

## ENTRE LES SOUSSIGNES

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Représentée par Monsieur Nicolas REVEL, Directeur Général, dont le siège est situé 55 boulevard Diderot 75010 Paris

Pour

### L'Établissement Hospitalisation à Domicile (HAD)

Représenté par Madame Laurence NIVET, Directrice,

**14 rue Vésale 75005 Paris ;**

N° FINESS : juridique : **75071218H** Géographique : **750806226**

Ci-après dénommée « HAD AP-HP»

d'une part,

**ET**

**Nom complet et raison sociale :** .....

**Numéro FINESS géographique :** .....

**Adresse complète :** .....

**Si convention cadre, citer toutes les antennes ou établissements et leurs adresses :**

**Antenne/Etablissement :**

Nom	Adresse	SIRET

**Représenté par :** .....

**Fonction :** .....

Ci-après dénommé « l'organisme gestionnaire »

d'autre part.

*Il est convenu et arrêté ce qui suit :*

## ENGAGEMENT LIMINAIRE

La présente convention régit les modalités d'articulation entre les SSIAD de l'organisme gestionnaire et l'HAD AP-HP afin de permettre une prise en charge continue du patient à son domicile, que ce soit lors d'un passage de relais (**Document 1, document 4**) ou lors d'une intervention conjointe.

Les parties signataires s'engagent à respecter le cadre de cette convention et ses recommandations dans l'objectif d'une prise en compte des besoins des patients et de la continuité des soins.

La présente convention a pour objet d'établir un partenariat organisant :

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Boîte de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

- Le passage de relais de l'HAD AP-HP vers une prise en charge en SSIAD/SPASAD ou de relais d'un suivi en SSIAD/SPASAD vers une prise en charge par l'HAD AP-HP;
- La collaboration entre les deux structures, lorsque la situation d'un patient suivi en SSIAD/ SPASAD nécessite une prise en charge conjointe avec l'HAD AP-HP.

Elle est complétée de plusieurs documents :

- **1 : Fiche de liaison – Demande d'admission en HAD**
- **2 : Protocole de soins personnalisé**
- **3 : Protocole d'accord nominatif de relais ou d'intervention conjointe**
- **4 : Fiche relais HAD => SSIAD**
- **5 : Fiche de signalement d'événement indésirable**

## VISAS

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6122- 1, R. 6121-4 et D. 6124-306 à D. 6124-312;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment ses articles L.312-1, R.314-137, R.314-138, D.312-1 et suivants, D.312-7 et D.312-7-1 ;

Vu l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 relative à l'articulation entre les SSIAD /SPASAD et les établissements d'HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile ;

Vu l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2018 ; fixant la durée de la prise en charge minimale par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile permettant une intervention conjointe avec un établissement d'hospitalisation à domicile

Vu la circulaire DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD);

Vu la circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Vu la circulaire DGAS/2C n° 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;

Vu la circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique ;

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

## PREAMBULE

L'HAD AP-HP a pour mission de prendre en charge, à leur domicile, des patients qui nécessitent des soins complexes, continus et coordonnés, médicaux et paramédicaux, formalisés dans le projet personnalisé de soins du patient.

Les soins effectués par l'HAD AP-HP sont réalisés sur prescription médicale (du médecin traitant ou à défaut le médecin choisi par le patient, ou du médecin hospitalier), en cas de pathologie aiguë ou de maladie chronique nécessitant des soins fréquents, complexes et coordonnés ou d'une technicité spécifique. Il s'agit de soins médicaux et paramédicaux complexes réalisés dans un cadre pluri-professionnel et pluridisciplinaire. Ces soins sont obligatoirement formalisés dans un protocole de soins coordonnés par le médecin de l'HAD AP-HP, régulièrement évalués et adaptés.

L'HAD AP-HP assure la continuité des soins 24h/24 et 7jours/7.

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) (et la partie soins des SPASAD) assure des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels afin de contribuer au maintien à domicile des personnes et faciliter les sorties d'hospitalisation.

Les soins délivrés par les SSIAD sont réalisés sur prescription médicale (généralement du médecin traitant ou à défaut le médecin choisi par le patient ou du médecin hospitalier). Ces soins prescrits sont nécessaires au regard de la situation du patient en terme d'autonomie et/ou dans le cadre d'une pathologie de la personne qui nécessite des actes infirmiers de soins (nursing, prévention d'escarres,) et/ou des actes médicaux infirmiers (pansements, injections, prélèvement, perfusions,...). Ces soins sont formalisés dans un projet individualisé de soins (comportant un document individuel de prise en charge et un plan de soins). Une évaluation régulière doit permettre de garantir l'adaptation du dispositif de soins aux besoins de la personne.

## ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de formaliser les règles de fonctionnement et d'organisation du partenariat établi entre les parties signataires en vue d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients à leur domicile dans le cadre :

- de l'organisation et du suivi de la prise en charge dans le cadre d'un relais
- et/ou d'un travail de collaboration lors d'une intervention conjointe.

Les signataires entendent :

- favoriser et contribuer à maintenir la prise en charge à domicile des patients en fonction de leur état de santé, de leur situation de handicap ou de perte d'autonomie, de leur demande, de leur projet de vie et de leur consentement ;
- favoriser un parcours de soins sans rupture de prise en charge pour les patients ;
- proposer et assurer une continuité et une coordination des soins ainsi qu'une prise en charge optimale du patient, qu'elle soit successive ou conjointe ;
- favoriser la coordination entre les deux parties dans l'objectif de complémentarité des compétences et des moyens ;
- prendre en charge les patients dans le respect des normes réglementaires et des normes de sécurité garantissant notamment une transmission optimale des données médicales, thérapeutiques et médico-sociales ;
- prendre en charge les patients dans le respect des bonnes pratiques professionnelles ;
- soutenir les aidants

Cette coopération s'établit dans le respect réciproque des valeurs et missions des deux signataires de la présente convention.

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

## ARTICLE 2- PUBLIC CONCERNE

Sont concernés par la présente convention les personnes et patients admissibles en SSIAD/SPASAD et en établissement d'HAD qui appartiennent à l'une des trois catégories suivantes :

- les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.
- Et toutes autres personnes que la réglementation désignera comme éligible depuis la date de signature des présentes.

## PREMIERE PARTIE : ENGAGEMENTS RECIPROQUES CONCERNANT LE RELAIS ENTRE UN SSIAD/SPASAD ET L'HAD AP-HP (ET INVERSEMENT)

### ARTICLE 3- CADRE D'INTERVENTION

Les demandes de relais concernent les patients dont l'état de santé ou d'autonomie nécessite l'intervention à leur domicile de l'une des parties à cette convention, à l'exclusion de l'autre et s'inscrivent dans le respect du consentement du patient ou de son représentant légal et en dehors d'un cas d'urgence absolue. Le cas échéant, le consentement de l'entourage sera recherché.

Ce relais se traduit notamment par le respect des principes de suivi et de coordination efficaces au service des patients, par l'utilisation d'outils de liaison communs.

Chaque partie signataire s'engage, à partir d'une demande anticipée du cocontractant, à prendre en charge de manière privilégiée les patients nécessitant un relais et résidant au sein de l'aire géographique de chaque structure afin d'éviter toute rupture dans la continuité des soins apportés au domicile du patient.

### ARTICLE 4- EVALUATION PREALABLE DE LA SITUATION DU PATIENT

Lorsque les soins délivrés par la structure qui prend en charge le patient, ne sont plus adaptés aux besoins en soins de celui-ci, les parties s'engagent à organiser un relais du SSIAD/SPASAD vers l'HAD AP-HP ou de l'HAD AP-HP vers le SSIAD/SPASAD selon la situation et sous réserve que les conditions d'admission soient remplies.

Les parties s'engagent à évaluer régulièrement les soins requis par les patients qu'ils prennent en charge afin de déterminer si l'intervention du SSIAD/SPASAD ou de l'HAD AP-HP est en adéquation avec leurs besoins. Cette évaluation doit être systématiquement réalisée lorsqu'une évolution de l'état de santé ou de l'environnement d'un patient est constatée ou signalée.

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

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

Sur les demandes de relais :

- le nombre de patients, ayant fait l'objet d'un passage de relais entre les 2 structures (HAD AP-HP vers SSIAD et SSIAD vers HAD AP-HP) ;
- le nombre de refus de prise en charge et leur motif, en distinguant les demandes de relais de l'HAD AP-HP vers un SSIAD/SPASAD et du SSIAD/SPASAD vers l'HAD AP-HP) ;
- le nombre de réunions de coordination commune à l'HAD AP-HP et au SSIAD/SPASAD ;
- une évaluation de la satisfaction des usagers et/ou de leurs familles ;
- le délai moyen d'admission suite à une demande de relais ;
- les principales causes de relais de l'HAD AP-HP vers un SSIAD ;
- les principales causes de relais d'un SSIAD vers l'HAD AP-HP ;
- une évaluation qualitative des relais opérés entre les structures

Sur les demandes de prises en charge conjointes :

- le nombre de patients ayant fait l'objet d'une prise en charge conjointe ;
- le nombre de refus de prise en charge conjointe, l'origine du refus (le patient, le médecin, l'HAD AP-HP) et le motif ;
- le délai moyen de prise en charge suite à une demande de prise en charge conjointe ;
- les principales causes de prise en charge conjointes ;
- une évaluation de la satisfaction des usagers et/ou de leurs familles ;
- une évaluation qualitative de l'activité conjointe des structures.

## ARTICLE 5- ORGANISATION DU RELAIS

Les parties s'engagent à respecter la procédure suivante :

### 1. Information du médecin prescripteur et du patient

Lorsqu'une structure a évalué le besoin de passer le relais, elle informe le patient et le médecin traitant ou le médecin prescripteur ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, de l'évolution de l'état de santé du patient nécessitant un changement de prise en charge (vers un SSIAD/SPASAD ou l'HAD AP-HP).

Lorsqu'une nouvelle prise en charge est prescrite, le médecin traitant ou à défaut, le médecin désigné par le patient, ou le service qui propose le relais, informe le patient de la nécessité de changer de prise en charge, des conditions de fonctionnement de l'autre structure et des modalités de relais. Il recueille également l'accord du patient pour procéder au changement de prise en charge et transmettre auprès de l'autre structure les informations qui le concernent. Les éléments d'information donnés doivent être appropriés à la situation du patient.

### 2.1 La demande de relais par le SSIAD / SPASAD

Le SSIAD / SPASAD qui propose le relais, en lien avec le médecin traitant, prend contact avec l'HAD pour l'informer qu'il sollicite un relais et transmet la « **Fiche de liaison – demande d'admission en HAD** » (**Doc. 1**), qui comprend la prescription médicale.

La demande de relais doit être adressée au moins deux jours, sauf urgence, avant la date souhaitée de sa mise en œuvre. La structure destinataire de la demande, après en avoir accusé réception, doit répondre à la demande de relais dans un délai maximum de deux jours, en indiquant une date prévisionnelle d'admission.

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

En cas de refus de relais notifié par tous moyens permettant de conserver une traçabilité à la demanderesse, la procédure s'arrête à cette étape.

## 2.2 La demande de relais par l'HAD APHP

L'HAD qui propose le relais, en lien avec le médecin traitant, prend contact avec le SSIAD / SPASAD pour l'informer qu'elle sollicite un relais et transmet la « **Fiche Relais – Bilan de prise en charge en vue d'un relais HAD => SSIAD** » (Doc. 4).

La demande de relais doit être adressée au moins deux jours, sauf urgence, avant la date souhaitée de sa mise en œuvre. La structure destinataire de la demande, après en avoir accusé réception, doit répondre à la demande de relais dans un délai maximum de deux jours, en indiquant une date prévisionnelle d'admission.

En cas de refus de relais notifié par tous moyens permettant de conserver une traçabilité à la demanderesse, la procédure s'arrête à cette étape.

## 3. Organisation du relais

*Les parties définissent ici les modalités d'organisation du relais :*

- *Organisation de la continuité des soins*

Lorsque l'organisation prenant en charge le patient estime opportun d'organiser un relais de prise en charge vers l'autre structure :

- Elle informe le médecin traitant ou le médecin prescripteur ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, de l'évolution de l'état de santé du patient nécessitant un changement de prise en charge. Elle informe également le patient pour recueillir son consentement.  
Le relais du SSIAD/SPASAD à l'HAD AP-HP ou de l'HAD AP-HP au SSIAD/SPASAD est sous la responsabilité du médecin traitant ou, à défaut, du médecin désigné par le patient, qui apprécie cliniquement l'évolution de la prise en charge nécessaire du patient en concertation avec le médecin coordonnateur de l'HAD AP-HP ou l'infirmier coordonnateur du SSIAD/SPASAD
- L'accord du patient pour effectuer le relais est recueilli par le médecin traitant ou, à défaut, du médecin désigné par le patient ou la structure qui propose le relais (Cf. le point suivant sur l'information du patient)
- La structure qui propose le relais, en lien avec le médecin ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, prend contact avec l'autre structure pour l'informer qu'elle sollicite un relais et transmet la demande qui est formalisée par le document 1 : « Fiche de liaison – Demande d'admission en HAD » qui comprend la prescription médicale.

Lorsque la demande de relais est acceptée, une visite d'évaluation des besoins du patient est réalisée, sauf demande urgente.

- *Information du patient et/ou son représentant légal et de son entourage des conditions de fonctionnement de la structure destinataire, des modalités de relais et de la prise la prise en charge financière des aides techniques et des médicaments.*

Conformément aux articles L1111-1 à L1111-9 du Code de la Santé Publique, l'intervention de l'HAD AP-HP ou du SSIAD auprès d'un patient nécessite son accord ou, le cas échéant, celui de son représentant légal.

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

La signature du document « **Protocole d'accord nominatif de relais ou d'intervention conjointe** » remis par l'HAD AP-HP formalise cette acceptation (Doc. 3).

## ARTICLE 6- LES RESPONSABILITES

### ○ **La responsabilité du médecin traitant**

Le relais du SSIAD/SPASAD à l'HAD AP-HP ou de l'HAD AP-HP au SSIAD/SPASAD est sous la responsabilité du médecin traitant ou à défaut, le médecin désigné par le patient, qui est obligatoirement informé et apprécie cliniquement l'évolution de la prise en charge nécessaire au patient en concertation avec le médecin coordonnateur de l'HAD AP-HP et/ou l'infirmier coordonnateur du SSIAD/SPASAD.

### ○ **La responsabilité des structures**

Les parties signataires demeurent responsables, chacune pour ce qui la concerne, des actes accomplis par leurs personnels propres, dans le cadre des soins apportés aux patients qu'elles prennent en charge de manière successive.

## DEUXIEME PARTIE- ENGAGEMENTS RECIPROQUES CONCERNANT L'INTERVENTION CONJOINTE DU SSIAD/SPASAD ET DE L'HAD AP-HP

### ARTICLE 7- CADRE D'INTERVENTION

L'HAD AP-HP et un SSIAD/SPASAD peuvent prendre en charge de façon conjointe un patient dont l'état de santé le justifie dans l'une des situations suivantes :

1° A la demande de l'HAD, du SSIAD / SPASAD, du service d'hospitalisation, du médecin traitant du patient

2° le retour à domicile du patient s'effectue dans le délai pendant lequel le SSIAD/SPASAD conserve la place de ce patient.

3° et toute autre situation que la réglementation désignera comme éligible depuis la date de signature de la présente convention.

### ARTICLE 8- LA PROCEDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION CONJOINTE

Le SSIAD/SPASAD prenant en charge un patient nécessitant une hospitalisation à domicile, du fait de l'aggravation de son état de santé, après accord du médecin traitant ou désigné, adresse à la plateforme d'admission de l'HAD AP-HP dont l'aire géographique d'intervention comprend la commune de résidence du patient et avec lequel il a conventionné, la « Fiche de liaison – Demande d'admission en HAD » La demande d'intervention conjointe est instruite dans un délai de 24 heures.

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

#### A. Prescription de l'HAD

Toute admission en HAD, même lorsque celle-ci est organisée dans le cadre d'une intervention conjointe entre l'HAD AP-HP et le SSIAD/SPASAD, fait l'objet d'une prescription médicale. La nécessité d'une admission en HAD relève du médecin prescripteur qui apprécie cliniquement la prise en charge nécessaire au patient, la justification de l'admission devant toutefois être établie par le médecin coordonnateur de l'HAD.

Le médecin traitant ou à défaut le médecin désigné par le patient doit être dûment informé par le médecin coordonnateur de l'HAD AP-HP ou l'infirmier coordonnateur du SSIAD/SPASAD du cadre de la présente convention pour la mise en œuvre de sa prescription.

#### B. L'information et l'accord du patient

Lorsqu'une prise en charge en hospitalisation à domicile est prescrite, le médecin traitant ou à défaut, le médecin désigné par le patient informe le patient de la nécessité de changer de prise en charge.

Le SSIAD/SPASAD recueille l'accord du patient et l'informe des conditions d'organisation et de fonctionnement des interventions conjointes

Conformément aux dispositions du 2° de l'article L.1110-12 du code de la santé publique, l'accord du patient pour que les actes prescrits par le médecin soient réalisés par les personnels des 2 structures en intervention conjointe, **permet de considérer qu'ils constituent une seule équipe de soins.**

Les éléments d'information donnés doivent être appropriés à la situation du patient.

#### C. Transmission de la fiche de liaison

##### **Le cas d'une prise en charge conjointe à la demande du SSIAD/ SPASAD :**

Ce dernier transmet la fiche de liaison citée ci-dessus : qui comprend la demande de prise en charge conjointe, en HAD, le projet thérapeutique du patient ainsi que la prescription d'HAD signée par le médecin traitant, à la plateforme d'admission de l'HAD de l'AP-HP.

##### **Le cas d'une prise en charge conjointe à la demande de l'HAD AP-HP :**

L'HAD de l'AP-HP **s'engage à transmettre une copie du dossier du patient (partie préadmission)** au responsable de soins ou à l'infirmier coordonnateur, le cas échéant, du SSIAD.

#### D. Visite conjointe d'évaluation

En cas d'acceptation de la demande d'intervention conjointe par l'établissement d'HAD, ou le SSIAD/ SPASAD les parties signataires s'engagent à réaliser une évaluation conjointe des besoins du patient dans un délai de 48 heures maximum à compter de l'acceptation de la demande d'intervention conjointe. Pour l'HAD AP-HP, elle sera réalisée par l'IDEC. (**Cf. Doc. 2 : « Protocole personnalisé de soins »**), qui sera par la suite validé par la cadre ou l'IDELIA de l'unité de soins

## ARTICLE 9- ORGANISATION DES SOINS CONJOINTS

Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile du patient, l'HAD AP-HP est responsable de l'organisation de la continuité des soins. A ce titre, l'établissement assure la coordination des soins dans le cadre des modalités définies ci-dessous par les parties signataires.

#### A. La planification des soins : Le projet de soins personnalisé

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

Le protocole de soins qui définit la prise en charge médicale, paramédicale et psychosociale est rédigé par l'HAD AP-HP (**L'IDEC HAD en lien avec le SSIAD/SPASAD et validé par le cadre ou l'IDELIA de l'unité de soins**).

L'HAD AP-HP et le SSIAD/SPASAD rédigent conjointement :

- le plan de soins infirmiers
- le planning de réalisation des soins
- les modalités de transmission et de suivi des informations entre les équipes des deux structures et la traçabilité des actes effectués
- les modalités de gestion et d'organisation des situations de besoins de soins non programmés ou d'urgence

#### B. La réalisation des soins

Les soins infirmiers sont coordonnés par l'HAD AP-HP.

- Les soins de nursing :

Les aides-soignants du SSIAD/SPASAD exerçant auprès du patient, qui bénéficie d'une intervention conjointe par les deux structures, réalisent des soins relevant de leur compétence, sous la responsabilité de l'infirmier coordonnateur du SSIAD/SPASAD.

L'infirmier réalisant les soins pour le compte de l'HAD AP-HP (salarié ou sous convention) ne peut déléguer les missions relevant de son rôle propre aux aides-soignants du SSIAD/SPASAD.

- Les autres soins infirmiers :

Ils sont organisés et réalisés par l'établissement d'HAD.

Si le SSIAD/SPASAD a recours à un(e) infirmier(e) libéral(e) ou à un centre de santé infirmier pour la réalisation des soins infirmiers, l'HAD AP-HP propose à l'infirmier(e) libéral(e) ou au centre de santé infirmier de poursuivre son intervention auprès du patient. Dans ce cadre, l'HAD AP-HP conventionne avec l'infirmier(e) libéral(e) ou le centre de santé infirmier et peut mettre en place un accompagnement par le personnel de l'HAD AP-HP ainsi que des actions de formation ou de sensibilisation pour la réalisation de soins techniques.

- Les autres soins :

Le suivi médical et les autres soins paramédicaux sont organisés, coordonnés et réalisés par l'HAD AP-HP

La signature du document « **Protocole d'accord nominatif de relais ou d'intervention conjointe** » remis par l'HAD AP-HP formalise cette acceptation (Doc. 3).

- La gestion du matériel nécessaire aux soins :

L'établissement d'HAD fourni au patient les matériels nécessaires à la réalisation des soins infirmiers ainsi que les médicaments prescrits. Concernant les soins d'hygiène et de confort, il appartient au patient de se procurer les matériels adéquats (drap de glisse, changes, protections...)

Les professionnels de l'HAD en informent le patient et sa famille. Si besoin, une aide peut être apportée via le service social de l'établissement d'HAD.

## ARTICLE 10- COORDINATION D ES DEUX PARTIES

Chaque partie signataire s'engage à participer, autant que de besoin, aux réunions de concertation et aux réunions de coordination, initiées par l'une ou l'autre des parties en fonction des besoins.

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

## ARTICLE 11- ECHANGES D'INFORMATIONS

Les équipes de soins de chaque structure intervenant de manière conjointe auprès d'un même patient, constituent une seule équipe de soins conformément aux dispositions du 2° de l'article L.1110-12 du code de la santé publique.

Les parties à la convention définissent de façon précise les modalités de transmission et de suivi des informations entre leurs équipes et la traçabilité des actes effectués.

Le patient doit être informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant.

## ARTICLE 12- GESTION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

L'HAD AP-HP est responsable de la prise en charge médicamenteuse. A ce titre, la délivrance et le stockage des médicaments du patient relèvent de la responsabilité et de la gestion de l'HAD AP-HP.

La récupération des déchets d'activité de soins qu'ils soient produits par le personnel de l'HAD ou les professionnels libéraux associés est assurée par l'HAD AP-HP.

## ARTICLE 13- GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Le personnel soignant s'engage à déclarer **tout accident ou événement indésirable** survenu au cours de la prise en charge du patient et relatif à un produit de santé, conformément à l'article L 1413-14 du Code de la Santé Publique, au cadre de l'unité de soins de l'HAD AP-HP. **Cf. Doc. 5 Fiche de signalement d'événement indésirable**

## TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS COMMUNES AU PARTENARIAT DECRITES DANS LES PARTIES 1 ET 2

### ARTICLE 14- INFORMATION DES PERSONNELS

Les parties signataires s'engagent à informer :

- leurs personnels respectifs des missions et activités respectives de chaque partie.
- leurs personnels respectifs des engagements pris au titre de la présente convention.

### ARTICLE 15 – GESTION DU MATERIEL MEDICAL INSTALLE AU DOMICILE DU PATIENT

Le matériel médical, de grande taille, nécessaire au maintien du patient au domicile (lit médicalisé, lève-malade...) installé au domicile du patient par l'une ou l'autre des structures est laissé en place si cela est adapté aux besoins du patient, sauf en cas d'impossibilité réglementaire ou conventionnelle.

Dans le cadre d'un relais vers le SSIAD/SPASAD, le financement de ce type de matériel n'étant pas compris dans la dotation du SSIAD/SPASAD, la charge financière liée à la fourniture de ce matériel doit faire l'objet d'une demande de remboursement par le patient au niveau de sa caisse d'assurance maladie, sur la base d'une prescription médicale. Cette démarche peut être accompagnée par le service social de l'établissement d'HAD.

## QUATRIEME PARTIE : AUTRES DISPOSITIONS COMMUNES

### ARTICLE 16- EVALUATION ET SUIVI DU PARTENARIAT

Les parties signataires se rencontrent au moins une fois par an pour évaluer les conditions dans lesquelles évolue le partenariat.

Lors de ces rencontres, les équipes des deux structures peuvent échanger autour d'une problématique commune ou sur les réalités du terrain afin de développer des échanges, dans une dynamique de liens ville-hôpital.

### ARTICLE 17- DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est établie pour un an et renouvelée par tacite reconduction à date anniversaire à chaque période de un an.

Toute modification à la convention doit se faire par avenant approuvé dans les mêmes conditions que la présente convention.

La présente convention peut être dénoncée pour cause de motif légitime, à tout moment par les parties signataire, par le moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard deux mois avant son échéance. Dans ce cas les parties veilleront à ce que les patients concernés par la convention ne soient pas confrontés à une rupture dans leur prise en charge.

La convention est transmise à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétent par le SSIAD / SPASAD.

\*\*\*

Fait à Paris, le : \_\_\_\_\_

En autant d'exemplaires que de parties.

Pour l'organisme gestionnaire,

Pour l'HAD AP-HP, la Directrice, Laurence  
NIVET



### A retourner à

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

**Corinne RENAUX**  
Chargée de missions SSIAD

[corinne.renaux@aphp.fr](mailto:corinne.renaux@aphp.fr)

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

# Document 1 : Fiche de liaison – Demande d'admission en HAD

Renseignée par le médecin traitant en lien avec le SSIAD / SPASAD

A retourner complétée à la Plate-forme d'admissions médicalisée :

Fax : 01.73.73.56.56 Mail : [had.adulte@aphp.fr](mailto:had.adulte@aphp.fr)

Date de la demande : ..... SSIAD/SPASAD : .....

N° Tél (accessible de l'extérieur) : .....

Mail : .....

Nom et fonction du demandeur :

Nom du directeur ou responsable du SSIAD : .....

N° Tél : .....

Mail : .....

Demande de relais     Demande de prise en charge conjointe     Convention signée

Date souhaitée de prise en charge HAD :

.....

Durée de séjour envisagée en HAD :

.....

Médecin traitant : .....

N° Tél : .....

Mail : .....

IDEL (sous convention) : Nom : ..... Tél : .....

## PATIENT :

### Etiquette d'identification du patient

Nom :

Prénom

Date de naissance

### Etiquette adresse patient

Adresse des soins

Tél

**Motif de la demande de prise en charge en HAD : objectifs et soins.**

Lister les soins que nécessite le patient, ainsi que les professionnels de santé concernés (IDE, Kiné...)

.....

.....

.....

**Diagnostic principal et Antécédents marquants**

.....

.....

.....

Allergie :                     Oui     Non

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023



## Document 2 : Protocole personnalisé de soins

A établir pour chaque patient en prise en charge conjointe

Renseigné par IDEC en lien avec le SSIAD et validé par l'US. Copie dans dossier patient domicile HAD

Soins effectués par le personnel soignant du SSIAD / SPASAD	Soins effectués par le personnel soignant de l'HAD AP-HP
<p>IDE salariée SSIAD Pas de soins</p>	<p><b>IDE / IDEL sous convention HAD</b> <i>Surlignez/ complétez</i></p> <p>Pansement complexe Sous MEOPA Traitement IV Chimiothérapie IV ou s/cutané PEC médicamenteuse (Délivrance et stockage) (Cf. Art. 12) Prise en charge douleur ou autres symptômes Accompagnement entourage patient (SP) Accompagnement équipe SSIAD/SPASAD(SP) Autres (A préciser)</p> <p style="text-align: center;"><b>Créneaux horaires de réalisation des soins</b> (A définir à la visite d'accueil)</p>
<p><b>Aide-soignant</b> <i>Surlignez/ complétez</i></p> <p>Nursing Aide mobilisation durant soin HAD Aide maintien masque MEOPA Autres (A préciser)</p> <p style="text-align: center;"><b>Créneaux horaires de réalisation des soins</b> (A définir à la visite d'accueil)</p>	<p>AS HAD : Pas de soins</p>
<p><b>Rééducateurs et autres professionnels de santé</b></p> <p>Psychologue Psychomotricien Kinésithérapeute Ergothérapeute Diététicien Assistant social Autre intervenant (A préciser)</p>	<p><b>Rééducateurs et autres professionnels de santé</b></p> <p>Psychologue Psychomotricien Kinésithérapeute Ergothérapeute Diététicien Assistant social Autre intervenant (A préciser)</p>
<p><b>Matériels à mettre à disposition : non concerné</b></p>	<p><b>Matériels à mettre à disposition :</b> - -</p>
<p><b>Elimination des déchets : Non concerné</b></p>	<p><b>Elimination des déchets : A la charge de l'HAD</b></p>
<p><b>Traçabilité des actes : dans le dossier SSIAD au domicile du patient</b></p>	<p><b>Traçabilité des actes : dans le dossier HAD au domicile du patient</b></p>

**Date de l'évaluation :**

Nom de l'IDEC HAD :

**Signatures :**

Nom du responsable / IDEC SSIAD :

**Date de la validation :**

Nom du cadre / IDELIA :

**Signature :**

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture

093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC

Date de télétransmission : 11/10/2023

Date de réception préfecture : 11/10/2023

## Document 3 : Protocole d'accord nominatif de relais ou de prise en charge conjointe

Important : Document à établir pour chaque patient pris en charge, et au vu du protocole personnalisé de soins (cf. Doc. 3)

### Protocole d'accord entre :

Le SSIAD/ SPASAD : .....

Numéro FINESS : Juridique : ....., Géographique : .....

Et

### L'Hospitalisation À Domicile – Assistance Publique Hôpitaux de Paris (HAD AP-HP)

Numéro FINESS : Juridique : **75071218H** Géographique : **750806226**

Adresse : **14 rue Vésale 75005 PARIS**

Les parties signataires du présent protocole, ont décidé, conformément à la convention de partenariat signée le de prendre en charge :

<b>Monsieur / Madame</b>	
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>N° sécurité sociale</b>	
<b>Caisse</b>	

La prise en charge par le service d'HAD est conforme au protocole de soins signé entre les deux établissements.

Elles confirment leur accord en tous points et s'engagent à respecter rigoureusement toutes les conditions figurant dans la convention citée ci-dessus.

**Date prévue de relais en HAD** : .....

**Date prévue de relais en SSIAD/SPASAD** : .....

**Date prévue d'intervention conjointe HAD/SSIAD** : .....

**Pour le SSIAD/SPASAD**  
**L'infirmier référent**

**Pour l'HAD de l'AP-HP**  
**Le Cadre (de coordination ou d'US)**

**Le Médecin Traitant ou médecin désigné**

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

**Le Médecin Coordonnateur**

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DL-B-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

## Document 4 : Fiche Relais

### ► Bilan de prise en charge en vue d'un relais HAD => SSIAD / SPASAD

Renseigné par le cadre de l'unité de soins ou IDELIA

*Etiquette identification  
patient*

*Etiquette adresse patient*

Informations complémentaires relative à l'adresse (code porte, étage...) : .....

.....

Tél. domicile : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|      Tél. portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Date d'admission en HAD : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Motif de la prise en charge : .....

.....

Projet personnalisé du patient : .....

Diagnostic principal : .....

Antécédent médicaux : .....

Hôpital d'origine : .....  AP-HP /  Hors AP-HP

Service : .....

Médecin référent : Dr .....

Tél. : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Médecin traitant : Dr .....

Tél. : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Réseau de soins intervenant à domicile : .....

.....

Remise des clés : oui / non      Nbr de trousseau(x) :

Objectif de soins définis lors de la prise en charge : .....

.....

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

**Résultat :** .....

**Difficultés rencontrées :** .....

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE** Thème : .....

Personne(s) éduquée(s) : .....

**SOINS INFIRMIERS :**

Fréquence des passages IDE : .....

**SOINS EFFECTUÉS :**

**DOULEUR** : échelle d'évaluation utilisée : ..... Score : .....

**NURSING :**

Nombre de passages aide-soignant : .....

**MATIN :**

Type de toilette : ..... Soins avant la toilette : .....

Lieu de la toilette : .....

**APRÈS LA TOILETTE :**

Si installation :  au fauteuil  au lit

Est effectué par : ..... Vers \_\_\_ h \_\_\_

Autres informations relatives au déroulement de la toilette : .....

**Si passage d'après-midi**

Soin effectué : .....

**AUTONOMIE DE LA PERSONNE**

**Locomotion**

- Autonome
- Aide (matériel)  En fauteuil roulant  Avec déambulateur
- Aide (humaine)
- Aide totale

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

**Hygiène**

- Autonome  
 Partielle  
 Aide totale

**Habillage**

- Autonome  
 Stimulation  
 Aide partielle  
 Aide totale

**Alimentation**

- Autonome      Prothèse dentaires       Oui       Non  
 Stimulation  
 Aide partielle  
 Aide totale

**Élimination**

- Autonome  
 Incontinent urinaire       Change complet       Penilex       Sonde urinaire  
 Incontinent fécal       Exonération

**Gestion des traitements**

- Autonome  
 À préparer  
 À faire prendre

**Comportement – humeur**

- Normal      Troubles gênants       Oui       Non  
 Dépressif  
 Anxieux  
 Opposant / agressif  
 Agité

**Fonction cognitives**

- Normal  
 Altération légère  
 Altération sévère

**Communication**

- Vision correcte      Lunettes       Oui       Non  
 Vision déficiente  
 Audition correcte      Appareillage       Oui       Non  
 Audition déficiente  
 Troubles de la parole

**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ACTUEL :**

.....  
.....

Administré par : .....

Pilulier :  Oui       Non      Préparé par : .....

Certifié exécutoire

Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture .....

093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC

Date de télétransmission : 11/10/2023

Date de réception préfecture : 11/10/2023



Courses assurées par :  Entourage  Organisme

Coordonnées : .....

Préparation des repas par :  Entourage  Organisme

Relais social et autres renseignements utiles : .....

.....  
.....

\*\*\*

**DEMANDE EFFECTUÉE PAR :** .....

Le : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**SIGNATURE :**



Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

## Document 5 : Fiche d'évènement indésirable à l'attention des professionnels d'un établissement social ou médico-social (ESMS)

Cette fiche doit être transmise à :

Corinne RENAUX [corinne.renaux@aphp.fr](mailto:corinne.renaux@aphp.fr) pour les SSIAD

HAD AP-HP 14 rue Vésale 75005 Paris

### Signalant

ESMS : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Personne concernée

L'évènement indésirable concerne-t-il ?  Une seule personne  Plusieurs personnes  Aucune personne

Catégorie de personne(s) concernée(s) :  Patient  professionnel de l'ESMS  Entourage  Autre

Patient - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M ou  F Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Unité de soins HAD : \_\_\_\_\_

### Où et quand cela est-il arrivé ?

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_ Heure : \_\_\_\_ H \_\_\_\_ mn

Lieux de soins :  Chambre à coucher  Toilettes / douche  Couloir  Autres lieux

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023

**Décrivez succinctement les faits : (ne citez aucun nom)**

---

---

---

---

**Quelles sont les conséquences immédiates ?**

**Pour le patient :**

- Aucune  
 Ne sait pas  
 Engendrer une (des) conséquence(s)

**Pour l'ESMS :**

- Aucune  
 Ne sait pas  
 Engendrer une (des) conséquence(s)

**Pour l'HAD :**

- Aucune  
 Ne sait pas  
 Engendrer une (des) conséquence(s)

**Pouvez-vous évaluer la gravité immédiate de cet événement ?**

- Insignifiante     Mineure     Modérée     Majeure     Catastrophique

**Suite à l'évènement, une action corrective a été engagée ?**

- Oui     Non    **Si oui, laquelle :**

---

---

---

---

Certifié exécutoire  
Acte publié le 11 / 10 / 2023

Accusé de réception en préfecture  
093-269300216-20231002-DLB-CCAS202318-CC  
Date de télétransmission : 11/10/2023  
Date de réception préfecture : 11/10/2023