

COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE

CONVENTION CONSTITUTIVE

Juin 2016

SOMMAIRE

CONVENTION CONSTITUTIVE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	4
PREAMBULE.....	5
TITRE I NATURE JURIDIQUE - DENOMINATION - CREATION - DUREE - ACTEURS - OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	7
ARTICLE 1 - Nature juridique	7
ARTICLE 2 - Dénomination.....	7
ARTICLE 3 - Création	7
ARTICLE 4 - Durée.....	7
ARTICLE 5 - Acteurs du GHT.....	7
ARTICLE 6 - Objet du GHT	9
TITRE II PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS PARTAGES.....	11
ARTICLE 7 - Elaboration du projet médical et du projet de soins partagés.....	11
ARTICLE 8 - Contenu du projet médical partagé.....	11
ARTICLE 9 - Durée du projet médical partagé.....	12
ARTICLE 10 - Articulation entre les projets médicaux des établissements parties et le projet médical partagé	12
TITRE III PILOTAGE ET GOUVERNANCE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	13
ARTICLE 11 - Désignation de l'établissement support et fonctions mutualisées.....	13
ARTICLE 12 - Droits et obligations des établissements parties.....	14
ARTICLE 13 - Instances de gouvernance du GHT	15
ARTICLE 13. 1 - Comité stratégique.....	15
ARTICLE 13. 2 - Comité territorial des élus locaux.....	17
ARTICLE 13. 3 - Collège médical.....	18
ARTICLE 13. 4 - Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement	19
ARTICLE 13. 5 - Comité/commission des usagers.....	22
ARTICLE 13. 6 - Conférence territoriale de dialogue social.....	22
TITRE IV	24
AUTRES DISPOSITIONS.....	24
ARTICLE 14 - Règles budgétaires et comptables	24
ARTICLE 15 - Certification.....	24
ARTICLE 16 - Règlement intérieur.....	24
ARTICLE 17 - Non-conformité	24

ARTICLE 18 - Avenant.....	25
ARTICLE 19 - Conciliation et litige.....	25
ARTICLE 20 - Abrogation de la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire.....	25

CONVENTION CONSTITUTIVE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

VISAS

Vu les articles L. 6132-1 et s. du code de la santé publique (CSP),

Vu les articles R. 6132-1 et s. du code de la santé publique,

Vu les conventions de direction commune en date du 23 octobre 2008 et du 19 décembre 2008 ;

Vu la concertation respective des directoires

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 10 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 10 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 14 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des comités techniques d'établissement (CTE)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 20 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des commissions médicales d'établissement (CME)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 14 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 14 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des commissions des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 7 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 20 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 13 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des conseils de surveillance

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

Vu la délibération des conseils de surveillance

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

désignant le CH de SAINT-MALO comme établissement support du GHT ;

Considérant les coopérations déjà initiées dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire RANCE EMERAUDE fondée sur une convention constitutive conclue le 17 janvier 2011 ;

PREAMBULE

Les Centres Hospitaliers de SAINT-MALO, DINAN et CANCALE - établissements publics de santé - ont, à la suite de la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite « HPST »), souhaité formaliser leur rapprochement, initié depuis plusieurs années dans le cadre d'une démarche volontaire, de coopération médicale et de mutualisation.

L'objectif était, à l'image de l'intercommunalité sur le plan des politiques locales, de permettre de surmonter les difficultés que rencontrent les établissements publics de santé (démographie médicale, passage à la tarification à l'activité, investissements...) pour développer des stratégies partagées à l'échelle de territoire.

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) RANCE EMERAUDE fut mise en place dans ce cadre par la signature officielle de sa convention constitutive le 17 janvier 2011, après que les établissements aient engagé une dynamique de préfigureurs de CHT dès 2009.

Cette réponse commune choisie par les hôpitaux publics, pour les 250 000 habitants du territoire, s'est articulée autour de principes qui ont guidé la réflexion médicale lors de l'élaboration du projet médical commun.

Ces principes ont permis d'offrir à la population :

- des soins sécurisés,
- des soins à des tarifs opposables (pas de dépassement d'honoraires),
- des soins réalisés dans un environnement permettant le maintien d'une activité de proximité,
- des soins articulés autour des spécialistes reconnus,
- des soins dans des établissements accueillants,
- des soins respectueux de l'éthique.

Support organique de la CHT Rance Emeraude, le groupement de coopération sanitaire (GCS) dénommé « GCS du territoire n°6 de Bretagne » a été approuvé par le Directeur Général de l'ARS Bretagne le 21 mai 2010.

C'est donc dans un contexte territorial de coopérations déjà anciennes et formalisées, d'une pratique régulière et actualisée de travailler ensemble que les mêmes établissements publics s'engagent dans le Groupement Hospitalier de Territoire prévu par l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

La mise en œuvre du pôle de santé (convention du 26 mai 2009) et l'installation de la clinique sur le site hospitalier de Dinan en septembre 2009 constituent une composante de l'organisation de l'offre de soins, prise en compte dans le cadre de la présente convention.

- Le Centre Hospitalier de SAINT-MALO, établissement public de santé, situé 1, rue de la Marne 35403 SAINT-MALO, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,
- Le Centre Hospitalier de DINAN, établissement public de santé, situé 74 rue Chateaubriand, 22101 DINAN Cedex, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,
- Le Centre Hospitalier de CANCALE, établissement public de santé, situé Rue des Prés Bosgers, 35260 CANCALE, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,

Dénommés ci-après établissements parties, conviennent de constituer un groupement hospitalier de territoire (GHT), selon les modalités définies ci-après.

TITRE I

NATURE JURIDIQUE - DENOMINATION - CREATION – DUREE - ACTEURS – OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 1 - Nature juridique

Le GHT établi au titre de la présente convention ne dispose pas de la personnalité juridique.

ARTICLE 2 - Dénomination

La dénomination du GHT est « GHT RANCE EMERAUDE».

ARTICLE 3 - Création

Le GHT est créé après approbation de la présente convention constitutive par le directeur général de l'Agence régionale de santé (DG ARS) de la région BRETAGNE ou, en cas de silence gardé par celui-ci, à l'issue d'un délai de deux mois suivant la date de réception de la présente convention constitutive par le DG ARS.

ARTICLE 4 - Durée

La présente convention de GHT est conclue pour une durée de dix ans, à compter de son approbation par le DG ARS de la région BRETAGNE ou, en cas de silence gardé par celui-ci, à l'issue d'un délai de deux mois suivant la date de réception de la présente convention constitutive.

ARTICLE 5 - Acteurs du GHT

ARTICLE 5. 1 – Etablissements parties au GHT

Les établissements de SAINT-MALO, DINAN et CANCALE, membres de la CHT Rance Emeraude, signataires de la présente convention constitutive, sont les membres fondateurs du GHT. Ils participent à la réalisation de l'objet du GHT tel que défini à l'article 6 de la présente convention constitutive.

ARTICLE 5. 2 – Poursuite des coopérations existantes par les établissements parties au GHT

La qualité d'établissement partie ne fait pas obstacle à la poursuite des actions de coopération engagées préalablement dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes physiques et / ou des personnes morales de droit public ou de droit privé. Elle ne l'empêche pas d'initier ou de se joindre à de telles coopérations, et dans le respect de l'objet du présent GHT.

ARTICLE 5. 3 – Etablissements partenaires et associés du GHT

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) sont obligatoirement associés à la rédaction du projet médical partagé, qui doit être finalisé pour le 1^{er} juillet 2017. A cet

égard, le groupement associera à ses travaux l'Association AUB de SAINT-MALO (structure autorisée en HAD).

Tout établissement de santé autorisé en psychiatrie, pourra être associé, dans les conditions de l'article L.6132-2 du CSP, à l'élaboration du projet médical partagé du GHT, auquel il ne sera pas partie, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2 du CSP. Dans ce cadre et en sa qualité d'établissement support, le Centre Hospitalier de SAINT-MALO participera à la mise en place de la Communauté Psychiatrique de Territoire autour du Centre Hospitalier Guillaume Régnier à laquelle pourra également être associé l'établissement de Saint Jean de Dieu.

Conformément à l'article L.6132-1-VII CSP, les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. A ce titre, seront notamment joints aux travaux d'élaboration du projet médical partagé, conformément aux contacts pris avec ces établissements, à leur demande et sur accord des établissements parties au groupement :

- La clinique Saint-Joseph, de COMBOURG, rencontrée le 1^{er} juin 2016 ;
- L'établissement de BAGUER-MORVAN, relevant du Groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV), rencontré le 13 mai 2016 ;
- L'établissement psychiatrique Saint-Jean de Dieu à DINAN, rencontré le 3 mai 2016 ;
- L'établissement Arthur Gardiner à DINARD, rencontré le 8 juin 2016 ;
- L'AUB, pour son volet médical hors HAD, rencontré le 31 mai 2016 ;
- Le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) Eugène Marquis de Rennes.

Dans le cadre de l'accord du pôle de santé de Dinan, la polyclinique du Pays de Rance sera partenaire du GHT Rance Emeraude.

D'autres établissements privés dont l'établissement La maison de Velléda (groupe Orpéa) à Plancoët pourront également être partenaires selon des modalités prévues par un avenant ultérieur.

Les établissements médico-sociaux peuvent aussi être partenaires du GHT selon les mêmes modalités.

ARTICLE 5. 4 – Activités hospitalo-universitaires

Conformément à l'article L.6132-1-III du CSP, le GHT s'associe au CHU de Rennes, au titre des activités hospitalo-universitaires.

Le CHU de Rennes coordonne, au bénéfice des établissements parties au présent GHT, les missions suivantes :

- Enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- Recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du CSP ;
- Gestion de la démographie médicale ;
- Les missions de référence et de recours.

Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association à conclure entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le CHU de Rennes. Cette convention devra préciser le périmètre et les modalités de cette coordination, ainsi que les engagements respectifs des signataires.

Par ailleurs, le GHT souhaite poursuivre le partenariat déjà engagé avec le CHRU de Brest pour ce qui concerne les activités de recherche clinique.

ARTICLE 6 - Objet du GHT

Conformément aux dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, le GHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Les établissements membres du GHT RANCE EMERAUDE ayant élaboré, dans le cadre de la CHT, un projet médical commun ainsi qu'un projet communautaire, les actions déjà menées s'intègrent dans les objectifs du présent GHT et doivent se poursuivre en se renforçant dans le cadre du Projet Médical Partagé.

Dans cette perspective, la présente convention constitutive de GHT prévoit :

- L'élaboration d'un projet médical et d'un projet de soins partagés établis conformément à l'article 7. L'objectif est de poursuivre le projet médical de la CHT Rance Emeraude qui est de mettre en œuvre une stratégie commune, en établissant des synergies entre les sites respectifs des établissements parties et partenaires, dans le respect de l'identité de chaque établissement, dans un but de qualité et de performance des soins délivrés aux patients, au meilleur coût, et d'engager des regroupements de certaines activités pour en garantir l'excellence et la sécurité ;
- La gestion de certaines fonctions et activités par l'établissement support du GHT conformément aux dispositions de l'article 11 et selon des modalités qui seront énoncées par avenant ultérieur à la présente convention constitutive, et par le règlement intérieur du GHT, poursuivant la gestion commune déjà réalisée de certaines fonctions et activités ;
- L'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale (déjà réalisées grâce à un service commun d'imagerie médicale et à la mise en œuvre, en avril 2016, d'un laboratoire commun) et de pharmacie à usage intérieur,

conformément aux principes fixés dans le projet médical partagé et selon des modalités qui seront énoncées par avenant ultérieur à la présente convention constitutive, et par le règlement intérieur du GHT ;

- La poursuite de la mise en place du DIM communautaire réalisé depuis 2014.

TITRE II

PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS PARTAGES

ARTICLE 7 - Elaboration du projet médical et du projet de soins partagés

Un projet médical partagé et un projet de soins partagé du GHT sont élaborés par les équipes médicales et soignantes concernées. Ils sont déclinés pour chaque filière visée par le projet médical partagé. Ils ont pour objet de garantir une offre de soins de proximité pour tous les membres parties, de référence selon les spécialités pour les établissements de Saint-Malo et de Dinan et de recours pour le CHU adaptée aux besoins de la population des territoires et afin de répondre notamment aux problèmes de démographie médicale.

ARTICLE 8 - Contenu du projet médical partagé

Le projet médical partagé est conforme aux orientations stratégiques régionales, poursuit et fait évoluer le projet communautaire ainsi que les 24 projets par spécialité médicale contenus dans le projet médical commun de la CHT Rance Emeraude.

Le projet médical des Fédérations Médicales Inter hospitalières (FMIH) doit être intégré dans le Projet Médical Partagé.

Il s'agit des fédérations signées au 1er avril 2015 à savoir :

1. FMIH Anesthésie ;
2. FMIH Hématologie ;
3. FMIH Hépato-gastro-entérologie et oncologie digestive ;
4. FMIH Neurologie ;
5. FMIH Rhumatologie ;
6. FMIH SAU.

Par ailleurs, les activités médicales qui font l'objet de services communs (imagerie médicale, laboratoire) et/ou d'une réflexion médicale déjà entreprises ou déjà mises en œuvre (infectiologie, addictologie, néphrologie, pneumologie, cardiologie, oncologie) doivent également être intégrées dans la réflexion du projet médical partagé (obstétrique,...).

Au jour de la rédaction de la présente convention constitutive, le projet médical partagé définit les objectifs médicaux du GHT. Ces objectifs médicaux figurent en annexe n°1 de la présente convention constitutive de GHT.

Cette annexe n°1 sera complétée selon le calendrier suivant :

- Au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT comprend en outre l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- Au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions réglementaires et comprend tous les éléments fixés à l'article R. 6132-3 du CSP.

L'annexe n° 1 complétée sera transmise au Directeur Général de l'ARS BRETAGNE, conformément au calendrier arrêté ci-dessus.

ARTICLE 9 - Durée du projet médical partagé

Le projet médical partagé est élaboré pour une durée maximale de 5 ans ; il doit être réévalué à mi-parcours et à l'issue de sa période de validité. Toute modification du projet médical partagé donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive, approuvé par le Directeur Général de l'ARS BRETAGNE. Cet avenant devra être approuvé par le Directeur Général de l'ARS Bretagne.

ARTICLE 10 - Articulation entre les projets médicaux des établissements parties et partenaires et le projet médical partagé

Les projets médicaux des établissements parties et partenaires au GHT doivent être conformes au projet médical partagé du groupement.

TITRE III

PILOTAGE ET GOUVERNANCE

DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 11 - Désignation de l'établissement support et fonctions mutualisées

Le CH de SAINT-MALO est désigné en qualité d'établissement support au GHT, comme il était précédemment l'établissement siège de la CHT Rance Emeraude.

A ce titre, l'établissement support a vocation à assurer pour le compte des établissements parties au groupement les fonctions suivantes :

- La définition, et la mise en œuvre d'une stratégie de développement d'un système d'information hospitalier convergent et performant, outil indispensable au Projet Médical Partagé.
 - A cette fin, un schéma directeur du système d'information du GHT sera élaboré. Sa définition, sa mise en œuvre et son suivi seront réalisés en pleine concertation avec le comité stratégique sous la responsabilité de la direction de l'établissement support.
 - Dans le cadre de la définition de ce schéma directeur, les enjeux suivants constitueront des impératifs :
 - Offrir aux patients et à ses proches un meilleur accueil et une meilleure prise en charge, en facilitant l'organisation de son parcours de soins (mise en place du dossier patient,...) et la gradation de ses soins ;
 - Proposer des services de saisie et d'accès à une information médicale, pharmaceutique et soignante plus performants dans le cadre d'un dossier médical partagé, offrant aux professionnels de santé la possibilité d'exercer dans de meilleures conditions grâce à la mise en œuvre du dossier médical partagé ;
 - Tisser des liens nouveaux ou renforcer ces derniers avec les prescripteurs externes notamment la médecine de ville, et avec l'ensemble des acteurs de santé contribuant à la prise en charge des patients dont les acteurs de la filière médico-sociale.
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire conformément à l'orientation prise par les établissements en 2014 ;
- La fonction achats mutualisée ayant vocation à :
 - Améliorer la performance économique de la fonction Achats tout en maintenant un niveau de qualité élevé;
 - Soutenir le projet médical partagé grâce à l'accompagnement des sites et l'harmonisation des pratiques.
L'organisation de la fonction Achats mutualisée respecte les principes de valorisation des compétences de chaque acteur de la chaîne achat (professionnalisation et spécialisation) et d'équilibre entre les sites du groupement.
- La coordination des plans de formation continue et du développement professionnel continu des personnels non médicaux des établissements parties au groupement : un

service commun aux trois établissements (Saint-Malo, Dinan et Cancale) sur le champ de la formation continue, de l'organisation des concours et de la GPMC pour le personnel non médical sera constitué à compter du 1er juillet 2016 dont la finalité est de :

- promouvoir des pratiques d'amélioration continue de la qualité ;
- rassembler des acteurs de niveaux hiérarchiques différents et de compétences professionnelles multiples autour de projets communs (projet médical commun notamment) ;
- améliorer la coordination entre acteurs et de partager les ressources et les compétences autour du patient ;
- favoriser la mutualisation des ressources humaines des services administratifs compétents.

Parallèlement cette organisation s'inscrit dans le cadre de l'approfondissement de la logique communautaire par la mise en place d'une direction des ressources humaines communautaire

- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements parties au groupement.

Les établissements parties organisent également en commun les activités de biologie médicale avec la mise en place du laboratoire commun le 26 avril 2016, d'imagerie diagnostique et interventionnelle grâce à un service commun depuis 2009, et de pharmacie (**conformément aux orientations du Projet Médical antérieur de la CHT Rance Emeraude**).

Pour les fonctions qui feront l'objet de mutualisation, les établissements parties au GHT doivent déterminer, par avenant à la présente convention constitutive :

- Le périmètre de la mutualisation ;
- Les prérogatives de l'établissement support dans la prise en charge de ces fonctions ;
- Les droits et obligations des établissements parties au groupement dans la mise en œuvre de ces mutualisations, et les prérogatives que ceux-ci conservent sur chacun des quatre domaines.

La mise en œuvre des fonctions mutualisées fera l'objet d'une présentation aux instances compétentes de chaque établissement partie au GHT.

ARTICLE 12 – Droits et obligations des établissements parties

Le directeur des trois établissements de santé parties au groupement conserve ses pleines compétences dans les conditions de l'article L.6143-7 CSP. En particulier, au jour de la conclusion de la présente convention constitutive, le directeur des trois établissements dispose au sein de chaque établissement, en respectant les attributions du responsable de structure interne, du chef de pôle et du président de CME, du pouvoir :

- d'affectation des personnels médicaux, conformément à leur spécialité médicale ;
- d'organisation des services;
- du pouvoir de nomination et du pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels non médicaux de chaque établissement
- du pouvoir d'ordonnateur sur l'ensemble des dépenses et des recettes de ses établissements ;
- de la qualité de pouvoir adjudicateur, sauf conclusion, à l'initiative de tout ou partie des établissements parties au groupement, d'une ou plusieurs conventions de groupements de commandes, dans les conditions de l'article 28 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;
- du pouvoir de représentation légale de l'établissement, dans tous les actes de la vie civile et en justice.

ARTICLE 13 - Instances de gouvernance du GHT

ARTICLE 13.1 - Comité stratégique

Composition

Le comité stratégique comprend, conformément à l'article R.6132-10 du CSP, les membres suivants :

- Pour chaque établissement de santé partie :
 - o Le directeur ou son représentant ;
 - o Les **présidents de CME élus et les vice-présidents;**
 - o **Les présidents de CSIRMT ;**
- Le président du collège médical et le vice-président ;
- Le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) de territoire.
- Le médecin responsable de la coordination médicale de Cancale.

Les Directeurs délégués des établissements parties sont invités permanents

Le comité stratégique invite le cas échéant, au regard de l'ordre du jour du comité stratégique :

- le directeur (ou son représentant) des établissements partenaires et/ou associés de son choix ;

- le DG ARS de la région BRETAGNE ou son représentant ;
- toute personne relevant de l'un des établissements parties au groupement, et compétente sur une question inscrite à l'ordre du jour du comité stratégique.

Missions

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Le comité stratégique propose ses orientations au directeur de l'établissement support dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Pour ce faire, le comité stratégique peut être amené à se prononcer sur les questions qui structurent le groupement à savoir, notamment :

- tout avenant à la convention constitutive;
- l'admission d'un nouvel établissement partie au groupement ;
- le projet médical partagé du groupement ;
- les mutualisations portant sur : le système d'information convergent, le département de l'information médicale de territoire, la fonction achats, la coordination des écoles, instituts de formation paramédicale, plans de formation et de développement professionnel continu (DPC), les activités de biologie médicale, imagerie et pharmacie organisées en commun ;
- le schéma directeur du système d'information ;
- le plan d'actions achats ;
- toutes mutualisations visées à l'article L.6132-3-II du CSP, dont les équipes médicales communes et les pôles inter-établissements ;
- le règlement intérieur du groupement ;
- les frais de gestion engagés, le cas échéant, par l'établissement support au titre des fonctions assurées pour le compte des établissements parties et soumis à remboursement de ceux-ci.

Présidence

La présidence du comité stratégique est assurée par le directeur des trois établissements.

Fonctionnement

Le comité stratégique se réunit au moins 2 fois par an à la demande de son président.

Chaque établissement partie, via son représentant légal, s'y exprime. Un procès-verbal des réunions du comité stratégique est établi. En cas de vote, le directeur dispose d'une voix par établissement et les praticiens également (présidents et vice-présidents de CME et de collègue médical). Le DIM et le médecin responsable du Conseil médical de Cancale disposent d'une voix consultative. Par dérogation, pour les sujets concernant Cancale, le médecin responsable du Conseil médical de Cancale dispose d'une voix lors du vote.

Le secrétariat de la commission est à la diligence de son président.

ARTICLE 13. 2 - Comité territorial des élus locaux

Composition

Conformément à l'article R.6132-13 du CSP, le comité territorial des élus locaux est composé :

- Des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement ;
- Des maires des communes sièges de chaque établissement partie au groupement ne siégeant pas auxdits conseils de surveillance ;
- Du directeur des trois établissements, en qualité de président du comité stratégique ;
- Du président et du vice-président du collège médical du groupement et des présidents de CME élus.

Missions

Le comité territorial des élus locaux 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. À ce titre, ce comité peut émettre des propositions ; il est informé des suites qui leur sont données.

Présidence

Le comité territorial des élus locaux élit son président en son sein.

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins une fois par an à la demande de son président.

Chaque représentant des élus s'exprime. Un procès-verbal des réunions du comité des élus locaux est établi.

Le secrétariat du comité territorial des élus locaux est à la diligence de son président.

Un bureau est constitué comprenant les présidents de Conseil de surveillance, le directeur et les collaborateurs de son choix, les directeurs délégués et les présidents de CME élus. Son fonctionnement sera prévu par le règlement intérieur

ARTICLE 13. 3 – Collège médical

Un collège médical est constitué, conformément à l'option retenue par les commissions médicales des établissements parties au groupement et devrait évoluer vers une commission médicale de groupement pour le 1^{er} novembre 2016 dont la composition et le nombre de représentants seront déterminés ultérieurement.

Composition

Le collège médical comprend :

- Pour le Centre Hospitalier de SAINT-MALO :
 - o Le président et le vice-président de CME
 - o Les trois praticiens membres officiels du directoire
- Pour le Centre Hospitalier de DINAN :
 - o Le président et le vice-président de CME ;
 - o Les trois praticiens membres officiels du directoire.
- Pour le Centre Hospitalier de CANCALE :
 - o Le praticien responsable de la coordination médicale de l'établissement.
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire ;
- Un représentant de la CSIRMT du groupement.

Missions

Le collège médical est chargé de :

- Donner un avis sur le projet médical partagé (Art.R.6132-3-II CSP) ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre des objectifs médicaux du GHT ;
- Suivre et évaluer la mise en place des filières prévues par le projet médical partagé.

A ce titre, le collège médical:

- Est tenu informé de l'avancement de l'élaboration du projet médical partagé, de sa mise en œuvre, de son bilan, à échéance annuelle ;

- Peut faire toute proposition concourant à la bonne mise en œuvre du projet médical partagé.

Présidence

Le collège médical élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le président du collège médical coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. La fonction de président du collège médical de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Le collège médical émet des avis. Les avis émis sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement.

Fonctionnement

Le collège médical se réunit au moins 3 fois par an ou à la demande de son président.

Un compte-rendu des réunions du comité médical est établi.

Le collège médical a vocation à être remplacé par une commission médicale de groupement au 1^{er} novembre 2016. Cette future instance de commission médicale de groupement assurera les compétences qui lui seront transférées, qui seront dans un premier temps la politique de la qualité et projet médical partagé. Dans la future CMG, seront intégrés les présidents et vice-présidents des CME des établissements ainsi que le praticien responsable de la coordination médicale du CH de Cancale.

Le nombre de praticiens de la CMG reste à définir selon les principes suscités au 1^{er} paragraphe de l'article 13.3.

ARTICLE 13. 4 – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement

Composition

Conformément aux propositions préliminaires des directeurs des soins, la composition de la CSIRMT est la suivante :

Les présidents des CSIRMT des trois établissements de santé membres du Groupement sont membres de droit.

Collège des cadres de santé

Le collège des cadres de santé paramédicaux comprend six sièges :

- Trois cadres de santé paramédicaux de la CSIRMT du Centre hospitalier de SAINT-MALO ;
- Deux cadres de santé paramédicaux de la CSIRMT du Centre hospitalier de DINAN ;
- Un cadre de santé de la CSIRMT du Centre hospitalier de CANCALE ;

Chacune des trois CSIRMT de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques comprend huit sièges :

- Quatre personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de la CSIRMT du CH de SAINT-MALO ;
- Trois personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de CSIRMT du CH de DINAN ;
- Un personnel infirmier, de rééducation et médico-techniques de la CSIRMT du CH de CANCALE ;

Chacune des trois Commissions de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Collège des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques

Le collège des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques comprend huit sièges :

- Quatre aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques de la CSIRMT du CH de SAINT-MALO ;
- Trois aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques de la CSIRMT du CH de DINAN ;
- Un aide-soignant, auxiliaire de puériculture et aide-médico-psychologique de la CSIRMT du CH de CANCALE ;

Chacune des trois CSIRMT de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Membres avec voix consultative

- Le directeur des soins chargé des instituts de formation (IFSI et IFAS) du Groupement ;
- Un représentant des étudiants de 3^{ème} année nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFSI/IFAS du Groupement ;

- Un élève aide-soignant nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFSI/IFAS du Groupement ;
- Un représentant du collège médical.

Autres membres associés

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la CSIRMT du groupement à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Missions

La CSIRMT du groupement est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Groupement hospitalier de territoire Rance Emeraude ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades dans les trois établissements de santé du groupement ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins du groupement ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers au sein des établissements du groupement ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein du groupement ;
- La politique du développement professionnel continu (DPC) au sein du groupement.

La CSIRMT du groupement est informée sur :

- La convention constitutive du groupement et son règlement intérieur;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) au sein du groupement) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité du groupement.

Présidence

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

Fonctionnement

Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des CSIRMT des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la CSIRMT du groupement (convocation, ordre du jour, séances, quorum, constitution du bureau...) sont fixées par le règlement intérieur (cf. annexe 2).

ARTICLE 13. 5 – Comité/commission des usagers

La constitution d'un comité ou d'une commission des usagers, sa composition, ses compétences et les modalités de son fonctionnement seront fixées dans un délai de 6 mois par avenant à la présente convention constitutive.

ARTICLE 13. 6 - Conférence territoriale de dialogue social

La mise en place de la conférence territoriale de dialogue social se fera en concertation avec les organisations syndicales représentatives du GHT.

Une charte sociale sera élaborée dans le cadre des travaux de la conférence territoriale de dialogue social.

Compétences :

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.

Les organisations syndicales peuvent émettre des avis et vœux dans le cadre des travaux de la conférence.

Composition :

La conférence territoriale de dialogue social est composée comme suit :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence ou son représentant ;
- Un représentant et un à deux suppléants désignés par chacune des organisations syndicales siégeant au comité technique d'établissement des établissements parties au groupement ;
- Le président du collège médical ou son représentant et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant.

Sont membres invités permanents :

- Le directeur territorial des ressources humaines ou son représentant ;
- Le responsable des Ressources Humaines de chaque établissement partie ou son représentant ;
- Le(s) médecin(s) de santé au travail

La conférence territoriale de dialogue social peut décider de faire participer à ses réunions toute personne nécessaire à la réflexion qu'elle mène.

Fonctionnement :

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

Les modalités de fonctionnement de la conférence seront précisées dans un règlement intérieur.

TITRE IV AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 14 - Règles budgétaires et comptables

Pour chacun des établissements publics de santé parties au GHT, le DG ARS de la région BRETAGNE prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que le plan global de financement pluriannuel (PGFP), mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 du CSP.

Conformément à l'article R.6132-21 du CSP, les établissements parties au groupement transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29 CSP, leur EPRD ainsi que leur PGFP.

Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au DG ARS, qui apprécie l'EPRD et le PGFP de chacun des établissements parties au groupement en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

ARTICLE 15 - Certification

La certification des établissements de santé parties au groupement est conjointe. L'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 du CSP fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement partie au GHT.

Les établissements de santé parties au groupement se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. La mise en place du compte qualité unique, et de la visite de certification unique, est effective à compter du 1^{er} janvier 2020.

ARTICLE 16 - Règlement intérieur

Le comité stratégique du groupement élabore et adopte un règlement intérieur, après consultation des instances communes du groupement.

Les instances des établissements parties sont consultées conformément à leurs attributions.

ARTICLE 17 - Non-conformité

En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le DG ARS de la région BRETAGNE enjoint les établissements parties à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements parties. Ce délai ne peut être inférieur à un mois.

Au terme de ce délai, le DG ARS de la région BRETAGNE procède à la mise en conformité et arrête la convention constitutive de GHT.

ARTICLE 18 - Avenant

L'avenant est élaboré et approuvé dans les mêmes conditions légales et réglementaires que la présente convention. Pour l'élaboration, c'est le directeur, les présidents de CME et les Présidents de CSIRMT des établissements parties au GHT qui y participent.

ARTICLE 19 - Conciliation et litige

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les établissements parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à 2 conciliateurs qu'ils auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

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

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

ARTICLE 20 – Abrogation de la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire

Les dispositions de la présente convention constitutive de groupement hospitalier de territoire abrogent, sauf dispositions contraires expressément prévues dans la présente convention, la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire en date du 17 janvier 2011.

Par ailleurs, le Groupement de Coopération Sanitaire Territoire n°6, support des actions menées dans le cadre de la CHT RANCE EMERAUDE, perdure.

Fait à Saint-Malo, le 22 juin 2016,

Pour le Centre hospitalier de SAINT-MALO, son Directeur, Arnaud GUYADER,



Pour le Centre hospitalier de DINAN, son Directeur, Arnaud GUYADER,



Pour le Centre hospitalier de CANCALE, son Directeur, Arnaud GUYADER,



ANNEXE N° 1 : PROJET MEDICAL PARTAGE DU « GHT Rance Emeraude » OBJECTIFS MEDICAUX DU GROUPEMENT

La CHT Rance Emeraude est dotée d'un projet médical commun.

Articulé autour des besoins de la population, structuré autour du prendre soin de la personne, ce projet médical s'est basé sur un axe de travail permettant d'assurer et de renforcer la coopération en filières pour un maillage serré du territoire 6.

Ce projet médical commun permet par ailleurs de lutter contre les ruptures dans le parcours de soin et vise à réduire les fuites d'activité du territoire 6, non pas en répartissant les activités par site mais au contraire en organisant, pour toutes les spécialités, une réponse aux besoins de la population.

Cette population ainsi que les médecins adresseurs attendent que, dans un rayon de moins d'une heure, leur hôpital ou le groupe hospitalier que constitue la CHT puisse assurer les principaux soins critiques : USIC, USINV, néonatalogie, réanimation polyvalente. Cet objectif caractérise l'enjeu de la sécurité allié à celui de la proximité à laquelle la population est légitimement attachée compte tenu du vieillissement des bassins de vie et du développement des maladies chroniques.

Le projet médical commun est constitué d'un document comprenant l'analyse des caractéristiques du territoire de santé et de l'activité de soins des établissements, le modèle de coopération choisi par les établissements ainsi que les projets prioritaires qu'ils ont retenus dans leur coopération médicale.

Le projet médical commun approuvé par les conseils d'Administration des trois établissements de la Communauté Hospitalière de Territoire en janvier 2010 comprend une partie relative aux projets coopératifs par spécialité, projets destinés à être déclinés en actions par les équipes médicales concernées afin de créer les meilleures conditions possibles pour :

- Un maillage plus dense du territoire de santé n°6 en proposant une offre hospitalière publique bien répartie et complémentaire ;
- Une harmonisation qualitative des prises en charges ;

Lors de son actualisation en 2012, il a été souhaité de conserver l'objectif initial à savoir maintenir un maximum de spécialités sur les trois sites en établissant, à partir du pôle de référence qu'est le Centre Hospitalier de Saint-Malo, des filières de prise en charge. Le territoire de santé n°6 étant caractérisé par un taux de fuite important, la coopération médicale par spécialités doit permettre de proposer à la population une offre de soins qualitative et d'organiser vers le CHU ou vers des établissements spécialisés (Centre Régional de Lutte contre le cancer,...) les seules prises en charge qui en relèvent.

La transformation de la CHT en GHT au 1^{er} juillet 2016 permet de poursuivre les coopérations déjà existantes.

Pour le 1^{er} juillet 2016 le Directeur Général de l'ARS Bretagne a choisi de prioriser les filières de prise en charge suivantes :

Thématiques	Gradation des soins	Démographie médicale	Qualité des soins	Modèle médico-économique
Urgence Santé mentale Filière gériatrique Oncologie Chirurgie Périnatalité- Pédiatrie AVC-Neurologie Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permanence et continuité de soins ➤ Organisation des parcours ➤ Développement des alternatives ➤ Définition des actes rares (en chirurgie), des actes réalisés en établissements de référence ou de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schéma cible par filière ➤ Inventaire des postes vacants ➤ Gestion prévisionnel le des métiers et des compétences médicales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat de la certification ➤ EPP en cours ou envisagées ➤ Actions spécifiques sur la pertinence des soins ➤ Modalités de préparation de la certification unique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicateurs de performance définis ➤ Projections d'activité avec évolutions attendues ➤ Gestion territoriale des lits ➤ Liens avec le Plan Triennal

Ces filières de prise en charge intègrent les coopérations déjà menées qui vont faire l'objet d'un approfondissement entre les établissements parties au GHT grâce à la mise en œuvre d'une réflexion commune basée sur l'actualisation des données d'activité des établissements et les perspectives de prise en charge de la population pour les prochaines années au regard de l'évolution des techniques médicales.