



Centre Hospitalier Lucien Husser
BP 127 - 38209 VIENNE

 **+33 (4) 3702 1059**

 **+33 (4) 3702 1058**

Email : resuval@ch-vienne.fr

SOMMAIRE

CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESUVAL

Exposé préalable.....	3
Missions : Articles 1 à 4.....	4
<i>Article 1</i> : Object du Réseau.....	4
<i>Article 2</i> : Champ de la pathologie.....	4
<i>Article 3</i> : Finalité du Réseau.....	4
<i>Article 4</i> : Objectifs et moyens mis en œuvre.....	5
Principes de la Convention Constitutive : Articles 5 à 8.....	5
<i>Article 5</i> : Nature de la Convention.....	5
<i>Article 6</i> : Adhésion à la Convention.....	5
<i>Article 7</i> : Durée d'engagement à la Convention.....	6
<i>Article 8</i> : Condition suspensive.....	6
Organisation et fonctionnement : Articles 9 à 22.....	6
<i>Article 9</i> : Organisation du Réseau.....	6
<i>Article 10</i> : Participation de l'ensemble des acteurs de santé exerçant dans la zone sanitaire du réseau.....	7
<i>Article 11</i> : Les instances conventionnelles du Réseau.....	8
– L'assemblée générale de la Convention	8
– Le Conseil de Réseau	8
– Le Comité de Coordination	9
 <i>Article 12</i> : Les plans d'action et la philosophie générale de l'organisation.....	10
<i>Article 13</i> : Formation des membres du Réseau.....	11
<i>Article 14</i> : Activités de recherche.....	11
<i>Article 15</i> : Evaluation et suivi du Réseau.....	11
<i>Article 16</i> : Propriété des travaux du Réseau.....	12
<i>Article 17</i> : Accréditation du Réseau.....	12
<i>Article 18</i> : Dysfonctionnements.....	12
<i>Article 19</i> : Responsabilité à l'égard des membres du Réseau.....	13
<i>Article 20</i> : Evolution de la Convention de Réseau.....	13
<i>Article 21</i> : Litiges et arbitrage.....	13

Exposé préalable

Une trentaine d'établissements sont habilités à prendre en charge les urgences médicales et traumatologiques dans la vallée du Rhône.

Il s'agit d'un champ partagé entre la médecine d'urgence, la réanimation, les sur-spécialités techniques (comme la cardiologie interventionnelle, la radiologie interventionnelle) et d'autres spécialités (chirurgie, neurologie).

La médecine d'urgence occupe une place centrale et incontournable dans la prise en charge initiale des patients les plus graves. Elle assume la gestion préhospitalière et gère les transferts de ces patients conformément aux filières établies ou à établir.

Un partenariat étroit entre les spécialités et la médecine d'urgence doit donc se développer.

De plus, le traitement de beaucoup de ces patients requiert rapidement des moyens techniques lourds. Leur mise en œuvre dans des délais brefs impose une organisation et une coopération à l'échelle du bassin hospitalier, voire à l'échelle de la région.

Certains domaines comme les traumatisés graves relèvent d'une prise en charge multidisciplinaire. L'affichage extérieur des expertises manque de clarté et mérite d'être mieux structuré. De plus la mobilisation interne de ces expertises multidisciplinaires est perfectible et requiert une plus grande transparence.

Spécialistes et urgentistes ont ici un terrain de travail obligatoirement commun et une répartition des tâches à structurer. Ceci suppose une concertation entre urgentistes et spécialistes de l'urgence mais aussi des spécialistes entre eux et des urgentistes entre eux. Encore faut-il des interlocuteurs identifiés dans le monde de l'urgence. Encore faut-il un dialogue entre les différentes composantes des spécialités de l'urgence.

Il apparaît dans l'intérêt des spécialités comme de la médecine d'urgence de développer des relations étroites, contractuelles en terme non seulement de prise en charge des malades et notamment de transfert et retransfert mais aussi d'échange de connaissance et d'expertise.

Les hôpitaux, publics comme privés, et les équipes de soins qui participent à la prise en charge de ces urgences offrent des services complémentaires. La mise en place d'un Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône apparaît indispensable pour la qualité des soins mais aussi pour l'évolution des spécialités et de la médecine d'urgence.

Ce réseau aura aussi pour tâche d'améliorer le fonctionnement des filières en aval de l'hospitalisation. Pour ce il lui faudra associer à la réflexion des structures sanitaires, médico-sociales et sociales. Les médecins généralistes font partie intégrante du dispositif.

Afin de développer la sécurité et la qualité de la prise en charge dans ce contexte, les parties signataires prennent l'initiative de coopérer plus étroitement et de s'organiser dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation de la gestion des risques.

Tel est l'objet de la présente Convention, conclue, à ce jour, aux visas suivants :

Vu les articles L 6321-1 du Code de la Santé Publique relatifs aux Réseaux de santé,

Vu les articles L 162-43 à L 162-46 du code de la Sécurité Sociale relatifs aux Réseaux,

Vu les décrets 95-647 et 97-615 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences,

Vu les décrets 2002-465 et 2002-466 relatifs aux activités de réanimation, de surveillance

continue et de soins intensifs cardiologiques.

Vu le décret 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des Réseaux de santé et portant application de l'article L 6312-1 du Code de la Santé Publique,

Vu la circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences,

Vu les Décrets n°2006-576 et 577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence,

Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnement,

Vu le SROS 2006-2010 en Rhône-Alpes.

Missions : Articles 1 à 4

Article 1 : Objet du Réseau

Le Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône (RESUVal) repose sur la volonté de développer un partenariat sur la base du volontariat des établissements de santé publics et privés de la zone géographique appelée ci-après «zone sanitaire du Réseau» (cf carte en annexe 1) et identifiés pour leur activité d'urgence, quel que soit leur statut juridique et leur desserte géographique, afin d'assurer une prise en charge globale et optimale des patients dans le cadre de l'urgence.

Il pourra être étendu à d'autres acteurs de santé conformément à l'article 6 de la présente convention.

Article 2 : Champ de la pathologie

Le Réseau couvre l'ensemble des pathologies médicales et traumatologiques d'urgence (cf article 12) et les activités qui lui sont associées : diagnostic, traitement et orientation, sous réserve des moyens disponibles dans la zone sanitaire du Réseau.

Article 3 : Finalité du Réseau

Le Réseau vise

1. d'une part à améliorer la qualité des soins des patients dans le cadre de l'urgence,
2. d'autre part à assurer à ces patients une prise en charge équivalente quelque soit leur lieu de prise en charge dans la zone sanitaire du Réseau,
3. à étayer le rôle central de la médecine d'urgence, hospitalière et pré-hospitalière, pour la prise en charge diagnostique et l'orientation des pathologies qui en relèvent,
 - en renforçant son autonomie dans le diagnostic et l'orientation de ces patients,
 - en équilibrant ses relations avec ses partenaires spécialistes amenés à prendre aussi en charge ces patients.

Article 4 : Objectifs et moyens mis en œuvre

Les principaux objectifs et moyens mis en œuvre par RESUVal sont de :

- 1.organiser les relations entre les établissements de soins et leurs acteurs médicaux pour la mise en place de filières adaptées ;
- 2.participer à la mise en place et la mise à jour du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- 3.optimiser les transferts de patients, éviter les transferts inutiles, favoriser les retransferts ;
- 4.homogénéiser les pratiques parmi les membres du Réseau par l'intermédiaire de référentiels diagnostiques et thérapeutiques définis en commun pour la zone sanitaire du Réseau et ajustés aux particularités humaines, techniques et économiques de chaque membre du Réseau ;
- 5.promouvoir la formation continue des professionnels médicaux et non médicaux impliqués dans la prise en charge des urgences à travers :
 - leur participation aux groupes de travail pour la constitution des référentiels
 - la charte pédagogique du Réseau (cf annexe 2)
 - un partenariat avec les organismes de Formation Médicale Continue de médecins généralistes et les formations continues hospitalières
 - la construction et l'entretien d'un site Internet spécifiquement dédié aux membres du Réseau
- 6.mettre en place des procédures d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins avec notamment audits des dossiers médicaux ;
- 7.contribuer au développement de la recherche épidémiologique et clinique ;
- 8.participer à l'amélioration des filières en aval des services d'hospitalisations, que ce soit la filière gériatrique ou d'autres affections de longue durée, par le développement de la coopération entre les structures sanitaires, médico-sociales, sociales et les médecins généralistes.

Principes de la convention constitutive : Articles 5 à 8

Article 5 : Nature de la convention

L'esprit de la présente Convention établie conformément au décret du 17 décembre 2002 relatif aux Réseaux de santé, est celui d'un contrat organisant les relations entre ses parties, en termes d'obligations et droits réciproques.

Article 6 : Adhésion à la Convention

Le Réseau des Urgences de la Vallées du Rhône, RESUVal, est créé sous forme d'une convention, à l'initiative des établissements de santé publics et privés signataires. Ces établissements en sont membres fondateurs. Aucun droit spécifique ne s'attache à cette qualité.

Tout établissement de santé public ou privé situé dans le champ géographique défini dans la zone sanitaire du Réseau et titulaire des autorisations ou agréments sanitaires adéquats (cf. article 9), pourra adhérer à la présente Convention à la seule condition d'en faire la demande auprès de l'instance conventionnelle compétente désignée à l'article 11.

La demande sera valide si elle est justifiée du titulariat des autorisations ou agréments sanitaires requis.

Sauf décision contraire, explicite, motivée, et notifiée à l'intéressé dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande d'adhésion par l'instance conventionnelle compétente, l'établissement pétitionnaire est réputé adhérent. Par la suite, tous les droits et obligations qui résultent de la présente Convention s'appliqueront rétroactivement à l'instant de son adhésion.

Les professionnels libéraux qui souhaiteraient adhérer aux objectifs et aux plans d'actions du Réseau formuleront une demande d'adhésion au conseil de Réseau.

Sauf décision contraire, explicite, motivée, et notifiée à l'intéressé dans un délai de 30 jours, à compter de la réception de la demande d'adhésion par l'instance conventionnelle compétente, le professionnel de santé est réputé adhérent.

Article 7 : Durée d'engagement à la Convention

Les parties signataires initiales adhèrent à la présente Convention pour une durée initiale de trois ans à compter de la date de sa signature.

Ultérieurement, la Convention sera reconduite d'année en année, tacitement, à défaut de décision expresse.

Tout établissement peut quitter le Réseau au terme de la période triennale initiale, ou au terme de chaque période annuelle suivante, à la double condition d'en aviser l'instance conventionnelle compétente par lettre recommandée avec avis de réception et de respecter un préavis de six mois.

Le retrait du Réseau d'un établissement sera porté à la connaissance de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Tout professionnel de santé libéral peut quitter le Réseau au terme de la période triennale initiale, ou au terme de chaque période annuelle suivante, à la double condition d'en aviser l'instance conventionnelle compétente par lettre recommandée avec avis de réception et de respecter un préavis de six mois.

Article 8 : Condition suspensive

Tout établissement de santé privé conclut la présente Convention sous la condition suspensive que tous les praticiens médicaux liés à cet établissement de santé privé par un contrat d'exercice médical libéral et concernés par le présent Réseau de santé à raison des dispositifs légaux (cardiologues, anesthésistes-réanimateurs,...) ou de l'organisation de l'établissement (imagerie, urgences, ... par exemple), aient accepté d'en modifier les termes, de telle manière que la portée des obligations nées de la présente Convention s'étende effectivement aux praticiens libéraux impliqués dans le fonctionnement du Réseau de santé, sans que le principe de l'effet relatif des contrats en restreigne la portée à l'égard des dits praticiens.

Organisation et fonctionnement : Articles 9 à 22

Article 9 : Organisation du Réseau

Le Réseau comprend (voir liste en annexe 3) :

- 1) les établissements concourant directement à la prise en charge des urgences

Ces établissements réunissent en une même structure hospitalière les moyens humains et techniques nécessaires à la prise en charge des urgences médicales ou traumatologiques. Ces établissements sont le siège d'un SAMU, d'un SMUR ou d'un service d'urgence.

- 2) des membres associés qui ne disposent pas localement de service d'accueil des urgences. Ils sont au moins le siège, en fonction des autorisations réglementaires, d'un plateau technique interventionnel ou d'une unité spécialisée participant à la prise en charge de l'urgence : cardiologie interventionnelle, rythmologie, neurochirurgie, pédiatrie,...etc. Ces établissements réunissent donc en une même structure hospitalière les moyens humains et techniques nécessaires à la prise en charge spécialisée, interventionnelle et/ou chirurgicale et/ou radio interventionnelle des pathologies qui le requièrent en urgences. Il s'agit par exemple des détenteurs d'une autorisation d'imagerie, des détenteurs d'autorisation d'un plateau technique spécialisé (articles R.6123-32-1 à -6 du CSP) qui ne seraient pas établissement disposant d'une structure d'urgences, des autres établissements de santé et les autres détenteurs d'une autorisation délivrée par l'ARH.
- 3) Les représentants (liste non limitative) des établissements médico-sociaux ou sociaux, des réseaux de santé du même bassin, les Maisons Médicales de garde, Les médecins correspondant du SAMU, les représentants des usagers, pourront demander à adhérer au réseau.
- 4) Un représentant de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et un représentant de la Conférence sanitaire sont invités aux réunions organisées par les réseaux interbassins des urgences.

Article 10 : Participation de l'ensemble des acteurs de santé à l'organisation des ressources de proximité dans la zone sanitaire du RESUVal.

Le RESUVal devrait inclure à terme les acteurs de santé qui le souhaitent, et qui contribuent au diagnostic, au traitement et au suivi des patients atteints de pathologies médicales aiguës ou traumatologiques. En parallèle des liens pourront être formalisés, après accord du conseil de Réseau, avec notamment :

les praticiens libéraux spécialistes ou généralistes, les personnels soignants des services de soins infirmiers et d'aide à domicile "hors sites" dans la mesure de leur participation aux activités définies dans des référentiels à construire. Ces praticiens seront invités à participer aux réunions de constitution des référentiels et aux démarches de formation continue.

Il est possible que des conventions inter-établissements répondant à une prescription réglementaire définissent d'ores et déjà les modalités des relations entre certaines institutions : hôpitaux généraux et hôpitaux locaux, EHPAD, centres de réadaptation,... Les établissements expriment ici leur volonté de s'orienter vers un cadre général de coopération dans lequel pourrait s'intégrer l'ensemble des professionnels concernés afin de parvenir à la constitution d'un maillage équilibré de l'offre de soins proximité au sein duquel chacune des structures trouverait sa place en fonction des soins qu'elle est autorisée et capable d'assurer, dans le double objectif de la sécurité et de la proximité des soins. La présente Convention n'annule pas les conventions bilatérales ou multilatérales antérieurement conclues portant sur le même objet. Toute convention ou charte de fonctionnement inter-établissements en cours ou à venir, passée par des membres du Réseau avec d'autres membres ou non, doit être communiquée au conseil du Réseau.

Article 11 : Les instances conventionnelles du Réseau

les instances conventionnelles sont au nombre de trois :

l'Assemblée Générale qui débat et fait évoluer la Convention en tant que de besoin,
le Conseil de Réseau qui administre le Réseau au moyen d'un exécutif dénommé
Comité de coordination.

- L'Assemblée Générale de la Convention

L'assemblée générale réunit l'ensemble des établissements adhérents, ainsi que les professionnels libéraux adhérents au moins une fois par an. Elle se réunit de droit à la demande d'un tiers de ses membres sur ordre du jour déterminé.

Les membres fondateurs du Réseau conviennent expressément que la nécessaire évolutivité du contrat de Réseau implique un mécanisme de vote qualifié permettant de modifier la Convention. La majorité requise dans ce cas doit être de 2/3 des établissements présents ou ayant donné pouvoir, représentant 2/3 des établissements membres de la Convention.

Pour l'exercice de ce droit de vote au sein de l'Assemblée générale de la Convention, chaque établissement dispose d'une voix, qu'il exprime par son représentant légal ou telle personne ayant dûment reçue délégation. Toutefois lors de l'Assemblée, chaque établissement membre du Réseau de santé peut participer aux débats, assisté de toute personne de son choix exerçant en son sein.

- Le Conseil de Réseau

Le Réseau est administré par un Conseil de Réseau, composé de 15 membres :

- ☞ 4 médecins urgentistes, dont : 1 représentant du CHU, 1 représentant des CH, 1 représentant des établissements PSPH et 1 représentant des établissements privés ;
- ☞ 4 représentants des directeurs d'établissements, dont : 1 représentant du CHU, 1 représentant des CH, 1 représentant des établissements PSPH et 1 représentant des établissements privés ;
- ☞ 4 représentants des spécialités hospitalières (*), dont : 1 représentant du CHU, 1 représentant des CH, 1 représentant des établissements PSPH et 1 représentant des établissements privés;
- ☞ 1 représentant des SAMU-Centres 15 ;
- ☞ 1 représentant des médecins libéraux ;
- ☞ le médecin coordinateur du réseau des urgences.

(*) Spécialités comme : cardiologie, neurovasculaire, radiologie, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, etc.

- Le Comité de coordination, dont le rôle est analogue à celui d'un «bureau», pourrait comporter 5 membres désignés par le Conseil de réseau :

- 1 médecin urgentiste,
- 1 représentant des directeurs d'établissements,
- 1 représentant des spécialités hospitalières (*),
- le représentant des SAMU- Centres 15,
- le médecin coordinateur du réseau des urgences.

Chaque famille d'établissements désigne ses représentants au sein du Conseil de Réseau, pour un mandat de deux années, renouvelable.

Le conseil de Réseau a pour missions de :

1. définir l'organisation générale du Réseau ;
2. faciliter la complémentarité des sites ;
3. assurer le choix et la diffusion des bonnes pratiques ;
4. faciliter le développement de la recherche clinique (diagnostic et soins), biologique et épidémiologique, en définissant ses modalités d'organisation au niveau régional, en assurant le recueil et la diffusion de l'information sur les référentiels en cours ;
5. contribuer à l'enseignement et à la formation continue des membres du Réseau et des autres professionnels de santé dans le domaine de la médecine d'urgence ;
6. faciliter l'organisation et la mise en place des technologies de télécommunication nécessaires à la transmission des informations entre les différents sites ;
7. veiller à la mise à jour du ROR ;
8. définir l'organisation des filières de prise en charge de pathologies particulières relevant de sites spécialisés spécifiques ;
9. proposer, en vue de l'évaluation externe du Réseau, les indicateurs à recueillir, réceptionner les informations nécessaires au calcul de ceux-ci, être responsable de leur exploitation et d'assurer la diffusion des résultats ;
10. faciliter la réalisation de missions d'audit, en vue d'une démarche d'assurance qualité et d'accréditation ;
11. assurer une veille continue sur l'ensemble des fonctions du Réseau, d'en analyser le fonctionnement ;
12. rédiger des recommandations relatives à tout sujet intéressant le champ de l'organisation du Réseau ;
13. diffuser auprès de l'ensemble des membres du Réseau, toutes informations sur tous supports appropriés ;
14. coordonner, aux fins de présentation à l'assemblée générale du Réseau, la réalisation d'un rapport d'activité annuelle pour l'année écoulée, et qui mentionnera les objectifs pour l'année à venir.

En outre, le Conseil de Réseau :

1. pourra se saisir de toute étude qu'il jugera utile ;
2. pourra être saisi par toute partie signataire ou s'autosaisir en cas de dysfonctionnement. La saisine devra être écrite et motivée. Le Conseil de Réseau devra apporter une réponse dans un délai de soixante jours, après avoir donné connaissance des faits aux professionnels directement concernés et à leurs établissements, et contribuer à la résolution effective du dysfonctionnement ;
3. pourra procéder à des transmissions à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, notamment lorsque des dysfonctionnements persistent, qu'ils soient à caractère organisationnel ou financier.

Chaque membre du Conseil de Réseau dispose d'une voix délibérative.

Chaque membre est dûment convoqué par lettre recommandée avec avis de réception 15 jours au moins avant la séance. Il pourra toutefois être dérogé à ces formalités de

convocation dans une situation d'urgence appréciée telle par les membres du Comité de Coordination.

Dans l'hypothèse d'un partage égal des voix exprimées, le vote du doyen d'âge à s'être exprimé sera considéré comme départiteur.

- Une Cellule de Coordination

La Cellule de Coordination, dont le rôle est technique, serait composée d'un médecin coordonnateur, assisté d'une secrétaire et d'un attaché de recherche clinique.

Le médecin coordonnateur est urgentiste, il est élu pour un mandat de 2 ans par le Conseil de Réseau.

Article 12 : Les plans d'action et la philosophie générale de l'organisation

Sous l'impulsion du Conseil de Réseau, les établissements membres et les professionnels de santé qui y exercent, ainsi que les professionnels libéraux participeront à la mise en œuvre des plans d'action qui seront définis.

Ils conviennent de se conformer aux conclusions de commissions spécialisées qui seront mises en place notamment en matière d'évaluation, de savoirs et de pratiques, d'informatique et de communication, une fois ces conclusions reprises dans des documents de consensus établis par le Conseil de Réseau dans le respect des dispositions légales et réglementaires alors applicables.

Ils conviennent surtout de permettre la mise en œuvre efficace des procédures d'orientation et de transfert selon les instructions données par les praticiens suivant des protocoles médicaux ayant valeur de référentiels qu'ils auront établis et qui seront annexés à la présente, notamment dans les domaines suivants :

- Accidents Vasculaires Cérébraux
- traumatisés graves
- Sepsis sévères et chocs septiques
- Détresses respiratoires aiguës (asthme aigu grave et BPCO)
- pathologies cardiovasculaires aiguës (RESCUe)
- Modalités des transferts et retransfert
- Filières d'aval des services d'hospitalisations

Cette définition de valeurs partagées aura naturellement vocation à être ajustée, en fonction des démarches d'évaluation et de l'éventuelle parution de nouvelles dispositions réglementaires, par ceux à qui incombe cette responsabilité.

Un réexamen annuel de ces valeurs consensuelles du Réseau est de rigueur, serait-il de pure forme.

Les valeurs consensuelles nouvellement définies devront prévoir le délai de leur propre mise en œuvre ou de leur entrée en vigueur, dans le respect des délais éventuellement impartis par des normes supérieures s'imposant à la Convention, mais en tenant compte dans la mesure du possible des contraintes nouvelles qu'ils feront peser sur les établissements.

Les parties signataires s'engagent à faire connaître aux praticiens libéraux et aux autres

acteurs de santé, l'existence du Réseau et les principes de fonctionnement de cette collaboration.

Aux fins de diffusion auprès du public, ils mettront à la disposition des acteurs de santé les fiches d'information et de présentation du Réseau établies par la Commission chargée de la communication.

Les établissements disposant d'une autorisation pour les activités d'urgences doivent s'organiser pour pouvoir assurer les soins correspondant à cette autorisation et aux indications d'orientation définies dans les référentiels.

En ce qui concerne les modalités d'accueil et de prise en charge des patients, les principes suivants sont admis par les membres du Réseau :

1. Un établissement sollicité pour accueillir tel patient relevant de son champ d'activité ne saurait opposer un refus aux membres du Réseau pour des motifs relevant de l'opportunité ou de la convenance personnelle.
2. Tout doit être fait pour respecter et permettre le libre choix des patients.
3. Le transfert des patients ne doit aboutir en aucun cas à un détournement de clientèle.
4. Les retransferts seront systématiquement proposés, favorisés et organisés vers l'établissement d'origine.

Article 13 : Formation des membres du Réseau

Le Réseau s'engage à promouvoir la formation de ses membres.

Pour cela, le conseil de Réseau du Réseau propose un ensemble de formations spécifiques en médecine d'urgence destiné aux personnels médicaux et non médicaux. Celles-ci peuvent être dispensées dans le cadre de la formation médicale continue.

Les membres du Réseau s'engagent à compléter leur formation en médecine d'urgence en proposant et participant aux formations dispensées soit au sein du Réseau soit à l'extérieur du Réseau.

Article 14 : Activités de recherche

Le conseil de Réseau participe au développement de la recherche clinique (diagnostic et soins), biologique et épidémiologique et incite à l'élaboration, la validation, la diffusion et l'expérimentation de protocoles de soins.

Elle peut dans ce cadre passer des conventions avec des unités de recherche labellisées ou des laboratoires pharmaceutiques.

Les membres du Réseau s'engagent à mettre en place progressivement une structure régionale de promotion de la recherche clinique et épidémiologique (registres).

Article 15 : Évaluation et suivi du Réseau

Le Réseau procède annuellement à son évaluation selon les modalités proposées par le conseil de Réseau conformément aux articles 4 et 11 de la présente convention et conformément aux recommandations des décrets de 2002.

Pour permettre cette évaluation, les sites et les établissements membres associés constituent un fichier permettant pour chaque site de recenser l'ensemble des pathologies prises en charge en urgence. Ce fichier respecte les dispositions du décret N° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements

publics et privés.

Les membres du Réseau expriment leur attachement au développement d'un système d'informations partagé en cohérence avec les actions engagées sous l'égide des ARH. La structuration d'un tel système constituera un des premiers plans d'actions du Réseau.

L'entretien et la mise à jour du ROR en fait partie.

L'évaluation portera en priorité sur le fonctionnement et l'activité du Réseau ainsi que sur la satisfaction des professionnels de santé de la zone sanitaire du Réseau, de la qualité et la sécurité des soins, et les aspects économiques.

Les résultats de ces évaluations sont transmis :

1. aux membres du Réseau ;
2. aux services de tutelle conformément aux préconisations du décret 2002-1463 de décembre 2002 ;
3. en réponse à des demandes extérieures au Réseau après accord du conseil de Réseau.

Article 16 : Propriété des travaux du Réseau

Le conseil de Réseau est systématiquement sollicité pour tous les travaux relatifs à l'activité du Réseau (protocole, évaluation, enquête épidémiologique, développement de logiciels ou de base de données...). Ces travaux restent la propriété du Réseau. Leur diffusion est faite en accord avec le conseil de Réseau.

Article 17 : Accréditation du Réseau

Les membres du Réseau s'engagent à demander l'accréditation du Réseau conformément à la procédure prévue à l'article L 6113-3 du code de la santé publique.

Article 18 : Dysfonctionnements

La commission spécialisée d'évaluation du Réseau pourra se saisir d'office ou être librement saisie par écrit par chacune des parties signataires de toute difficulté entrant dans son champ de compétence, une réponse écrite devant être apportée dans le délai de 60 jours, sauf pour elle à juger préférable de saisir de cette difficulté le Conseil de Réseau qui devra statuer dans le même délai à compter de sa saisine.

Cette commission est compétente pour identifier et analyser les dysfonctionnements du Réseau, que la responsabilité en incombe aux instances collectives ou à un ou plusieurs établissements à titre individuel.

Dans cette dernière hypothèse toutefois, les membres de la commission pouvant être concernés par la difficulté soumise à leur appréciation seront temporairement remplacés par des membres d'une des autres commissions spécialisées.

Le ou les établissements directement concernés par le dysfonctionnement supposé devront être mis en situation d'exposer leur point de vue par écrit, préalablement à toute réponse rendue selon les cas par la commission spécialisée d'évaluation ou le Conseil de Réseau.

L'analyse de la commission sur ce dysfonctionnement sera nécessairement portée à la connaissance du ou des établissements éventuellement concernés, et du Conseil de Réseau s'il n'était pas lui-même saisi.

Une transmission complémentaire à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pourra être réalisée si le Conseil de Réseau le juge nécessaire.

Dans les seules hypothèses de manquements répétés et injustifiés d'un établissement de santé signataire à son obligation de transfert et de retransfert, ou de manquements répétés et injustifiés révélés à l'occasion de ceux-ci, le Conseil de Réseau pourra décider de soumettre à l'Assemblée générale de la Convention une proposition d'exclusion de l'établissement défaillant. L'adoption de cette proposition d'exclusion nécessite un vote à la majorité qualifiée des 2/3 des établissements signataires de la Convention, présents ou représentés.

Article 19 : Responsabilité à l'égard des membres du Réseau

Chaque établissement membre du Réseau demeure personnellement responsable de son organisation, de ses praticiens et de ses préposés.

Le Réseau ne saurait en lui-même être tenu pour responsable par aucun de ses membres, des dysfonctionnements qui incomberaient de manière manifeste, à titre individuel, à un ou plusieurs établissements signataires notamment si ces établissements venaient à exercer leur activité dans des conditions non conformes aux autorisations qui leur ont été délivrées, ou à ne pas mettre en œuvre utilement les moyens nécessaires au fonctionnement du Réseau.

Les établissements qui seraient à l'origine de tels dysfonctionnements ou pour lesquels ceux-ci seraient prévisibles prennent l'engagement d'en informer sans délai le Conseil de Réseau, à charge pour ce dernier de retransmettre cette information aux autres membres du Réseau.

Les établissements à qui incomberaient de tels dysfonctionnements prennent l'engagement d'y remédier dans un délai dont le Conseil de Réseau appréciera la durée selon la difficulté à mettre en œuvre la ou les mesures appropriées.

Article 20 : Evolution de la Convention de Réseau

Les parties signataires s'engagent à faire évoluer la présente Convention en fonction des dispositions légales ou réglementaires, dans le respect des délais éventuellement impartis par la nouvelle réglementation, à défaut à l'occasion de l'examen annuel des normes consensuelles du Réseau, sauf meilleur délai possible.

Article 21 : Litiges et arbitrage

• Dans l'intérêt supérieur du Réseau et dans le souci de sauvegarder la cohésion entre ses membres, ces derniers s'engagent à ne pas prendre à partie ou à témoin le Réseau, ses instances ou tout autre membre dans le cadre de litiges sans lien avec leurs obligations résultant de la présente Convention, qui les opposeraient à titre individuel à des tiers, notamment l'Etat, ses services déconcentrés, l'assurance maladie ou les agences régionales de l'hospitalisation. A l'inverse, les membres du Réseau conviennent d'un principe de solidarité dans l'hypothèse où l'un d'entre eux ferait l'objet de reproches, mesures, sanctions ou actions de la part d'un tiers, en rapport avec ses obligations découlant de la présente Convention, dès lors que la commission d'évaluation ou le Conseil de Réseau n'a pas caractérisé les faits reprochés à l'établissement concerné comme un dysfonctionnement ou un manquement lui étant imputable.

• Quel que soit le contexte du litige opposant l'un de ses membres à un tiers, le Réseau pourra librement faire toute préconisation au dit membre sur la conduite à tenir. Pour tout litige qui surviendrait, entre eux ou avec le Réseau et ses instances, dans le cadre de leurs obligations résultant de la présente Convention, les membres du Réseau conviennent de recourir systématiquement à la conciliation amiable et préalable.

