce(s) dernier(s) conclu(en)t avec le réseau. Cette convention fixe obligatoirement et précisément :

- les objectifs du projet
- le(s) membre(s) porteur(s) du projet
- les moyens dévolus à l'action
- les modalités de financement
- les modalités d'évaluation de l'action mise en œuvre (indicateurs de suivi, indicateurs de qualité) au sein d'une commission de suivi de la mise en œuvre et de l'évolution de l'action
- la représentation de l'action au sein du comité de pilotage

Cette convention répond en outre, le cas échéant, aux exigences de la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé définie par les articles L4011-1 à L4011-3 du code de la santé

⁶ Monographie, ANAP

publique et par l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à ladite procédure (textes annexés au présent règlement intérieur).

Article 2 : Aire géographique et population concernée

2.1 Aire géographique

Le territoire d'intervention du RPSM 78 est infra départemental, et correspond, sur les Yvelines sud, au territoire de santé 78-1.

2.2 Population concernée

La population concernée est l'ensemble de la population (enfants et adultes) du territoire présentant une souffrance et/ou un handicap psychique ou une pathologie mentale avérée.

Pour ce faire, le réseau développe ses réflexions sur trois axes essentiels :

- la coopération ville/hôpital
- le partenariat avec le secteur social et médico-social
- la coopération inter établissements

Les thématiques d'intérêt du réseau peuvent concerner aussi bien l'ensemble de la population (ex : prévention du risque suicidaire, réponse à l'urgence et la crise...) que des populations plus ciblées (personnes âgées, personnes handicapées psychiques, adolescents...).

Article 3 : Dénomination et siège du réseau – personnalité morale

Le réseau se nomme « Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud » (RPSM 78). Son siège est fixé au Centre Hospitalier de Versailles, 177 rue de Versailles, 78157 - Le Chesnay cedex.

Le promoteur et gestionnaire du RPSM 78 est un groupement de coopération sanitaire nommé « Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud – Groupement de coopération sanitaire » (RPSM 78-GCS), dont la convention constitutive a été approuvée le 3 octobre 2006 par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Le réseau est composé de personnes morales et de personnes physiques.

Les personnes morales adhérentes du réseau sont des établissements de santé publics ou privés volontaires impliqués dans la santé mentale sur le territoire.

Les personnes physiques adhérentes du réseau sont des praticiens libéraux sanitaires, c'est-à-dire dont les actes donnent lieu à remboursement par l'Assurance Maladie, et des psychologues libéraux.

Article 4 : Modalités d'entrée et de sortie du réseau des adhérents

4.1 Entrée dans le réseau

Professionnels des établissements de santé

Tout établissement membre du RPSM 78-GCS est considéré comme adhérent au RPSM 78.

Tout établissement de santé peut demander à adhérer au réseau.

Toute adhésion d'une personne morale entraîne de facto l'adhésion des professionnels qui y exercent leur activité.

Professionnels libéraux

Ces professionnels adhèrent au réseau en tant que personne physique par la signature de la Charte du réseau et de son règlement intérieur.

Un professionnel libéral ou un établissement peut adhérer au réseau sans participer à l'ensemble des thématiques. Tout membre du réseau a néanmoins droit à l'information sur l'ensemble de ses activités, quel que soit son degré d'implication. Ce droit à l'information est garanti par l'équipe de coordination du réseau.

4.2 Sortie du Réseau

La sortie du réseau se fait :

Pour les établissements :

- par délibération de l'instance compétente transmise par écrit au directeur médical du RPSM 78
- en cas de cessation d'activité de l'établissement
- si l'établissement ne respectait pas ses engagements au sein du réseau. Dans ce cas, la situation de l'établissement sera abordée au comité de pilotage, qui statuera sur la réponse à apporter.

Pour les professionnels libéraux

- sur notification par le professionnel
- en cas de cessation d'activité dans le territoire du RPSM 78

si le professionnel ne respecte pas ses engagements au sein du réseau. Dans ce cas, la situation du professionnel sera abordée au Comité de Pilotage du Réseau, qui statuera sur la réponse à apporter.

Article 5 : Modalités de représentation des usagers

Les usagers sont présents dans le réseau à l'occasion de leur participation à certains groupes de travail. Ils sont invités aux séances de restitution des évaluations des actions entreprises.

Les usagers sont représentés avec voix consultative au sein de l'assemblée générale du GCS.

Article 6 : Organisation de la coordination et du pilotage du réseau

La coordination et le pilotage du réseau sont assurés par le comité de pilotage, le bureau du comité de pilotage, le directeur médical et le coordonnateur administratif.

6.1 Le Comité de Pilotage

Le comité de pilotage est mis en place pour une durée de trois ans.

Il se réunit au moins quatre fois par an et aussi souvent que l'intérêt du réseau l'exige, sur convocation du directeur médical après accord de son bureau.

Composition

Le comité de pilotage est composé de représentants des actions partenariales et des représentants des adhérents selon les modalités suivantes :

Représentants des actions partenariales : chaque action partenariale est représentée conformément aux dispositions figurant dans la convention de suivi de projet.

Représentants des établissements :

- Etablissements Public de Santé Charcot : 3 psychiatres et un infirmier
- Centre Hospitalier de Versailles : 2 psychiatres et un infirmier
- Institut Marcel Rivière : 2 psychiatres et un infirmier
- Clinique d'Yveline : 2 psychiatres et un infirmier
- Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir-Grignon : 1 représentant
- Centre Hospitalier de Rambouillet : 1 représentant
- Psychologues institutionnels : 2 représentants désignés parmi les psychologues des établissements adhérents au réseau.

Représentants des professionnels libéraux : Chaque profession se constitue en collège, afin d'organiser sa représentation au comité de pilotage. Toute profession qui dispose de 1 à 9 adhérents au réseau est représentée par un professionnel. Toute profession qui dispose de 10 à 29 adhérents est représentée par deux professionnels. A partir de 30 adhérents, le nombre de représentants est de 3.

Le nombre d'adhérents est comptabilisé au premier janvier de l'année de constitution du comité de pilotage et le nombre de représentants est déterminé pour 3 ans.

Chaque membre dispose d'une voix. Les membres du comité de pilotage peuvent être représentés par des suppléants désignés en même temps que les représentants titulaires. Les réunions du comité de pilotage se déroulent sans quorum. Les décisions du Comité de pilotage sont prises à la majorité simple des présents et représentés.

Le vote est une procédure exceptionnelle au sein du comité de pilotage. Il y est recouru obligatoirement pour l'élection du directeur médical, ainsi que sur demande de tout membre disposant du droit de vote.

Les votes sont effectués à main levée sauf si l'un au moins des membres s'y oppose ou en cas de vote nominatif. Dans ces deux derniers cas, le vote se fait à bulletin secret.

Invités permanents : les psychiatres responsables de secteur de psychiatrie.

Missions

Le Comité de pilotage est chargé :

- de déterminer les thèmes et les priorités de travail du réseau et de définir les activités qui seront soumises à l'approbation de l'assemblée générale de la structure gestionnaire.
- de décider de la création ou de la suppression d'un groupe de travail
- d'approuver tout projet de mise en œuvre d'un nouveau dispositif élaboré par un groupe de travail et la convention de suivi de projet qui s'y rapporte
- de veiller à l'avancement des travaux des groupes de travail
- d'accompagner les actions dans leur évaluation, notamment à chaque fois que des évolutions viennent infléchir ou mettre en cause le projet initial ou posent des questions touchant aux principes ou valeurs du réseau.
- de définir et piloter la politique d'évaluation du réseau mise en œuvre dans le réseau
- de définir la politique de formation générale du réseau
- de désigner le directeur médical du réseau

Le Comité de pilotage établit son règlement intérieur.

6.2 Les commissions de suivi

Toute convention de suivi de projet peut prévoir la constitution d'une commission de suivi dont la composition et la fréquence de réunion sont adaptées à son objet. La commission de suivi permet de vérifier que le dispositif répond bien à son objectif et de proposer ou valider la mise en œuvre des évolutions nécessaires. Elle peut mettre en place la politique d'évaluation de l'action.

Lorsque des questions viennent infléchir ou mettre en cause les orientations initiales du projet, ou touchent aux principes ou valeurs du réseau, elles sont transmises au comité de pilotage pour arbitrage.

La commission de suivi est animée par le(s) porteur(s) du projet, en lien avec l'équipe de coordination, garante des conditions de son évaluation.

6.3 L'équipe de coordination

L'équipe de coordination est composée au minimum d'un directeur médical et d'un coordonnateur administratif.

L'équipe de coordination peut recruter, pour l'exercice de ses missions, des personnes assurant des fonctions en lien avec la gestion du réseau, la communication et son système d'information.

Le rôle de l'équipe de coordination est de coordonner l'ensemble des travaux et de faire le lien entre les instances du réseau, comme avec l'ensemble des adhérents, les partenaires et les interlocuteurs extérieurs.

Le directeur médical

Le directeur médical est un psychiatre. Il représente le réseau et est nommé pour une période de deux ans. En coordination avec le bureau du comité de pilotage :

- Il anime et accompagne l'élaboration des projets soignants du réseau et leur évaluation
- Il prépare le projet d'activité annuel
- Il anime le comité de pilotage et prépare les travaux du bureau
- il anime les groupes de travail pendant la phase d'élaboration des projets et jusqu'à la désignation du ou des porteur(s) de projet
- Il travaille en partenariat avec le coordonnateur administratif et, le cas échéant, avec l'administrateur du GCS et le président de l'assemblée générale pour l'accompagnement institutionnel, juridique et financier des projets
- Il participe au travail avec les différents interlocuteurs extérieurs (tutelles, partenaires institutionnels, financeurs....) afin de présenter le projet de soins et ses évolutions, dans une démarche complémentaire de celle du coordonnateur administratif.

Le coordonnateur administratif

Le coordonnateur administratif du réseau a pour principales missions de :

- Assurer la coordination générale et le bon fonctionnement du réseau

- Accompagner les activités et projets du réseau notamment sur les plans juridique, administratif et financier, en lien étroit avec le directeur médical, les instances, les adhérents et les partenaires du réseau et, le cas échéant, l'administrateur du GCS et le président de l'assemblée générale.
- Contribuer à la cohérence des décisions entre le réseau et le GCS.
- Contribuer, auprès du directeur médical et du comité de pilotage, à définir et mettre en œuvre la politique d'évaluation du réseau en coopération, le cas échéant, avec l'administrateur du GCS.
- Mettre ses compétences au service de l'accompagnement des actions mises en œuvre par les membres du réseau porteurs de projets
- Préparer, en lien avec le directeur médical et, le cas échéant, avec l'administrateur du GCS et le président de l'assemblée générale, les dossiers de demandes de financement et contrats d'objectifs et de moyens.

6.4 Le bureau du comité de pilotage

Le bureau du comité de pilotage assiste le directeur médical et le coordonnateur administratif dans la gestion des affaires courantes et particulières du réseau.

Chacun de ses membres étant en charge de faire le lien entre les projets du réseau et ceux de l'entité qu'il représente, le bureau a en particulier pour objectif de garantir une bonne information réciproque entre le réseau et ses membres, et de vérifier la cohérence ou les divergences à repérer entre les projets instruits dans le cadre du réseau et ceux des acteurs de santé sur le territoire.

C'est pourquoi, si chaque entité représentée est libre de procéder à la désignation de son représentant dans les formes qui lui sont propres, ce dernier doit disposer d'une connaissance du terrain et d'une légitimité suffisantes pour s'exprimer au nom de son mandataire au cours des discussions.

Le bureau est composé comme suit :

- 1 représentant par établissement de santé adhérent au RPSM 78
- 1 représentant de chaque collège de professionnels libéraux assistant au comité de pilotage

Le bureau se réunit au moins 8 fois par an et en tout état de cause avant chaque comité de pilotage, pour en fixer l'ordre du jour, à partir de l'actualité du réseau et des questions formulées par ses membres.

Le directeur médical et le coordonnateur administratif du réseau assistent au bureau.

Le bureau du comité de pilotage établit son règlement intérieur.

Article 8 : Organisation du système d'information

Le réseau organise son système d'information, qui lui permet de rendre compte de son activité et de développer sa politique d'évaluation.

Il s'engage à effectuer les déclarations prévues par la loi « informatique et libertés » et à prendre toutes les mesures de sécurité nécessaires au respect de la confidentialité et de l'intégrité des informations transmises par les professionnels ou acquises auprès du patient.

Article 9 : Conditions d'évaluation du réseau

Le comité de pilotage définit la politique d'évaluation menée par le réseau et accompagne le travail de l'équipe de coordination.

La politique d'évaluation du réseau portera en particulier sur l'impact des actions mises en œuvre par ses membres porteurs de projet sur l'offre de soin, les trajectoires des patients, les pratiques professionnelles et l'évaluation économique.

L'évaluation économique sera travaillée en étroite collaboration avec le GCS, gestionnaire du réseau.

Pour conduire ce travail, le comité de pilotage pourra s'appuyer sur un groupe technique chargé du travail préparatoire auquel participeront notamment les DIM des différents établissements.

Chaque nouvelle action mise en oeuvre précisera, dans sa convention de suivi de projet, son cahier des charges d'évaluation dans les différentes dimensions mentionnées ci-dessus, notamment sa démarche d'accompagnement des modifications des pratiques professionnelles et d'élaboration de protocoles organisationnels ou de protocoles de soins, le cas échéant dans le cadre de la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé définie par les articles L4011-1 à L4011-3 du code de la santé publique et par l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à ladite procédure (cf. article 1.2).

Article 10 : Communication

Le réseau développe une politique de communication auprès de ses adhérents, des patients et plus largement de l'ensemble de ses partenaires par tout moyen adapté.

Article 11 : Durée de la convention

La présente convention est conclue sans condition de durée.

Article 12 : Calendrier de mise en œuvre

Le réseau, qui existe depuis 1999, met en œuvre ses actions selon un calendrier défini annuellement, approuvé par le comité de pilotage du réseau et l'assemblée générale du GCS.

Article 13 : Conditions de dissolution du réseau











Le réseau peut être dissout par décision prise à l'unanimité au comité de pilotage. Il l'est de fait s'il ne reste qu'un membre adhérent.

Mise en œuvre de la structure

Outils de gestion des ressources humaines

- Outil 1 : exemples de planning de suivi des heures effectuées par salarié
- Outil 2 : supports relatifs à la mise à disposition d'IBODES et d'IADES

Outil 1 : Exemples de planning de suivi des heures effectuées par salarié⁷

Salarié		MARS 2010																																			
 <p>Libellé poste infirmière hygiéniste</p>																																					
PREVISIONNEL		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	total				
1/2 journée		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
matin				4,00	4,00	4,50					4,50	4,50	4,00					4,00	4,50	4,50					4,00	4,50	4,50					4,00	55,50				
après-midi				3,50	3,50	4,00					3,50	4,00	4,00					3,50	4,00	4,00					3,50	4,00	4,00					3,50	49,00				
		104,5																																			
RELEVÉ D'HEURES		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	total				
1/2 journée		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
matin		0,00	0,00	4,00	4,00	4,50			0,00	0,00	4,50	4,50	4,00			0,00	0,00	4,00	4,50	4,50			0,00	0,00	4,00	4,50	4,50			0,00	0,00	4,00	55,50				
après-midi		0,00	0,00	3,50	3,50	4,00			0,00	0,00	3,50	4,00	4,00			0,00	0,00	3,50	4,00	4,00			0,00	0,00	3,50	4,00	4,00			0,00	0,00	3,50	49,00				
compteur d'heures																																	0,00				
Remarque : les minutes sont exprimées en centièmes		104,5																																			
ex : 0,5 = 30 minutes																																					
		horaires																																			
Maison Sainte-Bernadette		8,5 h	mars			h	mensualisées																														Signature adhérent
Ass Saint-Vincent Lannouchen		8,5 h	mars			h	mensualisées																														
La Boissière		8,5 h	mars			h	mensualisées																														
Fondation Plouescat		8,5 h	mars			h	mensualisées																														Signature salarié
Saint-Roch Plouvorn		h	mars			h	mensualisées																														
Rés du Brug Pleyber-Christ		8,5 h	mars			h	mensualisées																														
Foyer de Mestioual Cléder		8,5 h	mars			h	mensualisées																														
Rés Val de l'Elorn Sizun		8,5 h	mars			h	mensualisées																														Date
Domicile/formations /GEM3S		45,00 h	mars		0,00 h		mensualisées																														

⁷ Monographie, GM3S Finistère, Anap 2010

Salarié

Libellé poste
informaticien

AVRIL 2010

PREVISIONNEL		J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	total	
1/2 journée		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
matin	3,50	3,50		F	F	3,50	3,50	3,50	3,50				3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	73,50	
après-midi	3,50	3,50		F	F	3,50	3,50	3,50	3,50				3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	RC	70,00	
143,5																																	
RELEVÉ D'HEURES		J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	total	
1/2 journée		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
matin	3,50	3,50		F	F	3,50	3,50	3,50	3,50				3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	73,50	
après-midi	3,50	3,50		F	F	3,50	3,50	3,50	3,50				3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	3,50			3,50	3,50	3,50	3,50	RC	70,00	
compteur d'heures																																-3,5	-0,50
dont heures GE M3S													3,50	3,50																		7,00	

Remarque : les minutes sont exprimées en centièmes

ex : 0,5 = 30 minutes

	horaires					
Maison Sainte-Bernadette	35,00 h	janvier	45,50 h	mensualisées	9h00 - 12h30 ; 13h30 - 17h00	
Ass Saint-Vincent Lannouchen	42,00 h	janvier	45,50 h	mensualisées	9h00 - 12h30 ; 13h30 - 17h00	
AGEF	14,00 h	janvier	15,17 h	mensualisées	9h00 - 12h30 ; 13h30 - 17h00	
ACADIA	24,50 h	janvier	22,75 h	mensualisées	9h00 - 12h30 ; 13h30 - 17h00	
ADS Landerneau	28,00 h	janvier	22,75 h	mensualisées	9h00 - 12h30 ; 13h30 - 17h00	
	150,50 h		151,67			

Signature adhérent

Signature salarié

Kilomètres

Date

Outil 2 : supports relatifs à la mise à disposition d'IBODES et d'IADES⁸

Gestion opérationnelle :

Pour réaliser la mise à disposition des IBODES et des IADES dans le cadre du partage du bloc opératoire, la cadre supérieure sage femme du CH réalise **un planning** tenant compte des spécificités et des besoins de la Clinique.

Ainsi la Clinique lui envoie un **document récapitulatif des besoins en temps IADES** pour le mois suivant. Puis la cadre supérieure sage femme du CH intègre ces besoins pour réaliser le planning mensuel des IADES.

MENS	198,8	171,3	162,2	154,1	125,1	128,0	183,3	52,5	195,9	148,8	154,0	90,5	1764,1
TEMPS TRAVAILLE CSV	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	Total
	26,25	35	35	26,25	26,25	24,5	52,5	17,5	26,25	8,75	8,75	14	301,0
	-0,15	2,75	-0,50	-0,50	-1,25	-0,25	-2,25						-2,15
TOTAL REEL CSV	26,10	37,75	34,50	25,75	25,00	24,25	50,25	17,50	26,25	8,75	8,75	14,00	298,85
	35	35	26,25	17,5	26,25	26,25	26,25	8,75	40,25	52,5	17,5	8,75	320,3
		-1,00	-9,75		-2,00	-0,50							-13,25
TOTAL REEL CSV	35,00	34,00	16,50	17,50	24,25	25,75	26,25	8,75	40,25	52,50	17,50	8,75	307,00
	52,5	26,25	43,75	26,25	17,5	26,25	43,75		26,75	26,25	43,75	35	368,0
						-1,50						-2,50	-4,00
TOTAL REEL CSV	52,50	26,25	43,75	26,25	17,50	24,75	43,75		26,75	26,25	43,75	32,50	364,00
	43,75	43,75	8,75	26,25	26,25	22,75	26,25	8,75	31,5	26,25	26,25	14	304,5
	-0,60	-2,50			-3,70	-0,25						-1,00	-8,05
TOTAL REEL CSV	43,15	41,25	8,75	26,25	22,55	22,50	26,25	8,75	31,50	26,25	26,25	13,00	296,45
	26,25	26,25	26,25	26,25	17,5	17,5	22,75	8,75	35	17,5	17,5	8,75	250,3
	-2,50	-3,00	-1,60	-11,70		-0,25			1,10			-2,50	-20,45
TOTAL REEL CSV	23,75	23,25	24,65	14,55	17,50	17,25	22,75	8,75	36,10	17,50	17,50	6,25	229,80
	17,5	8,75	35	43,75	17,5	14	14	8,75	35	17,5	40,25	17,5	269,5
	0,75		-1,00		0,75	-0,50						-1,50	-1,50
TOTAL REEL CSV	18,25	8,75	34,00	43,75	18,25	13,50	14,00	8,75	35,00	17,50	40,25	16,00	268,00

Figure 1 : Exemple de planning de mise à disposition des IADES à la Clinique

Pour les IBODES, la cadre de santé du bloc envoie à la cadre supérieure sage femme du CH un **document récapitulatif du temps passé par les IBODES du CH** au bloc de la clinique pour que cette dernière puisse faire le bilan par rapport à leur temps de travail théorique induit par leur statut.

Rémunération et Remboursement du temps de mise à disposition des IBODES et IADES :

A la fin de chaque semestre, la clinique transmet au CH (direction des ressources humaines), un document récapitulatif des heures passées par l'ensemble des IBODES au bloc obstétrical du CH et au bloc de la Clinique Sud Vendée ainsi que les astreintes. A partir de ces informations, les 2 établissements sont en mesure de réaliser un **état récapitulatif des salaires et astreintes de l'équipe commune pour l'activité sur le bloc chirurgie de la Clinique et le bloc obstétrical du CH**, en identifiant le montant à la charge de chaque partie.

Une **facture** est ainsi réalisée par l'une ou l'autre partie en fonction des charges induites par chacune et conformément aux conventions relative à la constitution de l'équipe commune.

⁸ Monographie pour l'élaboration d'une coopération au sein d'un Bloc opératoire partagé entre le Centre Hospitalier et la Clinique de Fontenay-le-Comte

SALAIRES et ASTREINTES - équipe commune IBODE - IDE - ANNEE 2008						
Intitulés	période	NOM	décompte	coût horaire		montant
astreintes de 15 heures à 20 heures du lundi au vendredi à la charge du centre hospitalier	5 h pr jour *2 agt*52semaine du lundi au vendredi +tps récup soit 1300h par agent -9 feries à ne pas compter = 9*5h=-45h 1300-45=1255h pour 1agt.=2510 pour 2agt	2 IDE	aux taux horaires de l'agent		Décompte T4 IDE centre hospitalier IDE clinique	4 067,06 16 853,37
MONTANT à la CHARGE du CENTRE HOSPITALIER						20 921,33
temps effectif au bloc obstétrical pendant l'astreinte de 15 heures à 20 heures et de 20 heures à 8 heures	personnel du centre hospitalier déjà payé par le CH sur salaire des IBODE et IDE du centre hospitalier		équivalent à 3553,67 € pour 67,62 h pour le CH			
temps effectif au bloc obstétrical pendant l'astreinte de 15 heures à 20 heures et de 20 heures à 8 heures	personnel de la clinique Sud Vendée		357,68 h pour CSV temps d'intervention * 2 heures (car payé en double) diminué du 1/3 temps d'astreintes		Décompte T5	12 845,51
MONTANT à la CHARGE du CENTRE HOSPITALIER						12 845,51
astreintes de nuit de 20 heures à 8 heures (12 heures) samedi - dimanche - jour férié de 8 heures à 8 heures (24 heures) bloc clinique et bloc obstétrical à coût partagé 50/50 2 IDE 1/3 temps d'astreinte	52 semaines pour 1semaine =12*5)+(24h*2)=108h 108h*52semaines =5616h pour 1personne 9 feries en astreinte de 24h =+216h 28 décembre = +24h 5616+216+24=5856 pour l'agent		144,05 pour le CH $((5856 - 144,05) * 22,01) / 3$		Décompte T6	41 906,67
MONTANT à la CHARGE du CENTRE HOSPITALIER						41 906,67
temps de travail effectif du personnel du centre hospitalier au bloc de la clinique pendant astreinte commune de 20h à 8h	144,05 pour le CH payé sur salaire des IBODE et IDE du Centre hospitalier				Décompte T7	7 513,16
MONTANT à REMBOURSER PAR LA CLINIQUE						7 513,16
somme due (si négatif du CH à CSV si positif de CSV à CH)			(= à T7+T0-T1-T2-T3-T4-T5-T6)			-6 833,27

Figure 2 : Etat récapitulatif des salaires et astreintes pour l'équipe commune IBODE -IDE

Remerciements

Tous nos remerciements aux équipes des structures ayant fait l'objet d'une monographie :

Thématique Projet de territoire

- Projet médical de territoire – Région Nord-Pas-de-Calais
- Projet médical de territoire – Région Rhône-Alpes
- Projet gériatrique de territoire autour du CHU de Limoges – Région Limousin

Thématique Filières de soins

- Filière personnes âgées – Syndicat interhospitalier du Bessin
- Filière Périnatal – HAD Toulouse et association Santé Relais Domicile
- Filière Psychiatrie – RPSM 78

Thématique Ressources Humaines

- CH de Vannes-Auray
- Groupement d'employeurs GEM3S Bretagne

Thématique Equipements lourds

- GCS de Radiothérapie – CH de Lens et clinique Pont-Saint-Vaast de Douai
- CH et clinique de Fontenay-le-Comte - Bloc opératoire de la clinique utilisé par le centre hospitalier

Thématique Plateaux techniques pharmacie, biologie

- GCS PUI EHPAD du Territoire de Belfort – Franche-Comté
- Biologie – GCS de Saintonge

Thématique Logistique, fonctions administratives

- Picardie : GCS de stérilisation STERHOSPIC
- Picardie : GCS de stérilisation GCS UCS 80
- Groupement d'achat RESAH-Ile-de-France

Thématique Systèmes d'information

- GCS EMOSIST
- GCS SISRA
- Association REIMP'HOS

Thématique Immobilier

- GCS « Pôle de santé d'Arcachon » entre le Centre Hospitalier et la clinique d'Arcachon
- CH et Clinique de Saint-Tropez

Nos remerciements vont également aux cabinets de conseil qui ont accompagné l'ANAP dans la réalisation des monographies ainsi que dans la rédaction des descriptifs des formes juridiques et des approfondissements thématiques :

<p>C/M/S/ Bureau Francis Lefebvre Lyon</p>	<p>Me Yannick FRANCIA, Me Valéry BRISSON, Me Guillaume BOSSY, Me Mickaël KARPENSCHIF, Me Walter SALAMAND, Me Laurent ROMANO</p>
<p>Exco AESE LYON  Audit - Expertise Comptable - Conseil</p>	<p>Christian ODET</p>
<p> SANESCO</p>	<p>Agathe AXEL, Didier BERGOGNON (COSILOG) Pierre-Olivier BARD (???)</p>
<p>Cekoïa CONSEIL</p>	<p>Dr Jacques SORIA, Jessica CHAMBA</p>
<p>ineum  consultingTM</p>	<p>Christophe KEGHLIAN, Claire CHAUMONT</p>
<p> CERCLH</p>	<p>Bertrand PELLET, Koffi COBOLD</p>
<p> PEA CONSULTING</p>	<p>Jean-François MERCURY</p>

Ce guide a pour objectif
d'aider les Agences régionales
de santé et les établissements
de santé et médico-sociaux
dans le choix et la mise
en œuvre des structures
de coopération.

Il présente les raisons pour lesquelles les établissements coopèrent (l'amélioration de l'accès aux soins pour la population d'un territoire, la raréfaction des moyens humains, la recherche d'économies d'échelle par exemple), les préalables à la mise en place d'une coopération ainsi qu'une méthode de conduite de projet adaptée à une action de coopération.

1

DES
ÉTABLISSEMENTS
TRANSFORMÉS

2

DES PROCESSUS
DE PRODUCTION
EFFICIENTS

3

DES PARCOURS
DE PERSONNES
OPTIMISÉS

4

DES RESSOURCES
HUMAINES
VALORISÉES

5

DES INVESTIS-
SEMENTS
EFFICACES

6

UNE CULTURE
PARTAGÉE
DE LA
PERFORMANCE

Ce document
s'inscrit
dans le cadre
du levier n°3,
« Des parcours
de personnes
optimisés »