

Convention de collaboration

Centre de santé dentaire / Établissement médico-social

Entre

Le centre dentaire,

Ci-après désigné par « **le Centre** »,

Situé à,

Représenté par,

En sa qualité de,

Et

Le,

Ci-après désigné par « **L'établissement** »,

Situé à,

Représenté par,

En sa qualité de,

Les deux parties étant ci-après collectivement désignées par « **les Parties** ».

Préambule

Considérant que **l'établissement** souhaite assurer un accès aux soins bucco-dentaires pour ses résidents et que le **Centre** dispose de l'expertise et des installations nécessaires pour fournir de tels soins, les Parties conviennent de ce qui suit.

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de définir les modalités de collaboration entre **les Parties** pour les actions de dépistage bucco-dentaire et la réalisation de soins bucco-dentaires destinés aux résidents de **l'établissement**.

Article 2 : Libre choix de son chirurgien-dentiste traitant

Les patients disposent du libre choix de leur chirurgien-dentiste en toutes circonstances.

A défaut d'un chirurgien-dentiste traitant, le patient ou son représentant légal ou la personne chargée de la mesure de protection juridique ou la personne de confiance désignée par le résident, pourra choisir de faire appel à un Chirurgien-dentiste du **Centre**.

En ce sens, l'**Établissement** s'engage à respecter le droit du résident ou son représentant légal ou la personne chargée de la mesure de protection juridique ou la personne de confiance désignée par le résident, à choisir librement son chirurgien-dentiste traitant.

Cette information devra figurer sur le dossier médical du patient au sein de l'**Établissement**. Dans le cas où le résident n'aurait pas de chirurgien-dentiste traitant, l'**Établissement** propose, à titre informatif, la liste des chirurgiens-dentistes intervenant dans l'**Établissement**.

Article 3 : Description des Services

Le **Centre** s'engage à :

- Respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'**Établissement** ;
- Assurer la continuité des soins hors permanence des soins,

Dans ce cadre, le **Centre** s'engage à fournir les services suivants aux résidents de l'**établissement**. :

- Examen bucco-dentaire initiaux et évaluation des besoins en soins bucco-dentaires, dans les locaux du **Centre** ou directement au sein de l'**établissement** selon les besoins et l'organisation des **Parties** en respectant l'article 4.
- Dans les locaux du **Centre**, la réalisation de tous les actes thérapeutiques chirurgicaux, soins conservateurs, soins d'hygiène et de prophylaxie et actes prothétiques selon les besoins des résidents.
- L'orientation vers une structure spécialisée en cas de nécessité d'une prise en charge chirurgicale complexe ou d'actes thérapeutiques sous anesthésie générale.

Article 4 : Local d'intervention

L'**Établissement** s'engage à mettre à disposition une salle de taille suffisante pour accueillir les soins avec notamment un point d'eau, prise électrique, tabouret à roulettes, fauteuil confort, adaptable, etc... permettant une asepsie adéquate, respectant la dignité et l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents.

Article 5 : Modalités de coordination

Dans le cadre de ses relations avec le **Centre, l'établissement** s'engage à désigner un correspondant en santé orale (parfois appelé Référent Bucco-Dentaire), salarié de l'Établissement et une équipe soignante sensibilisée et formée à l'hygiène bucco-dentaire.

Article 6 : Modalités d'accès aux soins

Les résidents de **l'établissement** bénéficieront des services décrits à l'article 3 sur présentation de :

- La carte vitale ou d'une attestation de droit (+/- mutuelle) du résident ;
- Le cas échéant, d'une autorisation de prise en charge de l'interlocuteur privilégié auprès du résident ou de son représentant légal ou de la personne chargée de la mesure de protection juridique ou de la personne de confiance désignée par le résident ;
- Du dossier médical complet du résident ou de sa synthèse.

Article 7 : Durée et Résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un (1) an à compter de la date de signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties avec un préavis de 3 mois.

En cas de manquement délibéré et répété de l'une des **Parties** à ses engagements, la présente convention est résiliable à tout moment (en respectant un délai de préavis de 15 jours).

Article 8 : Confidentialité

Les **Parties** s'engagent à respecter la confidentialité des informations relatives aux résidents de **l'établissement**, conformément aux lois en vigueur sur la protection des données personnelles.

Article 9 : Assurances

Les **Parties** s'engagent à être assurés en responsabilité civile et professionnelle et à informer leurs sociétés d'assurance de la présente convention de collaboration.

Article 10 : Déclarations / Conformité

Le **Centre** s'engage à mettre à jour son projet de santé et à déclarer cette nouvelle activité à l'Agence régionale de santé et au Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

Le **Centre** s'engage à mettre à jour les contrats de travail des salariés qui réaliseront cette activité, conformément aux statuts juridiques du **Centre** et de l'**établissement**, aux conventions en vigueur et au droit du travail.

Article 11 : Litiges

Tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sera, dans la mesure du possible, réglé à l'amiable entre les **Parties**. A défaut, les litiges seront soumis aux juridictions compétentes.

En cas de litige sur la qualité des soins dispensés, l'**établissement** en informe immédiatement le **Centre** qui prendra toutes les mesures pour y remédier.

Article 12 : Dispositions finales

La présente convention peut être modifiée par un accord écrit des **Parties**. Elle contient l'intégralité des engagements existant entre les **Parties** sur son objet.

Fait à,

En 3 exemplaires originaux, un pour le **Centre**, un pour l'**établissement** et un à communiquer au **Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes**,

Le :,

Pour le Centre
Nom, Prénom et qualité du responsable

Pour l'Etablissement
Nom, Prénom et qualité du responsable