|  |
| --- |
| ***Sur ce modèle de convention…***  ***Le présent document est un modèle de convention de coopération, rédigé par la Fédération hospitalière de France, qui a été concerté au sein de fédérations régionales et par des directions d’établissements hospitaliers.***  ***Il propose une trame à destination des établissements de santé publics dans le cadre du processus d’autorisation d’activité. Pour rappel***, ***certaines activités, afin d’être autorisées, nécessitent la mise en œuvre d’un partenariat avec une autre structure, dès lors que le demandeur ne dispose pas sur site de l’ensemble des activités et équipements connexes nécessaires. Les conventions viennent alors encadrer cette coopération et démontrer auprès de l’ARS que les conditions nécessaires à l’attribution de l’autorisation sont bien réunies.***  ***Ce modèle de convention s’adresse aussi bien à des partenariats public/public que public/privé.***  ***Lors du dépôt du dossier auprès de l’ARS, la présente convention signée des parties doit être jointes au dossier, ou a minima une lettre d’engagement. Dans ce cas, la convention doit avoir été conclue au moment de la déclaration de début de l’activité.***  ***Cette convention peut être librement modifiée par chaque établissement.***  ***En effet, au-delà du cadrage règlementaire utile dans ce type de collaboration qu’elle propose, elle a vocation à être un appui à la conclusion des partenariats nécessaires à la réalisation des activités demandées.***  ***La présente convention vous invite ainsi à ouvrir une discussion avec le partenaire envisagé sur les modalités de cette coopération, et plus largement sur la collaboration qui lie les deux structures (partage de la PDSES, renforcement de la prise en charge en aval des patients par l’un ou l’autre des deux établissements, etc).***  ***Elle a donc vocation à être adaptée autant que de besoin au contexte local.*** |

|  |
| --- |
| **CONVENTION DE COOPERATION CONDITIONNANT L’ACCORD DE L’AUTORISATION DE CHIRURGIE** |

**Entre, d’une part** :

*Etablissement 1*, titulaire de l’autorisation de chirurgie, le cas échéant mention … situé au … et représenté par … en sa qualité de … ;

**Et d’autre part :**

*Etablissement 2*, titulaire de l’autorisation de …, situé au …  et représenté par … en sa qualité de … ;

Ci-après dénommé les **parties**

Vu le [code de la santé publique](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=29990101&categorieLien=cid), notamment les articles L. 6122-1 et R. 6122-25 ;

Vu l'[ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000043496485&categorieLien=cid) portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ;

Vu le [décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000046848991&categorieLien=cid) relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie, notamment les articles R6123-201 à R61236-212 ;

Vu le décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

Vu l’arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l’article R6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d’actes pour l’activité de chirurgie bariatrique prévu à l’article R6123-212 du code de la santé publique ;

Vu l’instruction n° DGOS/R3/2023/125 du 1er août 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

Vu le Projet régional de santé de la région XXXX + date + durée

Vu l’autorisation de …. accordée par décision (N° + date + date d’effet / durée) à l’Etablissement 1

Vu l'autorisation de … accordée à l’Etablissement 2

**Préambule**:

Dans le cadre de la présente convention, *l’Etablissement 1* et *l’Etablissement 2* organisent et assurent la continuité du parcours de soins des patients de l’*Etablissement 1* afin de sécuriser l’accord de son autorisation de chirurgie.

 Aux termes de l’article R6123-201 du code de la santé publique, l’activité de soins de chirurgie soumise à l’autorisation consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique de patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel, quelle que soit la voie d’abord et requérant la mise en œuvre d’une continuité des soins.

La réforme a par ailleurs vocation à replacer les soins de chirurgie au sein d’une prise en charge globale du patient, instaurant une logique de parcours. L’activité de chirurgie ne se restreint pas à l’acte de chirurgie, elle comporte également des actions de prévention et d’éducation à la santé.

La convention a pour objectif de préciser les modalités de mise en œuvre du partenariat et les engagements de chaque partie.

**Il est convenu et arrêté ce qui suit :**

Table des matières

[ARTICLE 1 : Objet de la convention 3](#_Toc153295097)

[ARTICLE 2 : Organisation des mises à disposition 4](#_Toc153295098)

[ARTICLE 3 : Engagements des parties 4](#_Toc153295099)

[3.1 – Engagements réciproques des établissements. 5](#_Toc153295100)

[3.2 - Engagements de l’Etablissement 1 5](#_Toc153295101)

[3.3 – Engagement de l’Etablissement 2 6](#_Toc153295102)

[ARTICLE 4 : Consentement du patient 6](#_Toc153295103)

[Article 5 : Protection des données partagées 7](#_Toc153295104)

[ARTICLE 6 : Responsabilité 7](#_Toc153295105)

[ARTICLE 7 : Facturation et suivi financier des prestations 7](#_Toc153295106)

[ARTICLE 8 : Suivi annuel de l’exécution 7](#_Toc153295107)

[ARTICLE 9 : Date d’effet, durée, renouvellement 8](#_Toc153295108)

[9.1 – Durée de la convention 8](#_Toc153295109)

[9.2 – Hypothèse de résiliation 8](#_Toc153295110)

[9.3 - Force majeure. 8](#_Toc153295111)

[Article 10 – Litige. 8](#_Toc153295112)

# ARTICLE 1 : Objet de la convention

|  |
| --- |
| ***L’article 1 recense l’ensemble des coopérations nécessaires à l’obtention d’une autorisation de médecine, dès lors que l’activité ou l’équipement indispensable n’est pas déjà détenu par l’établissement demandeur.***  ***Ne conserver que les mentions utiles.*** |

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles) :

De permettre, dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, la prise en charge chirurgicale des patients de l’établissement 1[[1]](#footnote-2) :

*à temps complet sur le site de l’établissement 2 ;*

*en ambulatoire, sur le même site ou sur un site à proximité (rayer la mention inutile)*

La mise à disposition de l’établissement 1, d’un accès, sur le site de l’établissement 2, à une unité de soins critiques permettant la prise en charge des patients dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins[[2]](#footnote-3) ;

La mise à disposition de l’établissement 1, d’un accès, sur le site de l’établissement 2[[3]](#footnote-4) :

aux examens de biologie médicale ;

aux examens d’imagerie médicale ;

aux examens d’anatomopathologie ;

à des produits de santé labiles ;

De la mise à disposition de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation de chirurgie bariatrique, au sein de l’établissement 2, d’un accès permettant la prise en charge, dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge[[4]](#footnote-5), à :

Une unité de réanimation ;

Un plateau technique permettant la réalisation d’endoscopies interventionnelles ;

Un scanographe adapté à la prise en charge des patients atteints d’obésité sévère, 24h/24 et 7j/7.

# ARTICLE 2 : Organisation des mises à disposition

|  |
| --- |
| ***Dans l’article 2, les parties sont invitées à préciser les modalités utiles de mise en œuvre de la convention pour les items de coopération retenus à l’article 1. Elle est à compléter selon les modes de fonctionnement en vigueur dans les établissements.***  ***L’article peut notamment porter sur :***   * ***Les modalités d’admission du patient dans les établissements*** * ***Les modalités de prise en charge du patient par l’une et l’autre des structures*** * ***Les modalités de sortie du patient*** * ***Les modalités de transport du patient*** * ***Le nom des référents à contacter*** * ***…*** |

2.1 – …

…

2.2 – …

…

2.3 – …

**...**

# ARTICLE 3 : Engagements des parties

|  |
| --- |
| **L’article 3 propose des exemples d’engagements types des parties signataires de la présente convention.**  **Les engagements proposés permettent de repréciser les principes qui concourent à une prise en charge de qualité dans les modalités prévues à la convention.**  **Ils peuvent être modulés, supprimés, d’autres peuvent être ajoutés, selon le contexte local propre à l’établissement, et demeurent des suggestions.**  **La conclusion d’une convention, dans le cadre d’un renouvellement ou d’une demande d’autorisation, peut ainsi être l’opportunité d’ouvrir une discussion avec le partenaire, et éventuellement l’ARS, sur la coopération sur le territoire.**  **Plusieurs points, directement liés à la présente convention, ou plus généraux, peuvent être discutés à cette occasion, comme par la participation effective du partenaire à la PDSES, la facilitation de prises en charge en aval par l’une ou l’autre des structures, etc.** |

## 3.1 – Engagements réciproques des établissements.

Afin d’établir la nécessité d’activer le partenariat prévu par la présente convention pour assurer la continuité des soins du patient de l’Etablissement 1, les équipes médicales de l’*Etablissement 1* engagent une concertation avec les équipes médicales concernées au sein de l’*Etablissement 2*.

Dans le cadre de cette concertation, les équipes médicales de l’établissement 1 s'assurent que l’orientation du patient vers l’établissement 2 est indispensable du fait des besoins spécifiques liés à sa prise en charge et que ceux-ci correspondent aux segments d’activité visés et circonscrits par l’article 1 ci-dessus.

Les établissements s’engagent à ce que les dispositions de la présente convention puissent être exécutées à tout moment (jour, nuit, week-end, jour férié). Aucun des deux établissements ne peut ainsi opposer à l’autre l’impossibilité d’assurer la prise en charge ou le retour du patient autrement que si l’état de santé du patient ne le permet pas, ou dans l’hypothèse de circonstances exceptionnelles et suite à un commun accord avec les équipes médicales des deux établissements.

Les parties s’appuient sur des outils de communication (préciser lesquels – DMP, Messagerie MSSanté etc.) facilitant la coordination des soins, l’information et les discussions entre équipes médicales des deux établissements sur la pertinence, les modalités de la prise en charge ainsi que sur les évolutions de l’état de santé du patient dans le service.

Chaque transfert de patient est notifié à l’autre établissement, au mieux, 48 heures à l’avance par téléphone, afin d’organiser l’accueil du patient par l’équipe médicale et soignante dans les meilleures conditions.

Les parties s’engagent à prendre toutes les mesures de sécurité nécessaires au respect de la confidentialité et de l’intégrité des informations transmises ou acquises dans le cadre de l’exécution de la présente convention.

## 3.2 - Engagements de l’Etablissement 1

*L’Etablissement 1* s’engage à solliciter *l’Etablissement 2* dans le cadre des modalités prévues par la présente convention en cas de nécessité relative à la prise en charge médicale d’un patient.

L’*Etablissement 1* s’engage à poursuivre la prise en charge du patient au sein de son établissement une fois que la prise en charge dans l’*Etablissement 2* aura été réalisée, selon les modalités prévues à la présente convention.

Afin d’assurer la continuité des soins du patient, la poursuite de la prise en charge au sein de l’*Etablissement 1* se fait sans délai après le passage du patient au sein de l’*Etablissement 2*. Il ne pourra pas être opposé d’arguments relatifs à l’horaire ou au jour de la fin de la prise en charge dans l’établissement 2 pour justifier qu’elle ne soit pas poursuivie dans l’*Etablissement 1* (soir, Week end, jour férié).

Le cas échéant, afin de faciliter la mise en œuvre de la présente convention et de permettre à l’Etablissement 2 d’assurer ses obligations de permanence et de continuité des soins, les établissements s’accordent pour que des prises en charge d’aval puissent être réalisées de *l’Etablissement 2* vers *l’Etablissement 1*, sous réserve de la compatibilité de l’état de santé des patients.

L’*Etablissement 1* s’engage à ne pas solliciter une mise en œuvre de la présente convention pour des situations pouvant être prises en charge sur site ou qui dépasseraient le périmètre défini à l’article 1 de la présente convention.

## 3.3 – Engagement de l’Etablissement 2

Après discussion avec l’équipe médicale de l’établissement 1 sur la pertinence et les modalités de la prise en charge d’un patient, l*’Etablissement 2* s’engage à mettre à disposition les moyens humains et matériels dont il dispose dans le cadre des modalités de coopération prévues à la présente convention, dans le respect de la continuité de la prise en charge, de la qualité et de la sécurité des soins prodigués au patient.

L’*Etablissement 2* s’engage à prendre en charge les patients de *l’Etablissement 1*, sous réserve que leur état de santé le permette, dès lors que les besoins relatifs à leur prise en charge répondent aux modalités de coopération prévues à la présente convention. Dans le cadre et selon les limites de la procédure hôpital en tension, il se réserve toutefois la possibilité de refuser un patient.

*L’établissement 2* peut, dans la mesure du possible, assurer un conseil téléphonique pour les équipes de *l’établissement 1* après le retour du patient au sein de l’établissement 1. En cas de besoin et sous réserve de places disponible, *l’Etablissement 2* pourra réadmettre le patient, si son état le nécessite, dans les mêmes conditions qu’une première admission.

En cas de décès du patient au sein de *l’Etablissement 2*, celui-ci s’engage à informer sans délai la famille ou le représentant légal ainsi que *l’Etablissement 1*, en utilisant les coordonnées précisées dans la fiche de liaison (annexe).

# ARTICLE 4 : Consentement du patient

Les parties s’engagent à respecter le droit à l’information et au consentement des patients conformément aux articles L1111-2 et L1111-4 du code de la santé publique.

Le médecin de *l’Etablissement 1* donne au patient pour lequel un transfert est envisagé, une information orale, claire, loyale et adaptée sur son état, les investigations et les soins qui lui seront proposés dans le cadre de la mise en œuvre de la convention et s’efforcera de recueillir son consentement écrit.

Sauf urgence ou impossibilité, si le patient est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin doit informer du transfert la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches.

Les équipes de *l’établissement 2* qui prennent en charge le patient doivent s’assurer qu’une information loyale, claire et adaptée lui a été donnée par les équipes de l’établissement 1, en accord avec sa situation médicale à son arrivée dans l’établissement 2 et le cas échéant, compléter ces informations.

# Article 5 : Protection des données partagées

Dans le cadre de la mise en œuvre des coopérations prévues par la présente convention, les données de santé du patient pourront être partagées entre professionnels, dans le respect des conditions posées par l’article L1110-4 du code de la santé publique et sous réserve que le partage soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins.

Dans le cas où les données sont partagées entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, le consentement du patient doit être recueilli, par tout moyen, y compris de façon dématérialisée. Le partage d’informations devra être fait en utilisant l’Identifiant national de santé (INS), la messagerie MSSanté et le dossier médical partagé[[5]](#footnote-6) (DMP). Lorsque l’accès aux données se fait depuis l’extérieur de l’établissement, le requérant doit pouvoir être identifié par un système d’authentification à double facteur.

# ARTICLE 6 : Responsabilité

Chaque partie à la convention est responsable du patient tout au long du séjour au sein de son établissement.

En conséquence, la responsabilité civile et administrative d’un établissement de santé ou d’un professionnel de santé exerçant à titre libéral, susceptible d’être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d’atteintes à la personne au cours d’une activité de prévention, de diagnostic ou de soins relevant de l’exécution de la présente convention est couverte par l’assurance à laquelle ils sont tenus de souscrire au terme de l’article L1142-2 du Code de la santé publique.

# ARTICLE 7 : Facturation et suivi financier des prestations

Dans le cadre d’un transfert d’une durée inférieure à une nuit d’hospitalisation, le séjour du patient dans *l’établissement 1* n’est pas interrompu. *L’établissement 2* facture à *l’établissement 1* les prestations effectuées. Pour ce faire, le Département de l’information médicale de *l’établissement 2* transmet les cotations d’actes réalisés à celui de *l’établissement 1.*

Les hospitalisations d’au moins une nuit au sein de l’*Etablissement 2* génèrent un nouveau séjour qui est facturé directement par l’Etablissement 2 auprès de l’Assurance maladie.

# ARTICLE 8 : Suivi annuel de l’exécution

Les parties s’engagent, par leur représentant ou un délégué, à réaliser une évaluation annuelle des conditions d’exécution de la présente convention et à discuter des pistes d’amélioration éventuelles de la présente convention. Au besoin, les parties pourront amender la présente convention par voie d’avenant.

# ARTICLE 9 : Date d’effet, durée, renouvellement

## 9.1 – Durée de la convention

L’exécution des dispositions de la présente convention est subordonnée à l’autorisation de chirurgie accordée à l’établissement 1.

La présente convention ne peut être mise en œuvre qu’à la date à laquelle prend effet l’autorisation de chirurgie de *l’Etablissement 1*. Elle est conclue pour une durée de sept ans, renouvelable exclusivement par voie d’avenant.

Elle devient caduque lors de l’expiration de l’autorisation de chirurgie de l’*Etablissement 1* ou de l’autorisation de... de *l’Etablissement 2* ou sur décision du Directeur général de l’ARS d’en suspendre tout ou partie du contenu.

## 9.2 – Hypothèse de résiliation

En cas d’inexécution totale ou partielle des dispositions de la présente convention, l’établissement défaillant dispose d’un délai d'un mois pour s’exécuter à compter de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception de l’autre établissement. A défaut d’exécution de l’établissement défaillant à l’issu de ce délai, la convention est résiliée. Cette résiliation est notifiée à l’établissement défaillant par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans cette hypothèse, les parties s’engagent à établir, sans délai, une convention de substitution avec un établissement tiers, afin de garantir la continuité des filières de soins des patients. Le cas échéant, les parties alerter le Directeur général de l’ARS de ladite rupture et des conséquences éventuelles sur le parcours de soins de leurs patients.

## 9.3 - Force majeure.

La suspension de l’exécution de la convention ou la modification de ses dispositions peut être demandée par l’une des parties si elle se trouve dans l’impossibilité de répondre à ses obligations du fait d’un évènement extérieur, imprévisible et irrésistible. Le cas échéant, les modifications interviendront par voie d’avenant.

# Article 10 – Litige.

En cas de désaccord sur l’interprétation ou l’exécution de la présente convention, les parties s’engagent à chercher une solution amiable. Si les parties ne parviennent pas à un accord, tout litige relatif à l’interprétation ou à l’exécution de la présente convention sera soumis au tribunal administratif compétent.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à XXXX, le XXX

 Préciser si signataire dispose d’une délégation de signature

**Annexe : Informations à transmettre au médecin de l'établissement 2 : FICHE DE LIAISON**

|  |
| --- |
| **Cette annexe propose, de manière non obligatoire, une fiche de liaison type. Les établissements y sont invités à lister puis à compléter, au moment opportun, l’ensemble des informations qu’ils jugent indispensables et utiles de transmettre à l’autre partie (informations concernant le patient transféré, résumé clinique, antécédents significatifs connus, traitements en cours, bilan des fonctions vitales, et toute autre information pertinente).** |

Rappel : Le médecin de l’établissement 2 qui décide de transférer un patient vers l’établissement 1 met en place la démarche suivante :

1. Le médecin de l’établissement 2 décide du transfert du patient.
2. Le médecin de l’établissement 2 appelle un responsable médical du service de réanimation [et/ou surveillance continue, et/ou soins intensifs] de l’établissement 1 pour demander le transfert.
3. Le médecin du service sollicité donne son accord, le diffère ou refuse le transfert
4. En cas d'accord, le médecin de l’établissement 2 décide des modalités de transport du patient, en concertation avec le SAMU correspondant.
5. En cas d'accord, le médecin de l’établissement 2 confirme sa décision avec la fiche de liaison correspondante, accompagnée des résultats des examens réalisés. **La fiche de liaison accompagne le patient.**

Cette fiche est à transmettre au SAMU après accord de transfert.

**1. Expéditeur :**

#### Nom du Médecin:

#### Etablissement:

#### Service :

Coordonnées de l’unité d’hospitalisation :

N° de téléphone :

N° de télécopie :

**2. Destinataire :**

#### Nom du Médecin:

#### Établissement:

#### Service :

#### Coordonnées de l’unité d’hospitalisation :

#### N° de téléphone :

#### N° de télécopie :

**3. Informations concernant le patient transféré :**

#### Nom : ...............................................Prénom :.....................................Date de naissance :........./........../...................

Personne de confiance : Nom : Prénom : Tel :

Médecin traitant: Nom : Prénom : Tel

Le patient a-t-il exprimé des directives anticipées pour :

une éventuelle limitation des traitements actifs ? OUI NON

un refus de prélèvement d’organes Oui Non

Si le patient est mineur ou incapable majeur : joindre l’autorisation des parents ou du tuteur légal

Délai d'obtention du transfert ……………………………………………………………………………………………………………

1. **Résumé clinique**

1. **Antécédents significatifs connus**

1. **Traitements en cours**

1. **Bilan des fonctions vitales (au moment du transfert)**

Oui Non

Malade conscient : ⬜ ⬜

Nécessité d’une analgésie : ⬜ ⬜

Nécessité d’une sédation : ⬜ ⬜

Patient porteur d’une BMR  

État respiratoire :

Ventilation spontanée : ⬜ ⬜

Débit Oxygène : …........... l/min

Ventilation mécanique  ⬜ ⬜

Paramètres : fr. :…...../min vol courant :…..........ml

FiO2 : …..........% PEP : …........cmH20

SpO2 : …........%

État circulatoire : Oui Non

Stabilité hémodynamique : ⬜ ⬜

Pouls : ........./ min TA : ........../...........

Troubles du rythme : ⬜ ⬜

Diurèse conservée : ⬜ ⬜

Utilisation de médicaments vasoactifs : ⬜ ⬜

Hémodialyse chronique ⬜ ⬜

Hémofiltration récente ⬜ ⬜ date ………. heure………..

Date de mise en place du KT de dialyse ou d’hémofiltration

FAV : ⬜ ⬜

Localisation de la FAV : ………………………..

**8. Divers**

Oui Non

VVP) ⬜ ⬜

KT artériel ⬜ ⬜

Pace maker : ⬜ ⬜

Défibrillateur : ⬜ ⬜

Seringues électriques : ⬜ ⬜

Nombre :

S.E. 1 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 2 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 3 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E.4 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 5 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

**9. Drainages**

Oui Non

Sonde Urinaire : ⬜ ⬜

Sonde Nasogastrique : ⬜ ⬜

Drain thoracique : ⬜ ⬜

Consignes chirurgicales en cas de drainages chirurgicaux (digestifs entre autre) ……………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Conclusion - Commentaires:**

***Signature***

1. CSP, article R6123-203 [↑](#footnote-ref-2)
2. CSP, article R6123-204 [↑](#footnote-ref-3)
3. Idem [↑](#footnote-ref-4)
4. CSP, article R6123-210 [↑](#footnote-ref-5)
5. CSP, article L1111-15 [↑](#footnote-ref-6)