

# **CONVENTION DE COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE FRANCO-BELGE LORRAINE DANS LE DOMAINE DE LA REANIMATION / SOINS INTENSIFS**

## **Préambule**

Pour répondre efficacement aux besoins de prise en charge des patients admis dans des services hospitaliers de « soins intensifs-réanimation », les autorités de santé et les organismes d'assurance maladie des versants frontaliers franco-belge ont estimé nécessaire d'autoriser et de financer l'accès transfrontalier à ces services dans certaines zones frontalières.

De la sorte, les capacités des établissements de soins concernés ont été renforcées dans ces domaines de prise en charge. C'est le cas, depuis 2004, des structures de soins de Mons et de Maubeuge et, depuis 2006, de Tournai et de Valenciennes.

Pour mettre en œuvre cette coopération sanitaire transfrontalière, basée sur la complémentarité des ressources de chaque versant frontalier, des modes de régulation spécifiques et adaptés aux besoins de la population résidant dans les espaces frontaliers concernés ont été mis en œuvre.

Comme les services de « réanimation-soins intensifs » traitent l'urgence vitale, ils nécessitent une attention particulière et tout spécialement au sein de la coopération sanitaire franco-belge. Il est, des lors, apparu nécessaire de créer un cadre propre dans lequel les différents aspects de ce domaine de coopération puissent être traité et que ce cadre s'applique, désormais, aux structures de soins et aux espaces frontaliers qui devraient recourir à ce champ de la coopération sanitaire entre les deux versants frontaliers.

Ce dispositif cadre « soins intensifs-réanimation » s'inscrit dans l'esprit défini par l'accord cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière signé le 30 septembre 2005 par les Ministres français et belge chargés de la santé et de la sécurité sociale, ratifié par les Parlements nationaux des deux Etats et mis en œuvre à dater du 1<sup>er</sup> mars 2011.

Pour rappel, cet accord-cadre a pour objet :

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,
- d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens matériels et humains,
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

## Cadre Légal

Vu l'article L 332-3 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'article 136 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994,

Vu l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005, ratifié par le Parlement français le 3 octobre 2007<sup>1</sup> et publié au Journal officiel de la République française le 24 avril 2011<sup>2</sup>, ratifié par le Parlement belge le 9 février 2009 et publié au Moniteur belge le 18 février 2011<sup>3</sup> suite aux ratifications des Communauté flamande<sup>4</sup>, Communauté française<sup>5</sup> et Région wallonne<sup>6</sup>.

Vu l'arrangement administratif général entre le Ministre français de la Santé et de la Protection Sociale et le Ministre belge des Affaires Sociales et de la Santé Publique relatif aux modalités d'application de l'accord cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005,

---

<sup>1</sup> Loi n°2007-1419 du 3 octobre 2007 – JO du 4 octobre 2007

<sup>2</sup> Décret n°2011-449 du 22 avril 2011

<sup>3</sup> Loi portant assentiment de l'Accord cadre entre le Gouvernement du Royaume de Belgique et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005

<sup>4</sup> Décret du 13 mars 2009 (M.B. 06/04/2009)

<sup>5</sup> Décret du 27 mai 2010 (M.B. 24/06/2010 éd. 2)

<sup>6</sup> Décret du 3 juin 2010 (M.B. 16/06/2010)

**TITRE I**  
**DISPOSITIONS COMMUNES**

**ARTICLE 1**

**OBJET**

La présente convention permet, dans la zone définie à l'annexe 2, la prise en charge des soins intensifs (définition belge) et de réanimation (définition française) aux bénéficiaires des assurés sociaux français et belges dans les établissements de soins frontaliers repris à l'annexe 1.

**ARTICLE 2**

**PARTIES CONTRACTANTES**

*d'une part,*

**L'AGENCE REGIONALE DE LA SANTE de LORRAINE**  
4, rue PIROUX - 54000 NANCY

*d'autre part,*

**L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES**  
579 Chaussée de Haecht – 1031 BRUXELLES

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES**  
32-38 Rue Saint Jean – 1000 BRUXELLES

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES**  
145 Chaussée de Charleroi – 1060 BRUXELLES

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES**  
25 Rue de Livourne – 1050 BRUXELLES

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES**  
19 Rue Saint Hubert – 1150 BRUXELLES

**LA CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE - INVALIDITE**  
30 Rue du Trône – 1000 BRUXELLES

**LA CAISSE DES SOINS DE SANTE DE LA SNCB**  
85 Rue de France – 1060 BRUXELLES

### ARTICLE 3

#### CHAMP D'APPLICATION

La présente convention s'applique à la prise en charge des soins intensifs (définition belge) et de réanimation (définition française) dans un des établissements de soins concernés cités en annexe 1.

La présente convention s'applique à tous les assurés sociaux belges ou français qui résident de façon habituelle et permanente dans la zone définie et reprise à l'annexe 2 et qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie obligatoire, quel que soit leur régime d'affiliation.

La convention ne trouve à s'appliquer qu'en présence d'une insuffisance de l'offre médicale dans le domaine des « soins intensifs-réanimation », ayant pour conséquence l'impossibilité pour un hôpital partie à la convention d'accueillir ou d'administrer les soins nécessaires aux patients concernés.

La partie qui est confrontée à cette difficulté ne peut demander l'application de la convention, qu'à défaut de pouvoir transférer le patient dans un autre hôpital raisonnablement accessible sur le territoire national

La présente convention ne peut avoir pour effet de pénaliser les ressortissants de l'Etat où est situé l'établissement de soins qui accueille les patients, ce qui implique que seule la capacité excédentaire éventuelle des hôpitaux liés par la convention peut être utilisée.

Lorsque la partie qui a organisé le transfert du patient retrouve la possibilité de l'hospitaliser, le retour du patient dans le service de réanimation où il aurait normalement dû être hospitalisé est immédiatement envisagé, pour autant que l'état de santé du patient le permette et à la condition qu'il n'y ait absolument aucun risque que le patient doive à nouveau être transféré avant la fin du traitement en cours.

### ARTICLE 4

#### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

La prise en charge financière des soins s'effectue selon les règles du pays où les soins sont dispensés en respect de la procédure en vigueur dans le cadre des règlements européens de coordination 883/2004 et 987/2009.

L'identification des assurés concernés et l'autorisation de prise en charge des soins s'effectuent par l'émission administrative du formulaire d'ouverture de droits S2 ou E112<sup>7</sup>.

Pour chaque zone territoriale concernée, une note technique est établie par une Commission de suivi transfrontalière prévue à l'article 15 de la présente convention. Elle définit la procédure d'identification de l'assuré social et de transmission des informations entre les structures de soins des deux versants frontaliers concernés, ainsi que l'information du patient.

#### **ARTICLE 5**

A titre dérogatoire et dans un souci d'égalité de traitement, la prise en charge des frais de transport d'un patient vers la France, peut être effectuée par l'organisme d'assurance maladie dont il dépend, suivant les principes définis par les articles R322-10 à 10-6 du Code de la Sécurité Sociale, sur présentation de la prescription médicale attestant que l'état du malade justifie la sortie, avec la possibilité d'appliquer le tiers payant, pour autant qu'il soit fait appel à un transporteur sanitaire agréé par l'Agence Régionale de la Santé, dont la liste est disponible auprès de la CPAM. Le médecin utilise le modèle de document annexé à la présente convention.

#### **ARTICLE 6**

##### **MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR LES HOPITAUX**

La décision de demander le transfert du patient est du ressort des équipes médicales des hôpitaux.

Le patient à transférer doit bénéficier d'une stabilisation médicale de son état. L'équipe médicale qui demande le transfert doit s'en assurer. Il lui incombe d'évaluer l'intérêt que présente le transfert, sur le plan médical.

#### **ARTICLE 7**

Le transfert n'a lieu que s'il est autorisé par le médecin réanimateur en fonction dans le service où le transfert du patient est envisagé.

L'autorisation est refusée si le transfert du patient pourrait avoir pour effet de réduire anormalement la capacité d'accueil du service.

---

<sup>7</sup> Cfr procédure administrative en annexe

## ARTICLE 8

Le patient ou ses proches reçoivent une information précise sur les modalités de l'hospitalisation, le nom du médecin qui dirige l'équipe de soins.

Il est obligatoirement informé des frais qui pourraient être mis à sa charge, s'il en est.

Il est informé du fait que, s'il doit être transféré dans un autre service, ce sera dans l'hôpital qui a demandé son transfert.

Si le patient ou ses proches en formulent la demande, une information adéquate leur sera donnée au sujet des droits reconnus aux patients par la législation du pays d'accueil.

## ARTICLE 9

Chaque hôpital désigne un **coordinateur médical**, interlocuteur privilégié des équipes médicales concernées par la présente convention et dont la mission est ainsi définie :

1. Elaborer une procédure d'admission et de renvoi des patients ; définir les données médicales qui doivent être communiquées lors du transfert.
2. Organiser l'échange des informations médicales entre les hôpitaux
3. Mettre en place une action psycho-sociale chargée d'assister les familles et, tout particulièrement, en cas de décès

## ARTICLE 10

Le médecin qui demande le transfert du patient transmet, par les voies les plus rapides, au médecin en fonction dans le service qui va recevoir le patient, un écrit signé qui fournit les informations visées à l'article 9 alinéa 1 – 1° de même que les pièces non reproductibles du dossier médical.

Toutes les décisions relatives au diagnostic et au traitement relèvent de la responsabilité de l'équipe de soins de l'hôpital où le patient est hospitalisé.

Cette équipe jouit d'une liberté thérapeutique complète.

Le ou les médecins qui ont demandé le transfert ne sont responsables que des informations qu'ils ont personnellement communiquées à l'équipe soignante.

Ces informations doivent être les plus complètes possibles et sont communiquées dans le respect des principes du secret médical partagé.

Le médecin qui a demandé le transfert est informé de l'évolution de l'état du patient, notamment lorsque apparaît une nouvelle pathologie.

Au terme de l'hospitalisation, le coordinateur médical reçoit une copie du rapport d'hospitalisation.

## ARTICLE 11

### DISPOSITIONS FINANCIERES

Les soins dispensés aux assurés bénéficiaires de la présente convention donneront lieu à l'établissement de factures individuelles par assuré type SED080 ou E 125.

## ARTICLE 12

Les parties conviennent de régler comme suit la prise en charge des frais d'hospitalisation qui peuvent, en Belgique, être réclamés au patient lui-même :

- (a) Lesdits frais appelés « reste à charge » sont les frais que l'assurance maladie belge permet aux établissements de soins de mettre à charge des patients, en ce non compris les dépenses reprises dans la colonne « supplément chambre » ou « supplément ou autre montant » de l'extrait de la note d'hospitalisation destiné au patient.
- (b) Pour la facturation des tickets modérateurs appliqués dans le cadre d'une des mesures de correction sociale, les soins reçus par les assurés français dans le cadre de cette convention sont pris en charge à 100 %, comme s'ils avaient été admis dans un service hospitalier français par la CPAM, le RSI ou la MSA selon les régimes.
- (c) Pour les autres formes de restes à charge, la facture est adressée aux patients.

## ARTICLE 13

### DECES

Les coordinateurs médicaux seront informés des décès, dans les plus brefs délais.

A L'initiative des coordinateurs médicaux, les hôpitaux mettront en place une action psychosociale chargée d'assister les familles et de leur donner toutes les informations administratives et légales relatives aux modalités du rapatriement du corps du patient décédé.

La famille du patient décédé n'aura pas à supporter la moindre charge financière supplémentaire par comparaison avec les frais funéraires qu'elle aurait dû payer si le patient était décédé dans le service où il aurait normalement dû être hospitalisé.

## **ARTICLE 14**

### **EVALUATION**

Les parties signataires recueillent toutes les données statistiques et financières utiles, de même que des informations relatives à la qualité des soins sur base des indicateurs précisés à l'annexe 3.

Elles évaluent l'intérêt de la convention et, à cette fin, fournissent annuellement, dans le courant du mois de septembre, aux organismes régionaux et/ou nationaux compétents, un rapport d'évaluation détaillé de l'exécution de la Convention au cours de l'année calendaire précédente.

Les parties signataires s'engagent à transmettre tous les éléments nécessaires à l'évaluation de la présente convention à la Commission Mixte prévue à l'article 7 de l'accord cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière.

## **ARTICLE 15**

### **COMMISSION DE SUIVI TRANSFRONTALIERE**

Une Commission de suivi transfrontalière, composée de membres représentant à parité les parties signataires, est créée.

Son règlement intérieur sera établi lors de la première réunion de ses membres.

Elle désigne chaque année un Président en son sein et en alternance de chaque versant,

Cette Commission est chargée :

- de réunir tous les éléments utiles à l'évaluation annuelle des flux de patients et des montants financiers engagés ;
- de mettre en place des critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ;
- d'examiner les plaintes déposées par l'une des parties signataires ainsi que les éventuelles réclamations des patients.

## **ARTICLE 16**

### **REVISION DE LA CONVENTION**

Une révision de la présente convention peut être réalisée par voie d'avenant sur proposition de l'une des parties signataires et examen par la commission de suivi transfrontalière visée à l'article 15.

## **ARTICLE 17**

### **DISPOSITION TRANSITOIRE**

Pendant une période de deux ans, à compter de la prise de cours de la présente convention, les hôpitaux prendront en charge, chacun pour moitié, les dépenses additionnelles que comporte le rapatriement du corps des patients décédés en référence à l'article 13.

A l'expiration de ce délai, un protocole additionnel précisera le mode de prise en charge des coûts liés à l'application de l'article 13.

## **ARTICLE 18**

### **ELECTION DE DOMICILE LITIGES**

Les parties élisent leur domicile à leurs sièges respectifs.

Les éventuels litiges sont soumis à la commission de suivi transfrontalière qui s'efforcera de les résoudre à l'amiable.

## **ARTICLE 19**

### **DATE D'EFFET ET RESILIATION**

La présente convention entre en vigueur à compter du ..... après signature des parties.

Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties moyennant un délai de préavis de six mois et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à destination de chacune des parties signataires. Dans ce cas, elle garde ses effets pour les créances nées antérieurement dans le cadre de la convention.

**TITRE II**  
**DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX ASSURES SOCIAUX FRANCAIS**

**ARTICLE 1**

**PRISE EN CHARGE DES TICKETS MODERATEURS**

S'agissant du domaine de la Réanimation / Soins Intensifs, les frais supplémentaires à charge du patient des assurés français recevant des soins dans un établissement hospitalier belge visé à l'annexe 1 de la présente convention sont pris en charge à 100% par la caisse d'affiliation de l'assuré déduction faite des frais personnels et des forfaits journaliers conformément à la législation française. Ces derniers frais sont également pris en charge par la caisse d'affiliation de l'assuré, lorsque assuré français bénéficie, au sens de la sécurité sociale française, d'une exonération de ticket modérateur résultant :

- d'une hospitalisation qui intervient durant les quatre derniers mois de la grossesse et pendant les 12 jours après l'accouchement ;
- d'une hospitalisation concernant un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- d'une hospitalisation concernant un enfant prématuré placé dans un centre ou service spécialisé qu'ils soient ou non dans un incubateur ;
- d'une hospitalisation concernant un invalide de guerre qu'il soit assuré ou ayant droit ;
- d'une hospitalisation concernant une personne handicapée âgée de moins de 20 ans et, hébergée dans un établissement d'éducation spéciale et professionnelle dans une MAS, bénéficiant d'un placement familial spécialisé ;
- d'une hospitalisation d'un bénéficiaire du régime local Alsace Moselle ;
- d'une hospitalisation d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire ;
- hospitalisation d'un bénéficiaire du régime local Alsace Moselle.

La prise en charge à 100 % des soins en lien avec un accident du travail ou maladie professionnelle est réalisée sur présentation d'un formulaire E 123 ou DA1.

## ARTICLE 2

### PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS

#### Transports primaires :

Les assurés du régime français d'Assurance Maladie bénéficient d'une prise en charge des frais de transports conformément aux dispositions de l'article R 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Concernant les frais de transports sanitaires, le recours à un transporteur agréé est obligatoire.

Les formulaires de prescription et d'entente préalable sont transmis par la caisse de liaison aux établissements hospitaliers belges concernés par la présente convention.

Les transports doivent être strictement adaptés à l'état du patient. Ceux-ci ne sont pris en charge que s'ils sont médicalement justifiés.

#### Transports secondaires :

Les assurés du régime français d'Assurance Maladie bénéficient d'une prise en charge des frais de transport lorsque celui-ci a lieu à partir d'un établissement concerné par la convention vers un établissement de recours et dans les conditions suivantes :

- dans les situations d'urgence médicale, le personnel de l'hôpital belge organise le transfert du patient vers la structure hospitalière la plus proche et la plus adéquate à son état de santé ;
- il doit être fait appel à un transporteur français, à l'exception des transferts en néonatalogie vers des services « N » pris en charge par l'établissement d'origine du patient.

Fait à

,

Le

**Les signataires de la convention**

**Pour la France :**

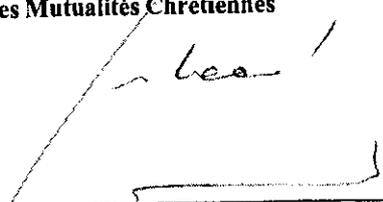
**Pour l'Agence Régionale de la Santé  
de Lorraine**

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine

**JEAN-FRANÇOIS BÉNEVISE**

**Pour la Belgique :**

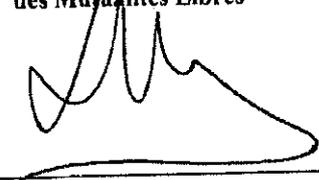
**Pour L'Alliance Nationale  
des Mutualités Chrétiennes**



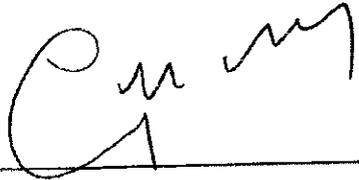
**Pour L'Union Nationale  
des Mutualités Socialistes,**



**Pour L'Union Nationale  
des Mutualités Libres**



**Pour L'Union Nationale  
des Mutualités Libérales,**



**Pour L'Union Nationale  
des Mutualités Neutres,**



**Pour La Caisse Auxiliaire  
d'Assurance Maladie Invalidité**



**Pour La Caisse des Soins de Santé  
de la SNCB**



**ETABLISSEMENTS DE SOINS CONCERNÉS**

**→ POUR LA PARTIE BELGE :**

- Le Centre Hospitalier VIVALIA Clinique du Sud Luxembourg

<p><b>Pour Le CH VIVALIA Clinique du Sud Luxembourg</b></p>
---

**→ POUR LA PARTIE FRANCAISE :**

- Le Centre Hospitalier Alpha Santé Hôtel Dieu.

## COMMUNES CONCERNÉES

### POUR LA PARTIE BELGE :

- **Les communes de l'arrondissement d'Arlon :**  
Martelange, Arlon, Attert, Messancy, Aubange
- **Les communes de l'arrondissement de Virton :**  
Florenville, Chiny, Habay, Etalle, Tintigny, Meix-devant-Virton, Saint-Léger, Virton, Rouvroy, Musson.

### POUR LA PARTIE FRANCAISE :

- **Les communes du canton d'Audun le Roman**
  - Joppécourt, Joudreville, Landres, Mairy-Mainville, Malavillers, Mercy-le-Bas, Mercy-le-Haut, Murville, Piennes, Preutin-Higny, Saint Suppley, Sancy, Serrouville, Trieux, Tucquegnieux, Xivry-Circourt, Anderny, Audun-le Roman, Avillier, Bettainvilliers, Beuvillers, Mont-Bonvillers, Crusnes, Domprix, Errouville.
- **Les communes du canton de Briey**
  - Joueuf, Lantéfontaine, Lubey, Mance, Mancieulles, Anoux, Avril, Les Baroches, Briey
- **Les communes du canton de Chambley – Bussières**
  - Hagéville, Mars-la –Tour, Onville, Puxieux, Saint-Julien-les –Gorze, Sponville, Tronville, Villecey-sur- Mad, Waville, Xonville, Chambley-Bussières, Dampvitoux
- **Les communes du canton de Conflans en Jarnisy**
  - Gondrecourt-Aix, Hannonville-Suzémont, Jarny, Jeandelize, Labry, Giraumont, Mouaville, Norroy-le-Sec, Olley, Ozerailles, Puxe, Saint Marcel, Thumeréville, Ville-sur-Yron, Abbéville-lès-Conflans, Affléville, Allamont, Béchamps, Boncourt, Brainville, Bruville, Conflans-en-Jarnisy, Doncourt-lès-Conflans, Fléville-Lixières, Friaucourt
- **Les communes du canton d'Herseange :**
  - Haucourt – Moulaine, Herseange, Hussigny-Godbrange, Longlaville, Mexy, Saulnes
- **Les communes du canton de Homecourt :**
  - Hatrize, Homécourt, Jouaville, Moineville, Moutiers, Saint-Ail, Valleroy, Auboué, Batilly
- **Les communes du canton de Longuyon :**
  - Grand- Faily, Longuyon, Montigny-sur- Chiers, Othe, Petit-Faily, Pierrepont, Saint-Jean-lès-Longuyon, Saint-Pancré, Tellancourt , Ugny, Villers-la- Chèvre, Villers-le-Rond, Villette, Vivier -sur-Chiers, Han-devant-Pierrepont, Allondrelle-la -Malmaison, Beuveille, Charency-Vezin, Colmey, Cons-la-Grandville, Doncourt-lès- Longuyon, Epiez-sur-Chiers, Fresnois-la-Montagne
- **La commune du canton de Longwy :**
  - Longwy
- **Les communes du canton de Mont Saint Martin :**
  - Gorcy, Lexy, Mont-Saint –Martin, Réhon, Ville-Houdlémont, Chenières, Cosnes-et-Romain, Cutry.
- **Les communes du canton de Villerupt :**Laix, Morfontaine, Thil, Tiercelet, Ville-au-Montois, Villers-la-Montagne, Villerupt, Baslieux, Bazailles, Boismont, Bréhain-la-Ville, Fillières.

### Identification des principaux critères d'évaluation.

En complément des éléments visés dans l'accord cadre de coopération transfrontalière et son arrangement administratif, cette évaluation devra nécessairement permettre d'apprécier :

- l'état des dépenses engagées annuellement,
- le flux des patients traités (nombre, âge, régime d'affiliation),
- les pathologies concernées.

Les indicateurs seront fournis par les établissements hospitaliers et pourront régulièrement être revus en fonction de leur disponibilité, faisabilité de collecte, pertinence.

Chaque année, au premier trimestre, seront collectés les indicateurs suivants :

- Le nombre d'admissions total (=le nombre de séjours total ),
- Le nombre d'admissions par spécialité (=le nombre de séjours par spécialité),
- La provenance des patients (la ville et le pays),
- Le mode de prise en charge (soins externes, hospitalisation...),
- L'âge, le sexe et l'organisme d'affiliation des patients,
- Le nombre de transports total et par mode transport (non informatisé),
- Le mode d'entrée (autre hôpital, médecine généraliste...),
- Le montant total des factures par établissements,
- Le montant total du reste à charge,
- Le coût moyen des factures par type de séjour.

Ces indicateurs seront analysés lors de la réunion annuelle de suivi – évaluation de la convention.

L'arrangement administratif de l'accord cadre transfrontalier Franco-belge prévoit en son article 3 un suivi –évaluation de la qualité sur les points suivants :

- La politique de qualité en matière de gestion des risques, notamment sur :
  - l'ensemble des vigilances,
  - la distribution du médicament,
  - la transfusion sanguine,
  - l'anesthésie,
  - la gestion des risques iatrogènes et des infections nosocomiales.
- L'actualisation des connaissances des professionnels de santé
- La transmission des informations médicales relatives aux patients
- La prise en charge de la douleur

Les établissements signataires de la convention mettront en place dès le démarrage de la convention un groupe de travail chargé de mettre en œuvre cet accord