**CONVENTION DE COOPERATION CONDITIONNANT L’AUTORISATION D’ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES PEDIATRIQUES**

**Entre, d’une part** :

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

**Et d’autre part :**

*L’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, notamment ses articles L.1110-4, R.6123-33 à R.6123-38-2, D. 6124-27 à D6124-27-2 et D6124-32 à D. 6124-34-3 ;

Vu l’ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d’activité de soins ;

Vu le [décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668536) ;

Vu [Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631) ;

Vu l’arr[êté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668855) ;

Vu l’instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques ;

Vu le Projet régional de santé et 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 d’activité de soins critiques mention … .

L’activité de soins critiques correspond à la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

L'unité de réanimation pédiatrique de recours assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance, et dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité.  
  
L'unité de réanimation pédiatrique assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques dérogatoires en l'absence d'une unité de réanimation sur le site assurent la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans, qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigue mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. Lorsque le patient présente une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation.

L'unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie assure la prise en charge, au sein d'une unité dédiée, des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigue liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel imposant des traitements spécifiques hématologiques, pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile.

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

Table des matières

[ARTICLE 1 : Objet de la convention 4](#_Toc153292694)

[1.1 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, **mention 1° « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant ».** 4](#_Toc153292695)

[1.1.1 – Organisation de l’environnement du service et de ses liens avec d’autres activités. 4](#_Toc153292696)

[1.1.2 – Organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1 en unités de soins intensifs 5](#_Toc153292697)

[1.2 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques la **mention 2° « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »**. 5](#_Toc153292698)

[1.2.1 – Organisation de l’environnement du service et de ses liens avec d’autres activités 5](#_Toc153292699)

[1.2.2 – Organisation du retour ou du transfert des patients en unités de soins intensifs 6](#_Toc153292700)

[1.3 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques **mention 3°** **« Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »**. 7](#_Toc153292701)

[1.4 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, **mention 4° « Soins intensifs pédiatriques d’hématologie »**. 8](#_Toc153292702)

[ARTICLE 2 : Organisation des mises à disposition 8](#_Toc153292703)

[ARTICLE 3 : Engagements des parties 9](#_Toc153292704)

[3.1 – Engagements réciproques des établissements. 9](#_Toc153292705)

[3.2 - Engagements de l’Etablissement 1 10](#_Toc153292706)

[3.3 – Engagement de l’Etablissement 2 10](#_Toc153292707)

[ARTICLE 4 : Consentement 11](#_Toc153292708)

[Article 5 : Protection des données partagées 11](#_Toc153292709)

[ARTICLE 6 : Responsabilité 11](#_Toc153292710)

[ARTICLE 7 : Facturation et suivi financier des prestations 12](#_Toc153292711)

[ARTICLE 8 : Suivi annuel de l’exécution 12](#_Toc153292712)

[ARTICLE 9 : Date d’effet, durée, renouvellement 12](#_Toc153292713)

[9.1 – Durée de la convention 12](#_Toc153292714)

[9.2 – Hypothèse de résiliation 12](#_Toc153292715)

[9.3 - Force majeure. 13](#_Toc153292716)

[ARTICLE 10 – Manquement d’exécution. 13](#_Toc153292717)

# ARTICLE 1 : Objet de la convention

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

## 1.1 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, **mention 1° « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant ».**

### – Organisation de l’environnement du service et de ses liens avec d’autres activités.

### 

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

La mise à disposition de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques au sein de l’établissement 2[[1]](#footnote-1) :

De l’accès à des compétences médicales spécialisées dans les affectations pédiatriques rares ou complexes.

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation d’examens d’imagerie médicale :

Par radiologie conventionnelle,

D’angiographie par scanner et échographie,

Par IRM,

Par des actes de radiologie interventionnelle.

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation des examens de :

Bactériologie,

Hématologie,

Biochimie,

Relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang.

D’un accès, à proximité de l’unité de réanimation, à des équipements de biologie médicale délocalisée permettant des examens urgents de :

Gaz du sang,

Lactate,

Sodium et potassium,

Hémoglobine et glycémie.

### 1.1.2 – Organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1 en unités de soins intensifs

La présente convention a pour objet d’assurer la sécurité et la continuité des soins critiques (cocher les mentions utiles)[[2]](#footnote-2) :

L’organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques mention 1°, dès que leur état de santé le permet, en unité de soins intensifs pédiatriques au sein de l’établissement 2 titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, avec la mention 3° « Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires » ;

L’organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques mention 1°, dès que leur état de santé le permet, en unité de soins intensifs pédiatriques au sein de l’établissement 2 également titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, avec la mention 4° « Soins intensifs pédiatriques d’hématologie » ;

## 1.2 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques la **mention 2° « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »**.

### 1.2.1 – Organisation de l’environnement du service et de ses liens avec d’autres activités

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

La mise à disposition d’un accès pour les patients de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques mention 2° « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant », à un service d’hospitalisation à temps complet de médecine, adaptés à l’âge, au sein de l’établissement 2[[3]](#footnote-3).

La mise à disposition de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatrique mention 2° « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant », au sein de l’établissement 2[[4]](#footnote-4) :

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation d’examens d’imagerie médicale :

Par radiologie conventionnelle,

D’angiographie par scanner et échographie,

Par IRM,

Par des actes de radiologie interventionnelle.

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation des examens de :

Bactériologie,

Hématologie,

Biochimie,

Relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang.

D’un accès à des équipements de biologie médicale délocalisée permettant de réaliser des examens urgents de :

Gaz du sang,

Lactate,

Sodium et potassium,

Hémoglobine et glycémie.

### 1.2.2 – Organisation du retour ou du transfert des patients en unités de soins intensifs

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles)[[5]](#footnote-5) :

L’organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques mention 2°, dès que leur état de santé le permet, en unité de soins intensifs pédiatriques au sein de l’établissement 2 titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, avec la mention 3° « Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires » ;

L’organisation du retour ou du transfert des patients de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques mention 2°, dès que leur état de santé le permet, en unité de soins intensifs pédiatriques au sein de l’établissement 2 également titulaire de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, avec la mention 4° « Soins intensifs pédiatriques d’hématologie » ;

## 1.3 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques **mention 3°** **« Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »**.

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

La mise à disposition de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de la mention 3° « Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires », sous la modalité soins critiques pédiatriques, au sein de l’établissement 2 :

De moyens d’hospitalisation de chirurgie à temps complet adaptés à l’âge

D’un secteur opératoire à disposition avec des moyens de surveillance post-interventionnelle

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation d’examens d’imagerie médicale :

Par radiologie conventionnelle,

D’angiographie par scanner et échographie,

Par des actes de radiologie interventionnelle.

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation des examens de :

Bactériologie,

Hématologie,

Biochimie,

Relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang.

D’un accès à des équipements de biologie médicale délocalisée permettant de réaliser des examens urgents de :

Gaz du sang,

Lactate,

Sodium et potassium,

Hémoglobine et glycémie.

## 1.4 – Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation de soins critiques pédiatriques, **mention 4° « Soins intensifs pédiatriques d’hématologie »**.

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

L’organisation de la mise à disposition de l’établissement 1, titulaire de l’autorisation de la mention 4° « Soins intensifs pédiatriques d’hématologie », sous la modalité soins critiques pédiatriques, au sein de l’établissement 2 :

D’un accès à une unité de greffe de cellules souches hématopoïétiques, adaptée à l’âge ;

D’un accès à une unité de réanimation, adaptée à l’âge ;

D’un accès à un plateau technique permettant la réalisation d’examens d’imagerie médicale par scanner et IRM.

# 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*** * ***Les modalités de retours en soins intensifs en particulier pour les hypothèses du 1.1.2 et du 1.2.2 (en différenciant, au besoin, entre les séjours en établissement 1 < ou > 48h).*** |

## 2.1 - …

…

## 2.2 - …

…

# 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’Etablissement 1* s'assurent que l’orientation du patient vers *l’Etablissement 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 parties 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 manque de places au sein de l’établissement 2, causé par des circonstances exceptionnelles Dans une telle hypothèse, le refus de prise en charge devra faire l’objet d’une discussion commune entre les équipes médicales des deux établissements.

En tout état de cause, l’objectif des partenariats mis en œuvre avec les titulaires des autorisations des mentions 3°, 4°, et 5° doit être de permettre des prises en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l’année et respectant les délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins[[6]](#footnote-6).

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, afin d’organiser son accueil 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 ne solliciter *l’Etablissement 2* dans le cadre des modalités prévues à la présente convention qu’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 sans délai, une fois celle dans l’*Etablissement 2* réalisée selon les modalités prévues à la présente convention. Il ne pourra pas être opposé d’arguments relatifs à l’heure ou au jour de la prise en charge pour justifier qu’elle ne soit pas poursuivie par l’Etablissement 1.

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

**3.2.1 – Engagements spécifiques des établissements titulaires de l’autorisation de soins critiques au respect des conditions techniques de fonctionnement**

Conformément aux dispositions de l’instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques, chaque titulaire d’autorisation de soins critiques assure, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l’accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients et leur transfert dès que leur état de santé le permet. Cette organisation se construit au besoin à l’appui du DSR de soins critiques.

Pour assurer la permanence médicale, chaque titulaire s’engage ainsi à disposer des ressources humaines suffisantes telles que listées en annexe 3.

De fait, les parties ne sauront invoquer un manque de personnels pour refuser l’accueil d’un patient.

## 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

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

Le médecin de *l’Etablissement 1* donne à l’enfant hospitalisé pour lequel un transfert est envisagé ainsi qu’aux titulaires de l’autorité parentale, 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 leur consentement écrit.

Sauf urgence ou impossibilité, si le patient est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin doit informer les titulaires de l’autorité parentale du transfert.

Les équipes de *l’établissement 2* qui prennent en charge le patient doivent s’assurer qu’une information loyale, claire et adaptée a été donnée par les équipes de *l’établissement 1* aux titulaires de l’autorité parentale et au patient, 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[[7]](#footnote-7) (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 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 médecine 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 soins critiques pédiatriques 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 médecine 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 – Manquement d’exécution.

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 : c c

Nécessité d’une analgésie : c c

Nécessité d’une sédation : c c

Patient porteur d’une BMR c c

État respiratoire :

Ventilation spontanée : c c

Débit Oxygène : …........... l/min

Ventilation mécanique  c c

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

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

SpO2 : …........%

État circulatoire : Oui Non

Stabilité hémodynamique : c c

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

Troubles du rythme : c c

Diurèse conservée : c c

Utilisation de médicaments vasoactifs : c c

Hémodialyse chronique c c

Hémofiltration récente c c date ………. heure………..

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

FAV : c c

Localisation de la FAV : ………………………..

**8. Divers**

Oui Non

VVP) c c

KT artériel c c

Pace maker : c c

Défibrillateur : c c

Seringues électriques : c c

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 : c c

Sonde Nasogastrique : c c

Drain thoracique : c c

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

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

**Conclusion - Commentaires:**

***Signature***

**Annexe 2 : Liste des ressources humaines nécessaires pour assurer la permanence et la sécurité des soins critiques pédiatriques**

Pour assurer la permanence médicale et selon les engagements du point 3.1.2 de la présente convention, chaque titulaire s’engage ainsi à disposer de ressources humaines suffisantes, à savoir :

* Pour l'UREA pédiatrique ou de l’UREA pédiatrique de recours et de l'USIP pédiatrique contiguë23 (mentions 1 et 2) :

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-33 du CSP. Le cas échéant, en dehors des services de jour, la permanence peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

* Pour l'USI pédiatrique dérogatoire (mention 3), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale ;

2° Une astreinte opérationnelle d’un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

* Pour l'USI pédiatrique d'hématologie25 (mention 4), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-34-1 du CSP pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

1. CSP, article R6123-36-1 [↑](#footnote-ref-1)
2. CSP, article R6123-35 [↑](#footnote-ref-2)
3. CSP, article R6123-36 [↑](#footnote-ref-3)
4. CSP, article R6123-36-1 [↑](#footnote-ref-4)
5. CSP, article R6123-35 [↑](#footnote-ref-5)
6. CSP, articles R6123-37, R6123-38 et R6123-38-1. [↑](#footnote-ref-6)
7. CSP, article L1111-15 [↑](#footnote-ref-7)