

Groupement hospitalier de territoire 93 Est
Convention constitutive

CONTENU

Préambule.....	4
Rappel des références juridiques - visas	5
Partie I : projet médical partagé et projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire	6
Titre 1. Une vision partagée du groupement hospitalier de territoire.....	6
1. Présentation des enjeux stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire	6
2. Présentation des intérêts et attentes communs	7
3. Méthodologie générale d'élaboration du Projet Médical Partagé	8
Titre 2. Présentation du diagnostic stratégique territorial	11
1. La zone de recrutement* des établissements constitutifs du GHT se caractérise par un fort besoin de couverture sanitaire	11
2. Une approche partenariale pertinente au regard du maillage actuel de l'offre.....	18
3. Au regard de l'analyse du territoire et de chacun des établissements, le comité stratégique préfigurateur a pu analyser les forces, faiblesses, opportunités et risques pour le GHT 93	21
Titre 3. Définition des objectifs médicaux du groupement hospitalier de territoire.....	22
Partie II : fonctionnement du groupement hospitalier de territoire	25
Titre 1. Constitution du groupement hospitalier de territoire	25
1. Composition.....	25
2. Dénomination du groupement hospitalier de territoire	26
3. Objet du groupement hospitalier de territoire.....	26
4. Désignation de l'établissement support.....	26
5. Droits et obligations des établissements parties.....	27
Titre 2. Associations et partenariats des établissements ou services au groupement hospitalier de territoire.....	27
Titre 3. Gouvernance	28
1. Le comité stratégique.....	28
2. Le collège médical de groupement.....	29
3. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement	30
4. Le comité territorial des élus locaux	31
5. Le comité des usagers de groupement.....	31
Titre 4. La conférence territoriale de dialogue social.....	32
Titre 5. Fonctionnement	32
Titre 6. Procédure de conciliation.....	33
Titre 7. Amendement.....	34
Titre 8. Communication des informations.....	34

Titre 9. Durée et reconduction34

Préambule

S'appuyant sur leur tradition de service public hospitalier,

- Le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger
- Le centre hospitalier intercommunal André Grégoire
- Le groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil

réaffirment leur volonté, par la constitution du présent groupement hospitalier de territoire 93 Est, de travailler ensemble pour accroître la lisibilité de leur offre de soins et pour conforter les filières de prise en charge dans un objectif d'égal accès aux soins et d'amélioration continue de la qualité des prises en charge hospitalières.

Ils s'engagent à travailler selon les principes de complémentarité et de subsidiarité.

La Seine Saint-Denis se caractérise par un fort dynamisme démographique avec une population plus jeune que la moyenne nationale mais avec des indicateurs de santé et de précarité parmi les plus défavorables. L'offre libérale de soins notamment en médecins spécialistes y est également insuffisante. Dans ce contexte, il est apparu indispensable aux établissements publics de santé signataires de coordonner leurs efforts pour garantir, en tout point du territoire, un service public de santé de qualité.

Les établissements signataires considèrent que le groupement hospitalier de territoire 93 Est favorise la gradation des soins et améliore le parcours du patient en cohérence avec les orientations prioritaires de santé publique portées par l'Agence régionale de santé en ce qui concerne la Seine Saint Denis.

Ouvert sur son territoire de santé, le groupement peut le cas échéant favoriser ou décider d'adopter des organisations supra-groupement.

Rappel des références juridiques - visas

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire,

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

Vu la délibération n°xx du conseil de surveillance du xx du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger,

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier André Grégoire de Montreuil du xx,

Vu l'avis n°xx du xx du conseil de surveillance du GHI Le Raincy-Montfermeil,

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du xx du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger,

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier André Grégoire du xx,

Vu l'avis n° xx du xx de la commission médicale d'établissement du GHI Le Raincy-Montfermeil,

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques xx du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger,

Vu l'avis de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier André Grégoire du xx,

Vu l'avis n° xx du xx de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du GHI Le Raincy-Montfermeil,

Vu l'avis du comité technique d'établissement du xx du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger,

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier André Grégoire du xx,

Vu l'avis n° xx du xx du comité technique d'établissement du GHI Le Raincy- Montfermeil,

Vu les avis des commissions médicales d'établissement relatifs à la mise en place de l'instance médicale commune,

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

Partie I : projet médical partagé et projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire

Article 1 :

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

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

Titre 1. Une vision partagée du groupement hospitalier de territoire

1. PRESENTATION DES ENJEUX STRATEGIQUES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La constitution du GHT, articulée sur la base d'un projet médical partagé, a pour objectif de « garantir, par des synergies territoriales entre hôpitaux publics, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité » dans une « perspective collective centrée sur les besoins des patients », pour reprendre les termes du rapport Hubert-Martineau de février 2016.

Ainsi qu'en dispose le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, le Projet Médical devra comprendre, à terme :

1. Les objectifs médicaux
2. Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
3. L'organisation par filière d'une offre de soins graduée
4. Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :
 - a. La permanence et la continuité des soins
 - b. Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées
 - c. Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle
 - d. Les plateaux techniques
 - e. La prise en charge des urgences et soins non programmés
 - f. L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
 - g. Les activités d'hospitalisation à domicile
 - h. Les activités de prise en charge médico-sociale
5. Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie
6. Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3

7. Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4.
8. Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes
9. Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Porteur d'une offre hospitalière au service d'un territoire à considérer comme une « zone de soins prioritaire », les établissements constitutifs du GHT 93 Est se sont ainsi fixés comme **objectif prioritaire la réduction des inégalités et le renforcement d'une offre de proximité sur les différentes étapes de la chaîne de soins.**

Le **CH d'Aulnay-sous-Bois** (CH Robert Ballanger – CHRB), le **CHI de Montreuil** (CHI André Grégoire - CHIAG) et Le **GHI Le Raincy-Montfermeil** (GHIRLM) se sont engagés dans une démarche de coopération dans le cadre de la constitution dudit GHT.

Le travail mené par les trois établissements a permis de dégager **quatre grands enjeux stratégiques** :



2. PRESENTATION DES INTERETS ET ATTENTES COMMUNS

Les directeurs, les présidents de CME et les coordonnateurs généraux des soins des 3 hôpitaux, ont mené une réflexion collective afin de dégager les valeurs du GHT.

Au service d'un territoire à considérer comme « **Zone de santé prioritaire** », il a donc été initié une stratégie de groupe, dont les **valeurs communes** au sein des établissements membres sont les suivantes :

- La subsidiarité
- La qualité et la sécurité
- L'égalité d'accès
- Le réalisme
- L'éthique
- La solidarité
- Les parcours de soins

3. METHODOLOGIE GENERALE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE

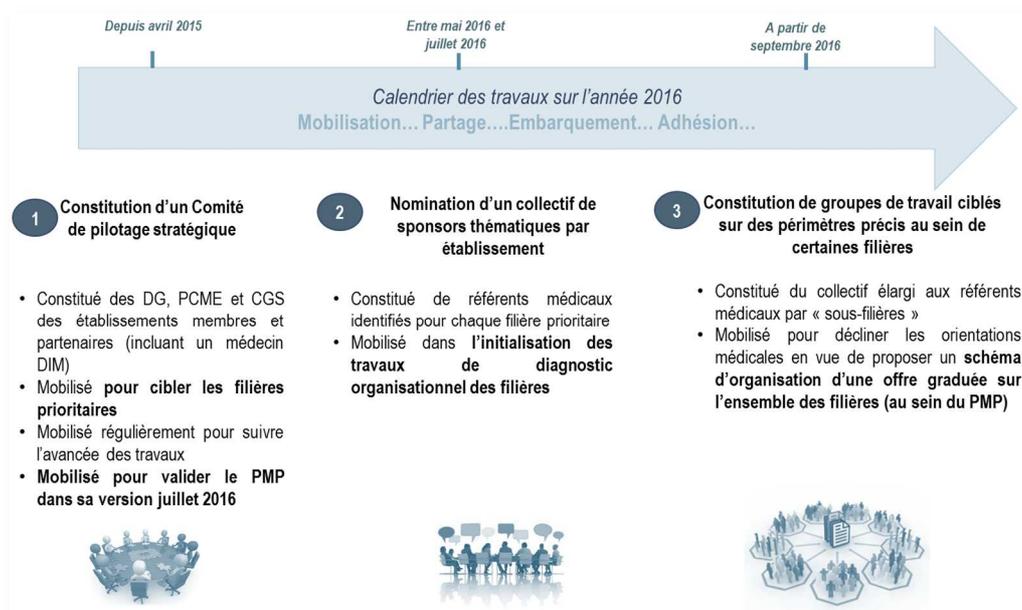
Le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire indique que les établissements hospitaliers publics doivent fixer avant le 1^{er} janvier 2017 un projet médical partagé comprenant des objectifs médicaux et une organisation par filière d'une offre de soins graduée.

Les établissements constitutifs du GHT 93 Est ont mis en place un Comité de pilotage stratégique comprenant les directeurs, présidents de Commission médicale d'établissement et coordonnateurs généraux des soins des établissements membres et partenaires, qui a la charge de suivre l'avancement des travaux et valider le Projet Médical Partagé dans sa version attendue au 1^{er} juillet 2016.

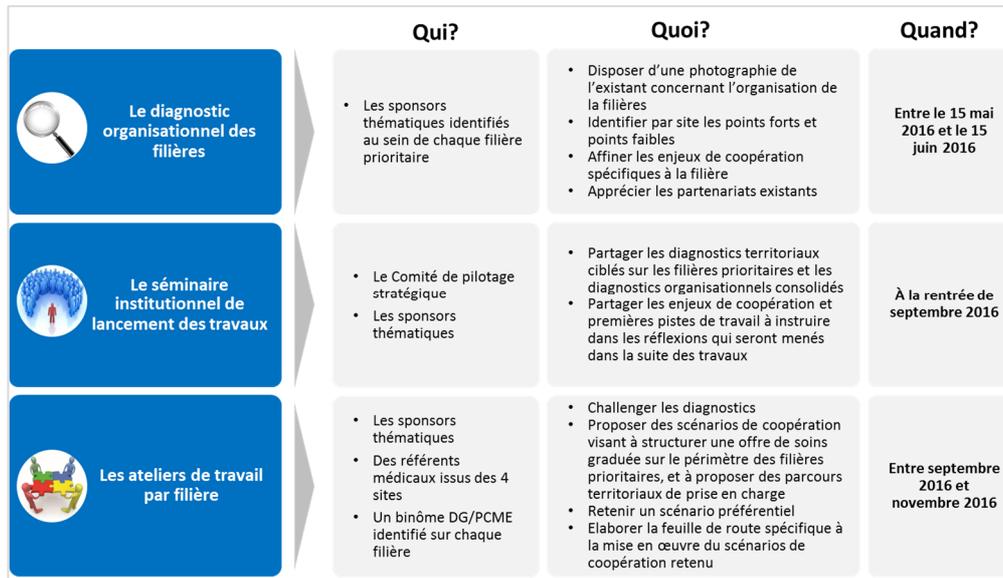
Le Comité de Pilotage Stratégique a retenu cinq partis pris dans l'organisation des travaux relatifs à la mise en place du GHT :

1. Favoriser des **modes de travail participatifs**
2. S'appuyer sur la **mobilisation de l'ensemble des établissements** (chef de projet, COPIL, professionnels de santé, partenaires – notamment AP-HP) et sur les travaux déjà menés pour tenir les délais
3. Développer la **lisibilité de l'offre de soins** auprès de l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins et des patients
4. S'appuyer sur des **démarches de coopération et de GHT déjà existantes** et/ou en cours de réalisation (bonnes pratiques, modalités de traitement des freins)
5. Utiliser le **levier de la vision patient** (à travers les parcours et les filières) d'une part, et des perspectives d'évolution pour chaque établissement d'autre part, pour réfléchir collectivement à des schémas de coopération « opérationnels ».

L'entrée progressive des communautés médicales des 3 établissements constitutifs du GHT doit donc se faire dans un souci d'adhésion et de mobilisation :



Il est prévu que cette démarche collective soit cadencée autour de plusieurs temps forts, qui seront le **diagnostic organisationnel des filières**, le **séminaire institutionnel** de lancement des travaux, et les **ateliers de travail** par filière.



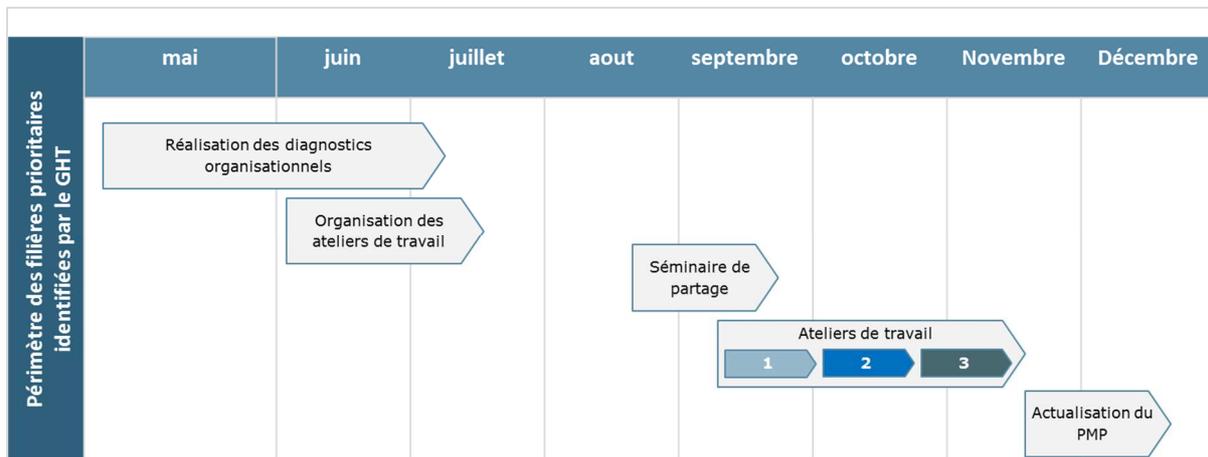
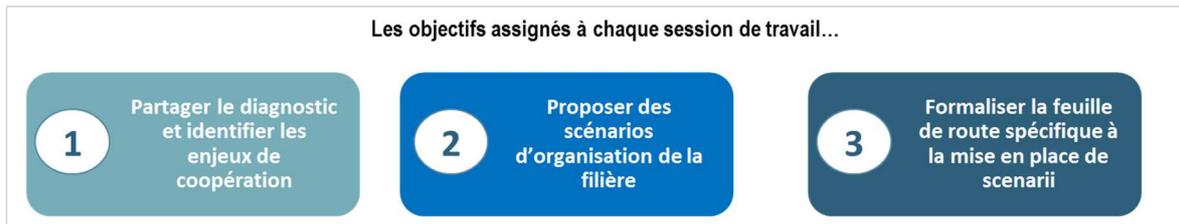
Au lancement de la démarche de travail, un **diagnostic organisationnel** a été initié pour disposer d'une meilleure compréhension des enjeux spécifiques aux filières identifiées, et à chaque étape de prise en charge (prévention, dépistage, diagnostic, ...).

à compléter		Chirurgie/anesthésie						
		Unités fonctionnelles / Capacités / Interventions de primaires						Commentaires
		UF 1	UF 2	UF 3	UF 4	UF 5	UF 6	
		HCMUMS	HCMUMS	HCMUMS	HCMUMS	HCMUMS	HCMUMS	
Donnée 2015 (année plaine)	Horaires de la PODES de nuit (début et fin)							
	Adresses de nuit							
	Cardes de nuit							
Permanence des Soins	Adresses MEUF							
	Cardes MEUF							
	Nombre de passages							
Urgences	Nombre de transferts							
	Établissements destination							
	Libs HC							
Capacités dédiées	Places HU							
	Libs SSR							
	Places SSR							
Activités	Nombre de jours de formation							
	Nombre de consultations							
	Nombre de séjours pédiatriques							
Performance	Nombre d'actes chirurgicaux							
	Nombre d'actes anesthésiques							
	% séjours nécessitant un transfert de second avis (SSS) UC							
Dimensionnement	Taux d'occupation en HC / Taux d'oc en HU retrabé des formateurs							
	CMAS en HC							
	IP-CMAS en HC							

Ce travail va permettre de mieux appréhender les points forts et les points faibles de chaque établissement sur chaque étape de prise en charge, de recenser les bonnes pratiques et innovations à mettre en avant et d'identifier les interfaces et les articulations avec les autres acteurs, dont la médecine de ville (coopération, partenariats, réseaux d'adressage...).

Sur chaque filière, ce diagnostic se double d'un **diagnostic de performance**, nécessaire à la déclinaison médico-économique des nouvelles organisations : organisation de la permanence des soins, organisation des prises en charge aux urgences, capacités dédiées, activité réalisée, performance, dimensionnement RH, ...

Ce diagnostic servira de base de travail aux groupes thématiques qui se réuniront pour réfléchir aux scénarios de coopération qui permettront la mise en place d'une offre de soins graduée capable de répondre au mieux aux besoins des patients du territoire. Les objectifs assignés à ces groupes de travail sont les suivants, s'inscrivant dans un calendrier de travail ambitieux :



Le projet médical partagé doit permettre l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Les établissements de santé doivent, pour répondre aux enjeux actuels de prise en charge, adopter une culture et des modes de travail partagés avec l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins, autour de trois grands axes :

- Renforcer la culture de **santé** (notions de prévention et de parcours) plutôt qu'une culture de soins ;
- Renforcer une logique de **territoires** plutôt qu'une logique hospitalo-centrée ;
- Renforcer les actions centrées sur les **patients** plutôt que celles centrées sur les professionnels.

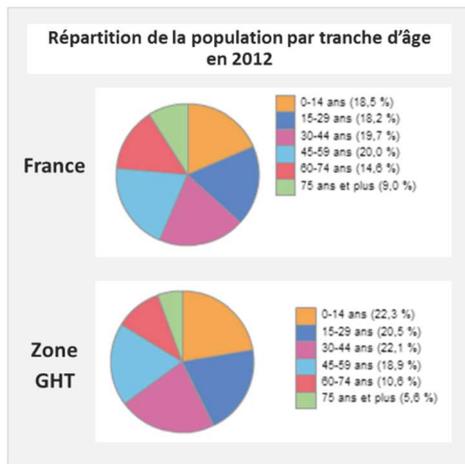
Pour mener à bien cette transition, **le GHT doit promouvoir le travail en filières**, lequel vise à favoriser les synergies entre les établissements pour les patients de l'ensemble du territoire, à chaque étape de leur parcours de soins. Le décret relatif aux groupements hospitaliers de territoire prévoit que « *le projet médical partagé précise la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire par filières. Sa rédaction implique les professionnels médicaux et soignants des spécialités concernées pour chaque filière visée par le projet médical et le projet de soin partagé.* »

La logique sous-jacente de ce travail en filières est de permettre que les habitants de la zone de recrutement des établissements constitutifs du GHT puissent bénéficier des **bons soins** au **bon moment** par les **bons professionnels** dans les **bonnes structures** et ce au **meilleur coût**.

1. LA ZONE DE RECRUTEMENT* DES ETABLISSEMENTS CONSTITUTIFS DU GHT SE CARACTERISE PAR UN FORT BESOIN DE COUVERTURE SANITAIRE

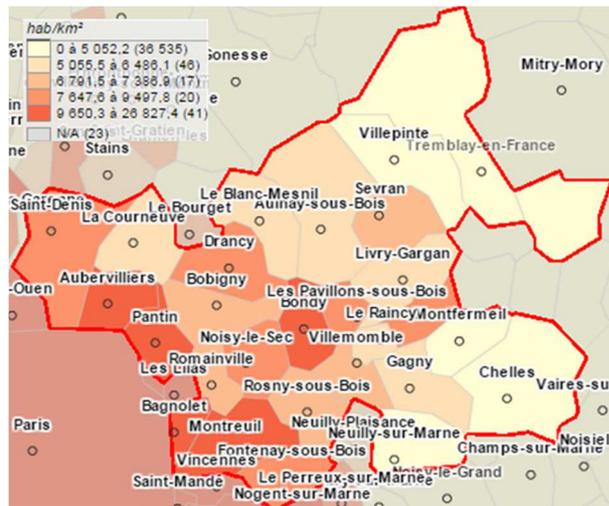
Une population jeune, dynamique et précaire

* Pour les activités MCO, la zone d'attractivité du GHT comprend à la fois des communes hors Seine-Saint-Denis et des communes de Seine-Saint-Denis qui relèvent essentiellement des GHT 93/95. Pour les activités de Psychiatrie, l'Hôpital Robert Ballanger couvre l'intégralité de la Seine-Saint-Denis (à l'exception d'un secteur de pédo-psychiatrie).

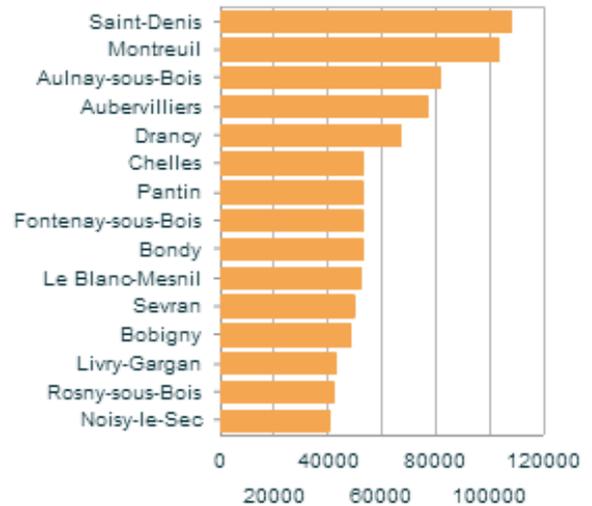


Le bassin de population de la zone de recrutement du GHT se caractérise par une très forte densité de (7 161 habitants/km²), bien supérieure à la moyenne du territoire national (103 habitants/km²). Certaines zones géographiques à proximité de Paris présentent des densités particulièrement élevées : Montreuil (11 605 hab./km²), Fontenay-sous-Bois (9497,8 hab./km²) ou encore Bagnolet (13587 hab./km²). Densément peuplé, ce territoire comptabilisait une population d'**1,3 millions** d'habitants en 2011, soit 13% de la population d'Ile-de-France, les communes les plus peuplées de la zone de recrutement étant Montreuil (102 990 hab.), Saint-Denis (107 747 hab.) et Aulnay-Sous-Bois (81 876 hab.)¹

Densité de population sur le territoire du GHT



Population des principales communes de la zone de recrutement (en nombre) d'habitants



¹ Données INSEE, Densité moyenne de population, 2012

La **dynamique d'évolution de la population reste modérée**, avec un taux de variation annuel atteignant **0,4%**² entre 2007 et 2012, soit un niveau légèrement inférieur à la moyenne nationale (0,5%). Pourtant, le taux d'accroissement naturel de la population était d'**1,3%** en 2012. Cette évolution modérée recèle de fortes disparités entre les communes et s'explique notamment par les flux de population hors zone : les communes de Romainville, Pantin, Aulnay et Bondy ont ainsi enregistré une diminution de leur population tandis que les communes de Saint-Denis et Villeparisis ont connu une croissance sur la période de près de 2%.

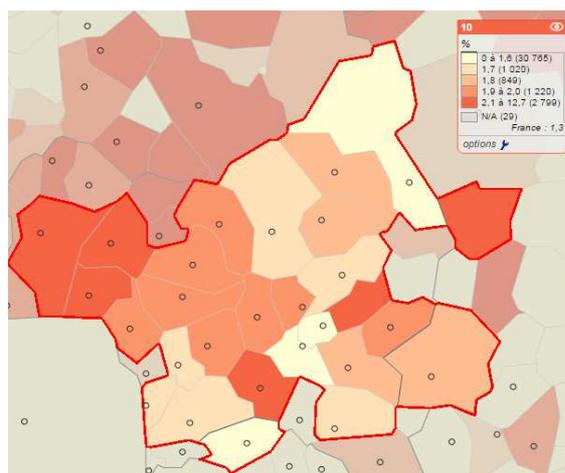
Jeune, près de la moitié de la population du territoire du GHT (**42,8%**) a **moins de 30 ans** (36,7% en France)³, tandis que les plus de 60 ans représentent à peine **15%** de la population, contre **23,6%** au niveau national.

La population est moins affectée qu'ailleurs par le **phénomène de vieillissement**, l'indice de vieillissement moyen (35,8%)⁴ étant bien inférieur à la moyenne nationale (48,5%) sur l'ensemble de la zone de recrutement des établissements membres GHT.

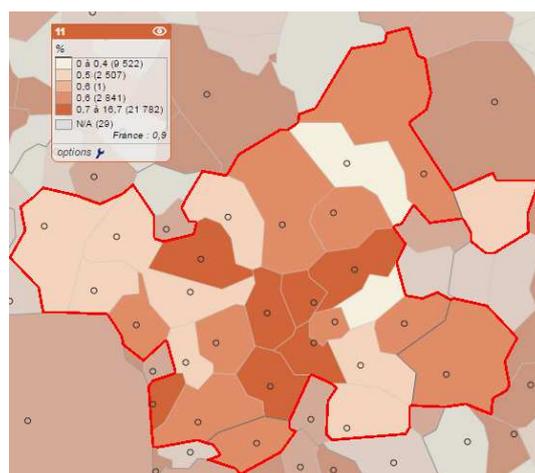
Le dynamisme démographique du territoire s'illustre également au travers d'un **taux de natalité très élevé (1,9%)** par rapport à la moyenne nationale (1,3%) et à l'Ile-de-France (1,5%). Cela recèle néanmoins **de fortes disparités**, les communes du Nord-Ouest de la Seine Saint-Denis présentant des taux particulièrement élevés (2,4% Saint-Denis (93), 2,2% Villeparisis (77), 2,1% Aubervilliers (93)), la zone d'attractivité de Montreuil étant moins dynamique.

Par ailleurs, le **taux de mortalité** sur le territoire du GHT 93 (**0,6%**)⁵ est plus faible que la moyenne du territoire national (0,9%). Ce taux faible s'explique probablement par la structure d'âge de la population, nettement plus jeune en Seine-Saint-Denis qu'en Ile-de-France ou en France, et par les nombreux départs du département au moment de la retraite. En considérant les taux de mortalité par âge, la situation est moins favorable, avec des taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) des hommes et des femmes fortement supérieurs (260 pour 100 000 H / 130 pour 100 000 F) à la moyenne régionale (227 H / 116 F pour 100 000).

Un taux de natalité très élevé (1,9%)



Un taux de mortalité inférieur à la moyenne nationale (0,6%)



² Données INSEE, Évolution de la population au 1er janvier 2014

³ Données INSEE, Population par âge, 2012

⁴ Données INSEE, Vieillesse de la population 2012

⁵ Données INSEE, taux de mortalité, rapporté à la population / Taux de natalité, rapporté à la population, 2012

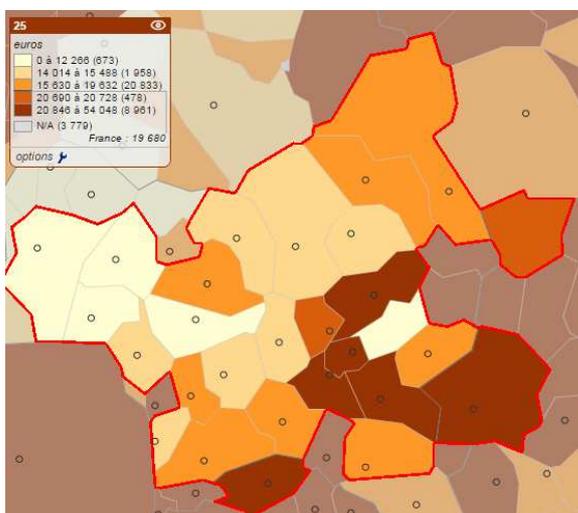
L'analyse des **indicateurs sociaux et économiques** du territoire du GHT met en lumière les fortes disparités entre les différentes zones du territoire.

La structure socioprofessionnelle de la population ne présente pas de spécificités majeures, hormis la part centrale des métiers du tertiaire et une part de retraités plus faible que sur le territoire national.

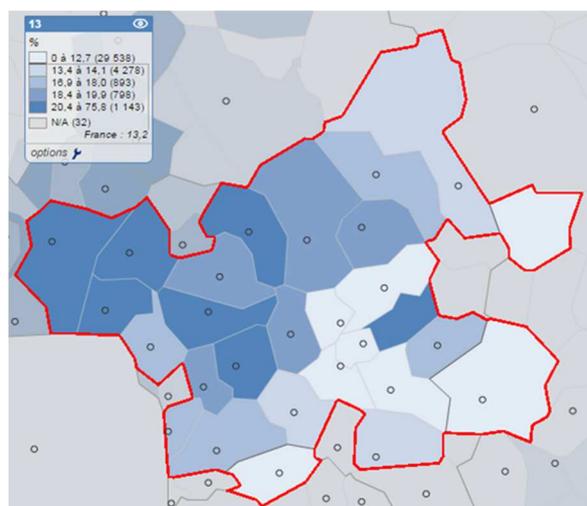
La population du GHT présente néanmoins des **caractéristiques socioéconomiques précaires**⁶, avec des **disparités marquées entre le Nord du territoire**⁷, plus précaire, et le Sud-Est⁸ où les indicateurs sont moins défavorables :

- Un taux de chômage moyen de **17%**, fortement supérieur à la moyenne nationale (13,2%) et avec de fortes disparités sur la zone, les communes du Nord de la Seine-Saint-Denis étant particulièrement touchées ;
- Une part de la population non scolarisée et sans diplôme qui atteint **26,9%**, supérieure à la moyenne nationale (**18,2%** en 2011) ; la cartographie des communes les plus touchées étant corrélée à celle du chômage ;
- Un **revenu fiscal médian** en 2012 inférieur à la moyenne nationale sur le territoire : **16 991€** (France : 19 680€). Les communes du bassin de recrutement du CHIM sont parmi les moins aisées, la patientèle du GHILRM étant nettement moins défavorisée ;
- En 2014, le taux de **bénéficiaires du RSA** en Seine Saint-Denis (**9,6%**)⁹ est très supérieur à la moyenne nationale (**5,9%**), de même que le taux de couverture CMU¹⁰ (**13,9** pour 100 habitants contre **6,8** au niveau régional et **7,5** au niveau national).

Niveau de revenu médian



Taux de chômage de la population active



⁶ Données INSEE, 2012

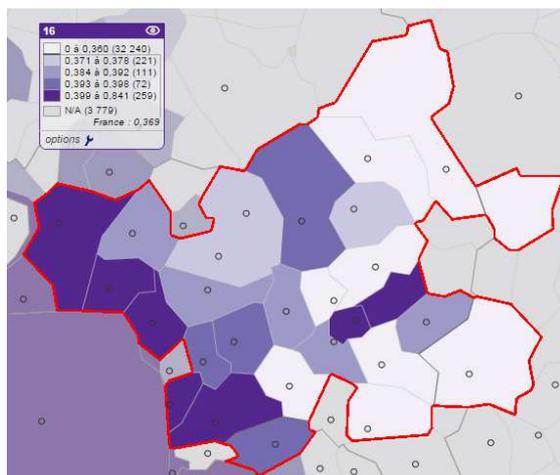
⁷ Nord : Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Aubervilliers, Bobigny, Saint-Denis, Blanc-Mesnil, Drancy

⁸ Sud-Est : Chelles, Gagny, Livry Gargan, Les Pavillons sous-Bois, Fontenay-sous-Bois

⁹ Répartition des allocataires du RSA par département, 2014, CNAF

¹⁰ Données INSEE, Prestations et aides sociales en 2014 : Île-de-France par département, 2014

Indice Gini



Enfin, si l'indice Gini¹¹ est proche de la moyenne nationale (**0,4**), l'analyse fine du territoire présente des **disparités marquées, avec notamment de fortes inégalités économiques** sur la zone limitrophe de Paris.

Ces problématiques de précarité dans le département ont un impact concret et conséquent sur les modalités de prise en charge médicale au sein du territoire.

Une offre hospitalière fortement sollicitée, qui se révèle pourtant insuffisante face aux besoins du territoire

■ Une fragilisation des habitants du territoire de santé

Ces conditions socio-économiques précaires peuvent en partie expliquer la fragilisation observée de la population, la Seine-Saint-Denis présentant des caractéristiques épidémiologiques relativement défavorables et inférieures à la moyenne du territoire régional.

En particulier, l'espérance de vie à la naissance en Seine-Saint-Denis, bien qu'en hausse, est la plus faible d'Ile-de-France (moyenne : 80,2) : 79 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes¹². L'analyse des taux de mortalité souligne la **surmortalité infantile** (4,8 ‰) et juvénile du département, ce taux étant le plus élevé de la région Ile de France (moy : 3,8 ‰)¹³. Ce taux est cependant en voie de diminution, notamment grâce à des projets tels que RÉMI (Réduire la Mortalité Infantile et périnatale).

Par ailleurs, si le **taux de mortalité prématurée** (avant 65 ans)¹⁴ **des hommes** est légèrement inférieur (260 pour 100 000 habitants) à la moyenne du territoire national (270), il reste fortement supérieur à la moyenne régionale (227) et **supérieur à ces deux niveaux géographiques** pour la femme (130 pour 100 000 habitants contre respectivement 116 et 123 en région Ile-de-France et au niveau national).

¹¹ L'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1 (= 0 dans une situation d'égalité parfaite).

¹² Données INSEE, Espérance de vie au 1er janvier 2013

¹³ Rapport RÉMI, Insee, Exploitation ORS IDF

¹⁴ Données INSERM – CepiDc, Taux comparatifs de mortalité prématurée, Décès avant 65 ans par pathologie pour 100 000 habitants, années 2009-2010-2011

Plus spécifiquement, l'analyse des pathologies affectant la population du département de la Seine-Saint-Denis confirme l'enjeu d'une couverture de santé optimale :

- Les habitants du territoire de santé souffrent de plus en plus de **maladies chroniques**. A titre d'exemple, si les **taux standardisés d'admission en ALD** sont en baisse, ils restent élevés pour les **maladies cardiovasculaires** (815,3 pour 100 000 habitants vs. 791,3 France) et le **diabète** (516,8 pour 100 000 habitants vs. 351,8 France)¹⁵. Ainsi, la **prévalence du diabète** en Seine-Saint-Denis en 2013 atteignait **5,4%**¹⁶, contre **4,6%** à Paris. Le département 93 enregistre également le plus fort taux d'admission pour **maladies respiratoires** de la région (118H, 96F pour 100 000 habitants). De même, le taux standardisé d'admission en ALD pour **troubles mentaux** est de 222 pour 100 000 habitants en 2012, contre 2013 en France.
- En Seine-Saint-Denis, le **cancer** est la première cause de **mortalité prématurée** au sein de la population (35% des cas)¹⁷ et présente une surmortalité significative par rapport au niveau régional (98,2 pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis vs. 88,7 en IDF). La corrélation entre le profil socioéconomique de la population et les indices de surmortalité et de surmortalité prématurée existe et s'observe particulièrement pour la maladie cancéreuse. De façon générale, l'ensemble des études montrent un **excès de risques pour les hommes dans les classes sociales défavorisées**, notamment pour les cancers des poumons et des voies aérodigestives supérieures, qui ne peut être expliqué uniquement par les facteurs de risques classiquement évoqués (alcool et tabac). L'exposition à des cancérigènes dans l'environnement professionnel est de plus en plus souvent suspectée. Cette corrélation a été également observée pour le cancer du sein chez les femmes.
- La Seine-Saint-Denis est le département le plus touché de la région par le **VIH**¹⁸, avec un taux de découverte de séropositivité de 32,30 pour 100 000 habitants en 2011, contre une moyenne de 22,7 sur la zone.

■ **Un déficit constaté d'offre en médecine libérale**

Face à ce fort besoin de santé de la population, **l'offre de soins en médecine libérale est aujourd'hui insuffisante** : la Seine-Saint-Denis est, avec la Seine et Marne, le département, le plus en deçà des moyennes de démographie médicale d'Ile-de-France, et ce particulièrement pour les médecines très spécialisées et l'obstétrique (médecins et sages-femmes).

Ces faibles densités de professionnels libéraux accentuent les inégalités d'accès aux soins et renforcent le rôle de proximité des établissements de santé du GHT. Au regard de la structure d'âge de la population médicale, cette situation de déficit ne devrait pas s'améliorer dans les années à venir, notamment pour la médecine générale.

¹⁵ SCORE Santé, Taux d'admission en ALD, 2013

¹⁶ SCORE Santé, Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par sexe et classe d'âge dans chacun des départements de France (hors Mayotte), en 2013

¹⁷ Données INSERM – CepiDc, Taux comparatifs de mortalité prématurée, Décès avant 65 ans par pathologie pour 100 000 habitants, années 2009-2010-2011

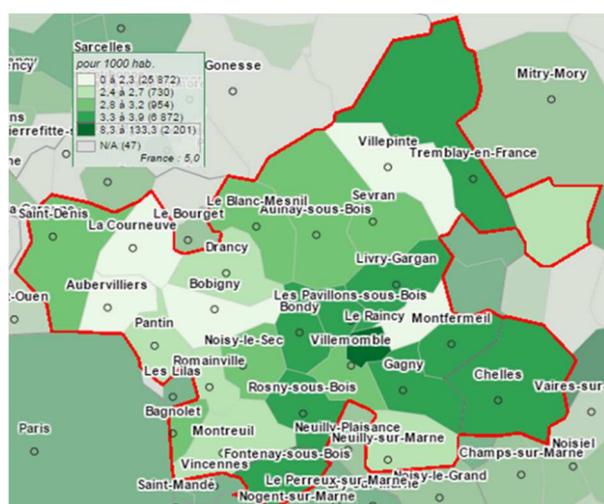
¹⁸ Repères sur la santé en IDF, ORS IDF, 2015

Nombre et densité des professionnels de santé pour 100 000 habitants¹⁹

	Nombre de médecins (2014)	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Tous médecins	Libéraux généralistes	Libéraux spécialistes
Paris	18 133	246	569	815	131	268
Seine-et-Marne	3 063	108	114	222	79	66
Yvelines	4 321	135	169	304	94	102
Essonne	3 346	128	137	264	85	81
Hauts-de-Seine	6 483	165	241	406	91	125
Seine-Saint-Denis	4 158	124	142	266	74	64
Val-de-Marne	5 067	139	233	372	85	94
Val-d'Oise	3 142	121	140	261	83	77
France	222150	155	181	337	93	122
Île-de-France	47 713	153	244	397	106	94

■ Une densité médicale inférieure à la moyenne nationale

Densité médicale pour 1000 habitants²⁰



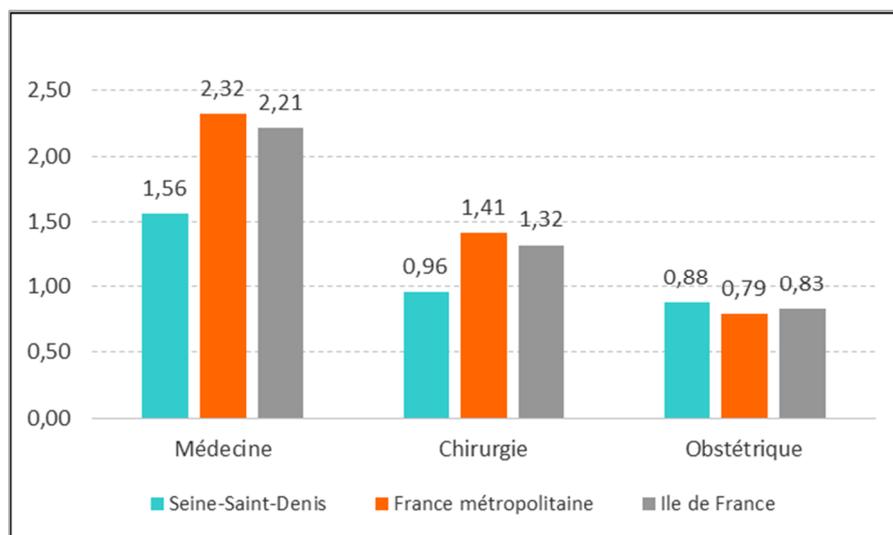
La densité médicale ²¹ sur la zone du GHT 93 Est présente de fortes disparités, les communes de la zone de recrutement de Montreuil étant particulièrement mal dotées, avec une densité de 2,7 médecins spécialistes et généralistes sur la commune pour 1000 habitants, contre 5 au niveau national. Cette moindre offre de médecine libérale est en partie compensée par l'offre hospitalière, qui reste néanmoins insuffisante au regard des standards nationaux. En effet, le nombre de lits pour 1000 habitants est inférieur à la moyenne nationale en médecine et en chirurgie (cf. graphique ci-dessous).

19 Source : DREES - ARS - ADELI - FINISS - ASIP-RPPS, 2014

20 Source : Finiss, INSEE 2014

21 Nombre de médecins généralistes ou spécialistes libéraux sur le territoire pour 1000 habitants (base insee + Finiss)

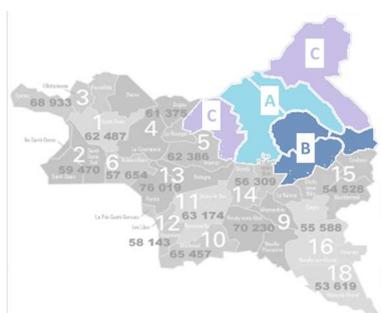
Taux d'équipement lits et places pour 1000 habitants²²



L'offre de soins hospitaliers du département de Seine-Saint-Denis est en effet relativement dense, avec **quatre centres hospitaliers** (Saint-Denis, Montreuil, Montfermeil et Aulnay), sans compter les trois sites de l'AP-HP implantés sur le département avec le groupe hospitalier 93 : Avicenne, J. Verdier, et René Muret.

En psychiatrie, l'organisation repose sur l'EPS ville Evrard et sur le CHI Robert Ballanger qui intervient sur 6 secteurs de psychiatrie adulte et un intersecteur de pédopsychiatrie. Les patients sont très majoritairement originaires Seine Saint Denis (93%). Seuls 4% proviennent des autres départements de la région et 3% du reste de la France. Il est important de préciser que 3 secteurs adultes dépendent du Centre Hospitalier Robert Ballanger :

- Le **secteur A** comprenant les communes suivantes : **Aulnay-sous-Bois et Villepinte**
- Le **secteur B** couvrant les communes suivantes : **Le Blanc-Mesnil et Tremblay-en-France**
- Le **secteur C** couvrant les communes suivantes : **Livry-Gargan, Sevrans et Vaujours**



Le taux de recours moyen aux soins est demeuré relativement stable entre 2013 et 2014 (23 patients pour 1000 habitants). Néanmoins, des disparités sont à relever entre les secteurs. 4 secteurs présentent un taux plus élevé que la moyenne : Montreuil (29 pour 1000), Bondy (27 pour 1000), Aubervilliers (27 pour 1000) et Saint-Denis (26 pour 1000). Il est à noter une augmentation importante des hospitalisations sans consentement (+6,7% de 37 491 en 2013 à 40

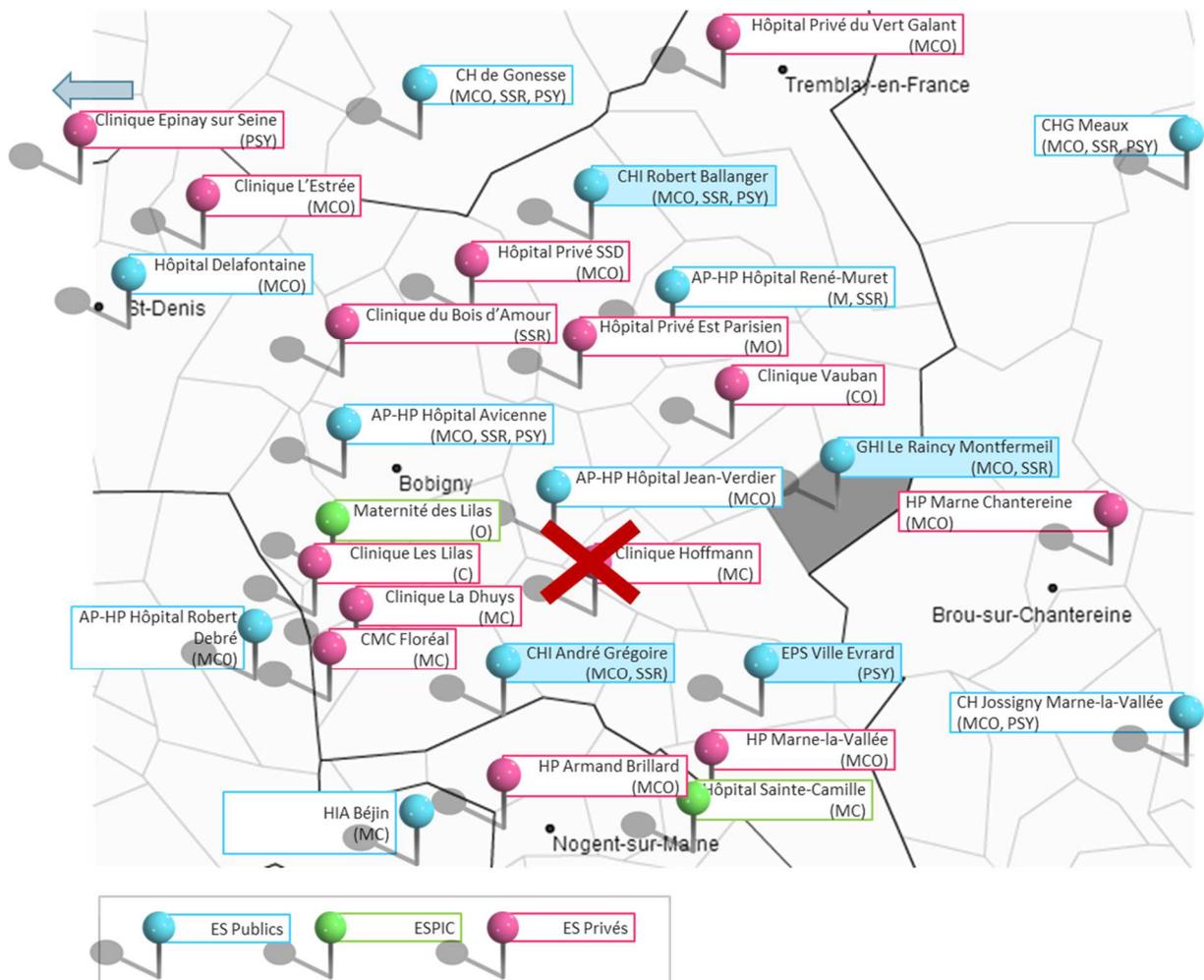
²² Source : ARS et Drees, SAE ; Insee, estimations de population, 2014

009 en 2014), notamment due à l'augmentation des soins sur décision du représentant de l'Etat (+30,2%).

2. UNE APPROCHE PARTENARIALE PERTINENTE AU REGARD DU MAILLAGE ACTUEL DE L'OFFRE

Le territoire dispose de nombreux établissements de santé mais d'une médecine de ville faible et en déclin

L'analyse de l'offre du territoire fait apparaître un **maillage hospitalier dense**, doté en grand nombre d'établissements publics et privés MCO et un rayonnement de l'AP-HP important.



L'offre de santé est cependant en cours de transformation : outre la restriction d'activités de l'hôpital Bégin (notamment de sa maternité), la **très récente fermeture de la Clinique Hoffmann** (97 lits en médecine dont 4 de surveillance continue, 25 lits en chirurgie et 20 places en chirurgie ambulatoire) devrait d'une part entraîner un report de passages aux urgences vers

les hôpitaux de proximité et d'autre part limiter les solutions d'aval de médecine pour ces établissements.

Des coopérations ont déjà été engagées entre les établissements constitutifs du GHT

Sur leur territoire, les établissements constitutifs du GHT ont déjà engagé des coopérations, entre eux et avec les établissements du CHU, sur différentes filières (liste non exhaustive) :

- **Cardiologie :**
 - Il existe une filière de prise en charge des patients coronariens entre le CHIAG et l'hôpital Avicenne : le CHIAG prend en charge les syndromes coronariens aigus se présentant aux urgences d'Avicenne et réalise de façon préférentielle les actes de coronarographie et d'angioplastie des patients hospitalisés dans le service de cardiologie d'Avicenne.
 - Les patients du CHIAG sont quant à eux adressés à Avicenne de façon préférentielle pour les activités de rythmologie sans autorisation et pratiquées sur ce site.
 - Avicenne (et de façon plus récente Aulnay) adresse sur Montfermeil la rythmologie avec autorisation (DAI, ablation).
- **Chirurgie :**
 - Les équipes chirurgicales du CHIAG réalisent des interventions pour cancers digestifs sur le site de l'hôpital Avicenne et pour cancers gynécologiques sur le site de Jean-Verdier.
 - Une coopération existe également entre les trois établissements en chirurgie pédiatrique, les interventions pouvant être réalisées sur le site de Montreuil par un chirurgien d'Aulnay.
 - Il existe une équipe départementale de chirurgie urologique regroupant les hôpitaux du GHT mais également ceux du GHU HUPSSD ;
- **Pédiatrie et Périnatalité :**
 - Le CHIAG constitue le centre de périnatalité de niveau 3 de référence pour les établissements du territoire, en particulier le GHU, le GHILRM et le CHRB.
- **Hématologie clinique :**
 - Dans le cadre d'une convention de partenariat, le CHIAG bénéficie de la présence un jour par semaine d'un médecin hématologue du GHILRM, à la fois pour des consultations externes et pour des patients hospitalisés.
 - Il existe un partenariat de même nature entre le CHRB et les HUPSSD ;
- **ORL :**
 - Des consultations d'ORL sont réalisées sur le site de l'hôpital Jean-Verdier (GHUPSSD) par l'équipe d'ORL du CHIAG. Les patients nécessitant une intervention chirurgicale sont orientés vers le CHIAG.
 - Le GHI Montfermeil assure la couverture de l'activité d'ORL d'Avicenne.
- **Anatomie pathologique :**
 - L'activité d'anatomo-pathologie est réalisée de longue date par le GHILRM pour le compte du CHIAG.
- **Stérilisation :**
 - Un accord d'externalisation de l'activité de stérilisation a été mis en place entre le GHILRM et le CHRB.
- **Chirurgie plastique et réparatrice :**
 - Le CH d'Aulnay assure une activité de chirurgie plastique et réparatrice sur les sites de Jean Verdier et d'Avicenne.

■ **Chirurgie pédiatrique :**

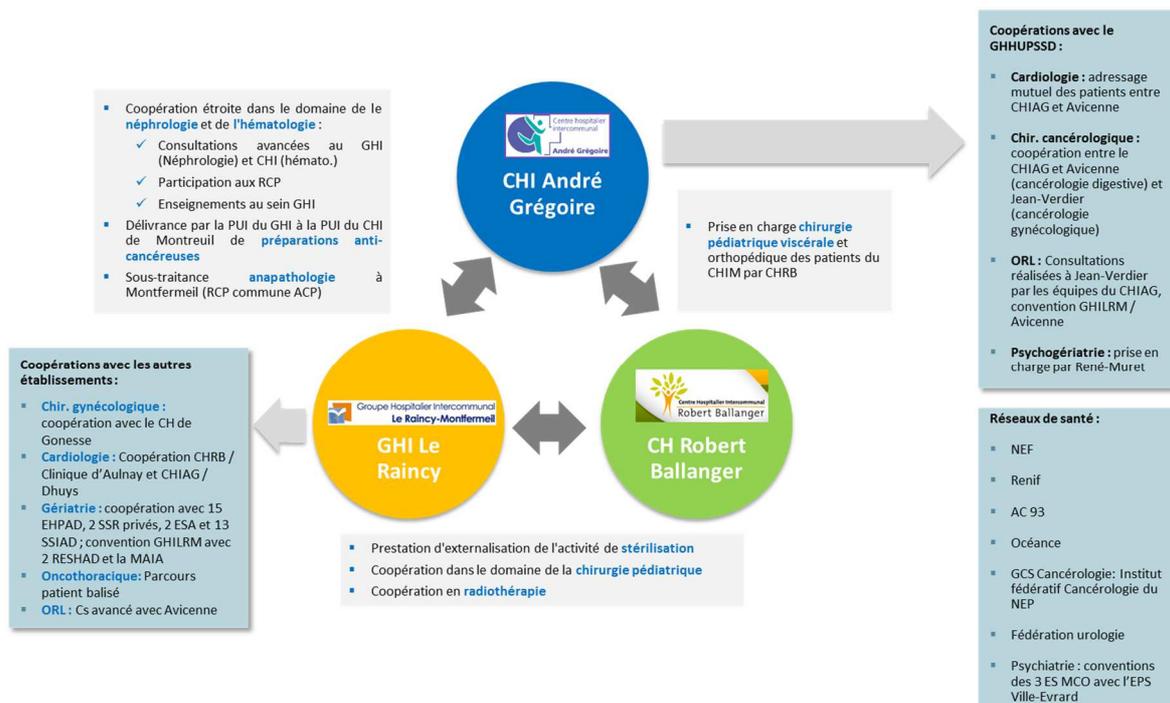
- Les chirurgiens pédiatriques du CHIRB assurent depuis plusieurs années des consultations avancées dans les hôpitaux de Montfermeil et Montreuil, ainsi qu'une activité chirurgicale ambulatoire à Montreuil depuis 2013. Des consultations avancées avec d'autres établissements sont assurées par les chirurgiens du CHIRB : Gonesse (viscéral pédiatrique) ainsi que de la chirurgie ambulatoire depuis 2012, et consultations à Jean Verdier (orthopédie pédiatrique)
- Le CHIRB est dans un Réseau de chirurgie pédiatrique de l'Est-parisien (RECI-EP) depuis 2006 avec Trousseau et l'hôpital de Bry s/marne.

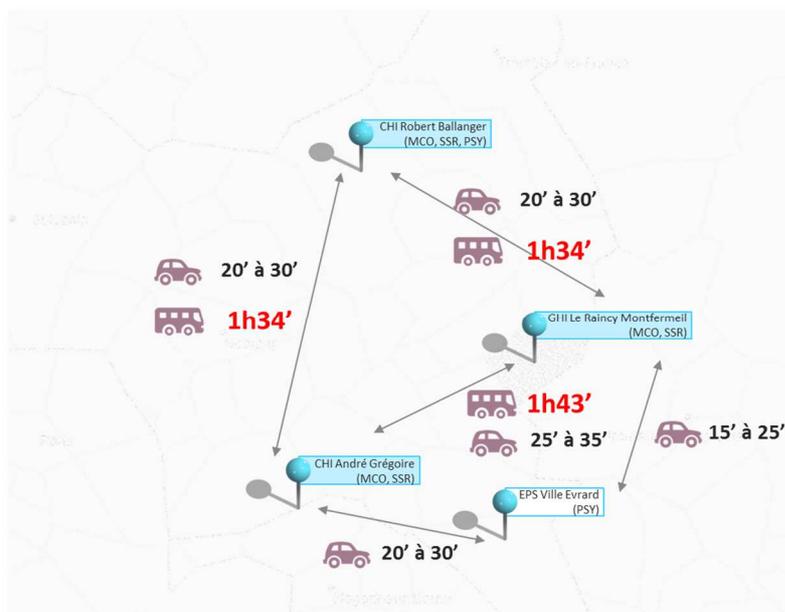
■ **Gériatrie :**

- Une coopération existe avec l'hôpital René Muret (GHU PSSD) pour la prise en charge des patients en psychogériatrie.

■ **Santé mentale :**

- A l'exception du CHRB qui gère 6 secteurs de psychiatrie adulte et 1 intersecteur de pédopsychiatrie dans le nord du département les établissements MCO constitutifs du GHT sont associés de longue date, par convention, avec l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard, qui assure la prise en charge des urgences psychiatriques ainsi que les avis spécialisés dans les services au CHIAG et au GHILRM.
- Un site de l'EPS Ville-Evrard est implanté au CHIAG et une convention spécifique lie le CSAPA du GHILRM et l'EPSVE.
- A Montreuil, des partenariats ont été mis en place pour la psychiatrie de liaison périnatale et pour la prise en charge des urgences psychiatriques adolescents, et une convention de mise à disposition de locaux a été signée pour « Ado Montreuil » et le CAUP.
- Une convention lie également l'EPSVE à l'hôpital Jean-Verdier pour l'UNIDEP (dépistage précoce de l'autisme).





Si les établissements sont facilement accessibles entre eux en voiture hors période de forte circulation, leur accessibilité reste limitée par des **infrastructures de transport au maillage peu adapté** :

- Seul le CHRB est directement accessible sur une ligne de métro ou de RER ;
- Il n'existe pas de lignes directes en transports en communs entre les hôpitaux (à l'exception du RER desservant le CHRB).

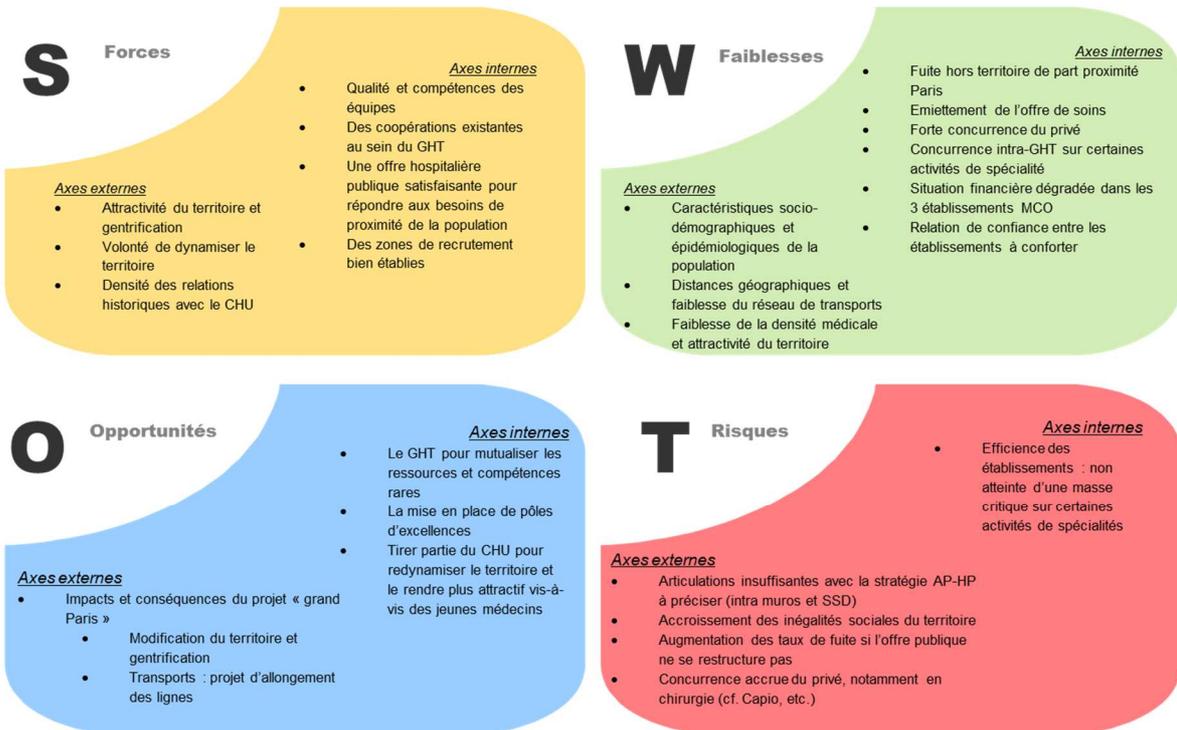
En partie responsable des fuites vers Paris, les difficultés de circulation au sein du territoire sont particulièrement marquées avec des impacts clairs en matière d'adressage des patients entre les établissements du 93. Cependant, les projets de ligne 11 et 16 du métro et de ligne T4 devraient à la fois renforcer l'attractivité de ces établissements et en renforcer l'accessibilité à partir de 2022 :

- entre le CH d'Aulnay et GHI Montfermeil grâce à la ligne 16 (3 stations de métro)
- entre le GHI Montfermeil et le CHI Montreuil grâce à la ligne T4 (15 arrêts de tramway)

Ces modifications vont renforcer l'accessibilité des centres hospitaliers sur les communes les plus enclavées dans l'Est du 93, même si l'accessibilité entre Aulnay et Montreuil restera toujours compliquée en transports en commun (tramway + métro).

3. AU REGARD DE L'ANALYSE DU TERRITOIRE ET DE CHACUN DES ETABLISSEMENTS, LE COMITE STRATEGIQUE PREFIGURATEUR A PU ANALYSER LES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET RISQUES POUR LE GHT 93

Lors de la réunion du CSP du GHP 93 Est le 17 mai 2016, les directeurs, directeur des soins et PCME présent des trois établissements constitutifs du GHT ont mené une réflexion collective sur la situation du GHT. Cela a permis d'identifier ses forces et ses faiblesses actuelles, ainsi que les opportunités et les risques auxquels il doit se préparer :



Titre 3. Définition des objectifs médicaux du groupement hospitalier de territoire

Pour faire face aux enjeux stratégiques auxquels ils font face sur leur territoire, les établissements constitutifs du GHT 93 Est ont défini des objectifs médicaux et identifié des leviers d'actions prioritaires.

- 1 REPONSE AUX BESOINS DE SANTE**

 - Répondre aux besoins de santé et **améliorer l'organisation des parcours de santé**. Les caractéristiques de la population nécessitent une approche spécifique au regard des enjeux du territoire
 - Faciliter et rendre plus visibles et lisibles** les parcours de santé au sein du territoire
- 2 MAILLAGE TERRITORIAL**

 - Renforcer le maillage territorial au sein du GHT (en respectant les secteurs psychiatriques) et avec l'ensemble des partenaires (Le CHU, la médecine de ville, les opérateurs médico-sociaux), en **garantissant à la fois des soins de proximité, des spécialités et en se donnant les moyens d'organiser le recours**
- 3 ATTRACTIVITE et FIDELISATION**

 - Développer des partenariats renforcés avec le CHU et au sein du GHT pour **améliorer l'attractivité et la fidélisation des personnels de santé**
- 4 QUALITE ET SECURITE DES SOINS, PERFORMANCE ET EFFICIENCE**

 - Développer une **culture commune de la qualité et de la sécurité des soins**
 - Améliorer les prises en charge pour les **rendre plus fluides et mieux coordonnées avec l'amont et l'aval**
 - Accompagner le **virage ambulatoire**
 - Promouvoir la pertinence** des actes et prises en charge
 - Définir une **politique d'investissement concertée**

1. REPONDRE AUX BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

Le GHT doit **pouvoir répondre aux particularités démographiques, socio-économiques et épidémiologiques (taux de natalité élevé, surmortalité infantile supérieure à la moyenne, forts taux de bénéficiaires de la CMU et du RSA, taux de chômage élevé, forte prévalence des maladies chroniques, des infections au VIH et du cancer...)** de sa zone de recrutement **en offrant des modes de prise en charge diversifiés**, par exemple le développement de la prévention, de l'éducation thérapeutique pour la prise en charge des maladies chroniques (diabète, cancer) ou par le développement des activités de dépistage.

2. AMELIORER LE MAILLAGE TERRITORIAL

Afin de répondre aux besoins de soins du territoire, le GHT **devra assurer des soins de proximité, de spécialité et de recours, en intra-GHT et en renforçant les interactions avec le CHU.**

Dans un souci de réduction des inégalités territoriales, le **renforcement des coopérations du GHT** permettra un maillage plus efficace de l'offre de soins.

Ce maillage, allant de la prévention et du dépistage plus précoce (généralisation des consultations avancées), jusqu'à l'organisation du recours, structurera les activités de proximité et de spécialité, pour des soins urgents et programmés, au sein du territoire de santé.

Il renforcera l'articulation avec la médecine de ville, le médico-social, les structures de prise en charge à domicile et les réseaux.

Cet objectif devra s'appuyer sur le réseau des coopérations et partenariats déjà existant et visera à les développer.

3. AMELIORER L'ATTRACTIVITE ET FIDELISER LES PERSONNELS DE SANTE

Dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et soignantes tant en ville qu'au sein des établissements de santé, et afin de répondre aux objectifs relatifs à la qualité de la prise en charge et au maillage territorial, **il est primordial de travailler sur l'attractivité du GHT et la fidélisation de ses personnels :**

- **L'acquisition, le partage et le développement de compétences** ainsi que la promotion de nouveaux métiers au travers de la coordination de la formation initiale et continue
- La mise **en place d'actions visant à réduire la rotation des professionnels paramédicaux et en réponse aux pénuries de certaines catégories professionnelles ainsi qu'au manque d'attractivité de certaines disciplines.** Ces actions sont formalisées dans le projet de soins partagé du GHT
- **L'attractivité des carrières hospitalières** à travers la structuration en relation étroite avec le CHU de parcours professionnels pour les personnels médicaux, permettant une meilleure coordination :
 - Dans la politique de gestion et d'affectation des externes et des internes
 - Dans le développement de postes médicaux partagés

- Dans une démarche convergente en matière d'enseignement et de recherche

Par ailleurs, le GHT souhaite poursuivre et développer des actions de coopération avec les professionnels de santé du territoire (formation continue, temps d'échange et de partage, communication, recherche, ...), afin de favoriser, à son niveau, l'attractivité du territoire.

4. DEVELOPPER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS, LA PERFORMANCE ET L'EFFICIENCE

Les objectifs suivants ont été retenus :

- Le développement d'une **culture commune de la qualité et de la sécurité des soins**
- L'accompagnement du **virage ambulatoire** notamment à travers la promotion des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle
- L'encouragement de la **pertinence des actes, des prescriptions et des prises en charge**
- La définition d'une **politique d'investissements concertée**
- L'optimisation des **parcours patients intra et extrahospitaliers** en renforçant la coordination tant en amont qu'en aval

Partie II : fonctionnement du groupement hospitalier de territoire

Article 2 :

Les établissements parties prenantes, s'accordent à rechercher le consensus dans toutes leurs décisions et à respecter une représentation équilibrée de chacun des établissements pour l'exercice des principales fonctions du groupement.

En cas d'absence de consensus, les décisions seront soumises au vote du comité stratégique selon les modalités définies dans le règlement intérieur du groupement.

Titre 1. Constitution du groupement hospitalier de territoire

1. Composition

Article 3 :

Les établissements suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, dont le siège est Boulevard Robert Ballanger, 93602 Aulnay-sous-Bois ;

Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, dont le siège est 56 Boulevard de la Boissière, 93100 Montreuil

Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy–Montfermeil, dont le siège est 10 Rue du Général Leclerc, 93370 Montfermeil ;

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social public peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention. Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du groupement dans le cadre de l'article 19 de la présente convention.

2. Dénomination du groupement hospitalier de territoire

Article 4 :

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE 93 Est »

3. Objet du groupement hospitalier de territoire

Article 5 :

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

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

Il favorise la rationalisation des modes de gestion et l'efficacité par la mise en commun progressive de fonctions et le cas échéant par une organisation transversale des activités entre les établissements parties, dans le cadre des instances du groupement.

4. Désignation de l'établissement support

Article 6 :

Conformément aux dispositions de l'article L6132-2 du code de la santé publique, l'établissement support du groupement hospitalier de territoire est désigné par le directeur de l'Agence Régionale de Santé après avis du comité territorial des élus.

5. Droits et obligations des établissements parties

Article 7 :

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

Un établissement peut être partie, associé ou partenaire, sans préjudice des coopérations déjà engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé.

Les nouveaux partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention.

Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement, et notamment dans le respect de la destination des dotations annuelles de fonctionnement.

Titre 2. Associations et partenariats des établissements ou services au groupement hospitalier de territoire

Article 8 :

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

- Le service de santé des armées ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- Les établissements privés.

Article 9 :

Les groupes hospitaliers de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris, « Hôpitaux Universitaire Paris Seine-Saint-Denis » et « Robert Debré » sont associés au groupement hospitalier de territoire.

Le comité stratégique définit la périodicité et les modalités d'association de l'AP-HP et de l'Université en vue de la mise en œuvre des thèmes de coopération suivants : enseignement, formation initiale des professionnels médicaux, recherche, démographie médicale, référence et recours.

Ces modalités feront l'objet d'une convention annexe qui définira notamment les relations entre l'Université et le groupement.

Titre 3. Gouvernance

1. Le comité stratégique

Article 10 :

Le comité stratégique est chargé de mettre en œuvre la convention du groupement hospitalier de territoire dans toutes ses dimensions.

Composition

Il comprend :

- Les directeurs des établissements parties à la présente convention,
- Les présidents des commissions médicales des établissements parties à la présente convention,
- Les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties à la présente convention,
- Le président du collège médical de groupement,
- Les vice-présidents du collège médical de groupement,
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire.

Les représentants désignés par le CHU et l'Université sont invités au comité stratégique selon les dispositions prévues à l'article 9 de la présente convention.

Le comité stratégique invite également les représentants des établissements associés ou partenaires au groupement en fonction de l'ordre du jour.

Fonctionnement

Le fonctionnement du comité stratégique est défini par le règlement intérieur du groupement.

2. Le collège médical de groupement

Article 11 :

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties choisissent de mettre en place un collège médical de groupement.

Composition

Le collège médical comprend 30 membres, dont :

- Les présidents de commission médicale des établissements parties au groupement,
- 8 praticiens hospitaliers titulaires et 8 suppléants par établissement MCO partie au groupement représentant les filières médicales partagées,
- 1 sage-femme titulaire et 1 suppléante par établissement MCO partie au groupement représentant les filières médicales partagées,

Les membres du collège médical sont désignés selon les modalités prévues dans le règlement intérieur du groupement parmi l'ensemble des praticiens du groupement.

Le collège médical de groupement élit son président et ses 2 vice-présidents selon les modalités prévues par le règlement intérieur du groupement. Les fonctions de président et de vice-président du collège médical sont incompatibles avec celle de président de commission médicale. La durée de leur mandat est de 5 ans.

Le président du comité stratégique et le président de la CSIRMT du groupement ou leurs représentants sont invités au collège médical.

Les représentants désignés par le CHU et l'Université sont invités au collège médical selon les dispositions prévues à l'article 9 de la présente convention.

Le bureau du collège médical comprend 7 membres, le président et les 2 vice-présidents du collège médical, le DIM de territoire et les 3 présidents de commission médicale des établissements parties.

Fonctionnement

Le collège médical de groupement adopte son règlement intérieur.

Compétences

Le président du collège médical du groupement coordonne la stratégie médicale, assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation, en lien avec le comité stratégique.

Le collègue médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement formalisé par un projet. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins ainsi qu'à la politique de qualité des soins et de gestion des risques au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement et participe à sa mise en œuvre.

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

Article 12 :

Composition

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend 33 membres:

- Le président de la CSIRMT du groupement et ses 2 vice-présidents (présidents des CSIRMT locales)
- Un collège cadres : 9 membres titulaires et 9 membres suppléants soit 3 titulaires et 3 suppléants par établissement
- Un collège infirmiers, rééducateurs et médico-techniques : 12 membres titulaires et 12 membres suppléants soit 4 titulaires et 4 suppléants par établissement
- Un collège des aides-soignants : 9 membres titulaires et 9 membres suppléants soit 3 titulaires et 3 suppléants par établissement

Le président du comité stratégique et le président du collège médical de groupement ou leurs représentants sont invités à la CSIRMT de groupement.

Fonctionnement

La CSIRMT de groupement adopte son règlement intérieur.

Compétences

Le président de la CSIRMT du groupement coordonne le projet de soin partagé, assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation, en lien avec le comité stratégique.

La CSIRMT anime la réflexion du projet de soins en lien avec le projet médical partagé. Elle émet un avis sur l'organisation générale des soins des filières et/ou des parcours de soins inter-établissement.

La CSIRMT du groupement exerce les compétences qui lui sont déléguées par les CSIRMT locales telles qu'elles sont définies par le règlement intérieur du groupement.

4. Le comité territorial des élus locaux

Article 13 :

Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des maires des communes sièges des établissements parties au groupement
- des autres représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement
- des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement le cas échéant
- du président du comité stratégique
- des directeurs des établissements parties au groupement
- du président du collège médical de groupement

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux adopte son règlement intérieur.

Compétences

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

Il émet un avis sur le projet médical partagé ainsi que sur son évaluation annuelle.

Il émet également un avis sur les projets de mutualisation de fonction et l'organisation transversale des activités entre les établissements parties.

5. Le comité des usagers de groupement

Article 14 :

Le comité des usagers du groupement est mis en place selon les modalités prévues au règlement intérieur du groupement après avis des commissions des usagers des établissements parties.

Article 15 :

Composition

Chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social.

Selon le principe de prime incrémentielle :

- Si une organisation est présente dans 2 comités techniques d'établissement, elle bénéficie d'un représentant supplémentaire.
- Si une organisation est présente dans 3 comités techniques d'établissement, elle bénéficie de 2 représentants supplémentaires.

Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont prévues dans le règlement intérieur du groupement.

Compétence

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

Article 16 :

Le système d'information hospitalier est organisé dans le cadre d'une coopération supra-groupement hospitalier de territoire déjà existante. Les fonctions mutualisées, notamment la fonction achat, l'information médicale et la formation initiale et continue, sont déléguées à l'établissement support. Elles peuvent être subdéléguées le cas échéant à un établissement partie au groupement sur décision du comité stratégique.

Le groupement prévoit la constitution d'un comité des directeurs de l'information médicale, d'un comité de coordination de la politique d'achat, et d'un comité de coordination de la formation initiale et continue.

Le directeur de l'établissement support, ou le directeur de l'établissement subdélégué, pour la réalisation des activités et fonctions mutualisées, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement, selon les modalités définies dans le règlement intérieur du groupement.

Les responsables sont désignés par le directeur de l'établissement support sur proposition du comité stratégique. Leur mandat est de 5 ans renouvelable par reconduction expresse après évaluation et sur proposition du comité stratégique.

Les fonctions mutualisées sont déclinées selon un organigramme fonctionnel qui sera établi par le comité stratégique durant la période de transition définie dans le règlement intérieur du groupement.

Les directeurs des établissements déléguant sont tenus informés, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations.

Article 17

Les modalités de réalisation des fonctions mutualisées telles que définies par les textes légaux ainsi que celles décidées par les instances du groupement sont précisées autant que de besoin dans le règlement intérieur du groupement.

Titre 6. Procédure de conciliation

Article 18 :

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement qui ne pourrait être résolu par un vote du comité stratégique, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à l'arbitrage de l'ARS Ile-de- France.

Les modalités de conciliation sont fixées dans le règlement intérieur du groupement.

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

Titre 7. Amendement

Article 19.

Toute modification de la présente convention constitutive est adoptée selon les modalités légales prévues à l'article R.6132-6 du code de la santé publique.

Titre 8. Communication des informations

Article 20 :

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

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information selon les modalités fixées dans le règlement intérieur du groupement.

Titre 9. Durée et reconduction

Article 21 :

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par reconduction expresse selon les modalités légales prévues à l'article R.6132-6 du Code de la santé publique.

Le groupement prévoit une période de transition permettant sa construction allant du 1 juillet 2016 au 30 juin 2017.

Le 6 Octobre 2016,

Jean-Louis Feutrie

Directeur du GHI Le Raincy-Montfermeil

Isabelle Leclerc

Directrice du CHI André Grégoire - Montreuil

Jean Pinson

Directeur du CHI Robert Ballanger – Aulnay-Sous-Bois