

**CONVENTION DE PARTENARIAT
ENTRE UNE STRUCTURE D'HOSPITALISATION À DOMICILE
ET UN ÉTABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES AGÉES**

Vu le décret 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,

Vu le décret et 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,

Vu l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées

Entre, d'une part :

Nom complet et raison sociale de l'établissement d'hospitalisation à domicile

..... ;

Numéro FINESS :

Adresse complète :

Représenté par :

Fonction :

Et, d'autre part

Nom complet et raison sociale de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées :

.....

Numéro FINESS :

Adresse complète :

Représenté par :

Fonction :

Établissement bénéficiant d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles (une copie de cette autorisation est jointe à la présente convention)

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE :

Lorsque de manière ponctuelle l'établissement d'hébergement ...(nom)...n'est pas en mesure de pouvoir répondre aux besoins en soins d'un résident, il peut, afin d'éviter une hospitalisation complète, faire appel sur prescription médicale du médecin traitant à la structure d'HAD (nom) qui se portera alors partenaire dans la prise en charge pour des soins spécifiques comme précisé dans l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

La décision d'admission en HAD du patient/résident, hébergé dans l'EHPA(D), fait l'objet d'une décision et d'une concertation collégiale entre les directions des deux structures après avis des deux médecins coordonnateurs.

L'HAD n'a pas pour vocation de venir couvrir le besoin médico-social de l'EHPA(D) et interviendra sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence.

Article 1 – Objet de la convention

Ce document établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes)(nom) et la structure d'hospitalisation à domicile(nom)

Cette convention a pour finalité de définir précisément les modes de fonctionnement établis entre ces deux structures, lors d'une prise en charge par l'HAD d'un résident de l'EHPA(D).

Les deux structures (HAD et EHPA(D)) s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du patient/résident, afin d'optimiser et sécuriser la prise en charge.

Toute mission confiée fait l'objet d'une note écrite signée sur le modèle de l'annexe 2 de la circulaire DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007. Son acceptation implique l'adhésion préalable à l'ensemble des éléments de la présente convention.

Article 3 – Prescription de l'HAD :

L'HAD(nom).....est sollicitée sur demande du médecin traitant du résident/patient après avis du médecin coordonnateur de l'EHPA(D)..... (nom)

Article 4 – Indications pour la prescription

L'intervention de l'HAD ne peut être réalisée que lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'état du patient/résident nécessite une ou des interventions techniques, justifiées par une ou des affections aiguës ou des poussées aiguës d'affections chroniques ;
- le patient/résident, faute d'HAD, aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation complète ;
- les modes de prises en charge principaux ou associés ne sont pas redondants avec ceux effectués par l'établissement d'hébergement (cf. annexe de l'arrêté du 16 mars modifié par l'arrêté du 25 avril 2007).

Afin de justifier ce choix de recours, le médecin coordonnateur de l'EHPA(D) (nom) inscrira dans le dossier de soins du patient pourquoi l'EHPA(D) n'était pas en mesure de prendre en charge les soins nécessités par l'état du patient/résident.

Article 5 – Modalités de la prise en charge :

Avant toute prise en charge dans le cadre de la présente convention, les parties médicales et administratives des deux structures ainsi que le médecin traitant du patient/résident signeront le protocole d'accord nominatif d'intervention figurant à l'annexe 2 de la circulaire DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007.

En fin de prise en charge, dans le cadre des temps de coordination, l'anticipation de la sortie sera effectuée par l'observation d'un délai de prévenance.

Article 6 – Protocole de soins

Chaque mission donnera lieu systématiquement à la signature entre les deux établissements d'un protocole de soins, intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un patient/résident. Le modèle de ce protocole figure en annexe 3 de la circulaire DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007.

Toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins, Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

Article 7 – Articulation des missions et responsabilités entre les deux structures :

Les deux structures se sont entendues sur l'articulation des missions et responsabilités. La répartition des missions communes est explicitée en annexe du présent document.

Article 8 – Gestion du circuit du médicament :

Les signataires confirment le mode de gestion des médicaments suivant un des deux modes d'organisation suivants :

- La prise en charge (approvisionnement, dispensation) :
 - des médicaments nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD(nom)est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant ;
 - des médicaments habituellement prescrits par le même médecin traitant pour le patient/résident dans le cadre des soins pris en charge par l'EHPA(D)(nom)est assurée et éventuellement financée par ce dernier (financement assuré dans le cas de tarif partiel avec PUI ou de tarif global).

□ La prise en charge (approvisionnement, dispensation) de l'ensemble des médicaments est assurée par la pharmacie de groupement de coopération sanitaire qui inclut l'HAD(nom)et l'EHPA(D).....(nom) Une séparation stricte des prescriptions entre médicaments habituellement dispensés au patient/résident et médicaments nécessaires au traitement des pathologies ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD permet une ventilation ultérieure des charges entre l'EHPA(D) pour les premiers et HAD pour les seconds.

La répartition de cette prise en charge est explicitée dans l'annexe 4 de la circulaire DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007.

Ce dernier document sera complété et signé dès la première prescription dans le cadre de l'HAD, renouvelé à chaque modification d'au moins une des prescriptions et inséré dans le dossier patient disponible à son chevet.

Article 9 – Dossier de soins et renseignements à caractère médical

L'EHPA(D).....nom.....et le service d'HAD(nom).....décident qu'au cours de l'intervention de l'HAD en EHPA(D) pour la prise en charge d'un résident / patient les informations à caractère médical, soignant, et médico-social relatives à ce résident/patient seront enregistrées en tenant compte de la réglementation relative à la confidentialité des données.

Article 10 – Évaluation du partenariat

Les deux signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. Cette évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD ;
- nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et raisons invoquées par la structure d'HAD ;
- nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée et de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPA(D) ;
- nombre de séjours et de journées d'HAD ;
- qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure d'HAD ;
- qualité de la coordination des soins entre les deux structures.

Cette évaluation sera adressée annuellement à la CRAM concernée ainsi qu'à la caisse qui assure le versement de la dotation soins de l'EHPA(D).

Article 11 – Date d'effet de la convention

Cette convention entrera en vigueur le ...(date).....

Aucune intervention telle que prévue dans le cadre de la présente convention ne pourra donner lieu à facturation avant cette date

Article 12 – Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur des modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des patients/résidents au cours de la phase de transition.

Article 13 – Transmission de la convention

Les signataires s'engagent à transmettre copie de la présente convention ainsi que la copie de l'autorisation accordée à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées conformément au quatrième alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles dans un délai dejours.

- L'EHPA transmettra ces documents :
 - à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 - au Conseil général
 - à sa caisse pivot du.....
- L'HAD transmettra ces mêmes documents à l'Agence régionale pour l'hospitalisation de.....

Fait à, le

Pour l'EHPA(D)

Pour l'HAD

**ANNEXE : PARTAGE DES MISSIONS COMMUNES
ENTRE LES DEUX STRUCTURES**

Désignations	Modalités de partage entre les deux structures
Mise en place d'une fiche-type de prise en charge conjointe	
Visite de pré-admission HAD	
Elaboration et tenue du dossier de soins	
Elaboration d'un dossier de transmissions	
Prise de décision médicale	
Actions sur le protocole de soins	
Garantie sur l'accès partagé au dossier du patient par les professionnels	
Respect du secret médical	
Détermination du projet de soins	
Modification du protocole de soins par les infirmiers	
Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication)	
Saisie des soins effectués	
Mention des actes effectués par le personnel dans le dossier de soins à chaque passage	
Saisie des informations nécessaires à la bonne prise en charge (changement de traitement, état du patient, ré-hospitalisation)	
Coordination des acteurs des 2 structures (soignants, médico-sociaux, sociaux)	
Coordination sur le plan médical, entre médecins	
Gestion des temps de transmission et d'information entre professionnels	
Gestion et présence à des réunions de coordination	
Organisation et participation à des réunions afin d'améliorer la prise en charge	
Responsabilités pour les actes effectués par les salariés respectifs des deux partenaires (ou prestataires externes mandatés),	
Non substitution du médecin coordonnateur/médecin traitant	
Respect du rôle des médecins coordonnateurs, tel que prévu par les textes	
Relation du médecin coordonnateur avec son homologue et le médecin traitant	
Modalités pour que le médecin coordonnateur assure une information optimale auprès de ses confrères	
Respect du secret médical professionnel	
Adaptation des contrats d'assurance pour la prise en charge conjointe	
Initiative de prise en charge des temps pluridisciplinaires	
Mise en place d'outils d'évaluation de la qualité de la prise en charge	
Coordination étroite entre les infirmiers référents et les infirmiers coordinateurs	
Analyse des services et moyens nécessaires pour répondre aux besoins du patient/résident	
Mise en place d'un régime alimentaire	
Soutien psychologique éventuel, (action d'un (e) psychologue)	
Demande d'aide spécifique	
Saisie des commandes de consommables	

Pour l'EHPA(D)

La Direction

Pour l'HAD

La Direction

Le Médecin Coordonnateur

Le Médecin Coordonnateur