SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

PREMIER MINISTRE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

SECRÉTARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques sociales et médico-sociales

Sous-direction de l'autonomie
des personnes handicapées et des personnes âgées

Bureau du parcours de vie des personnes âgées

Note d'information n° DGCS/3A/2018/60 du 2 mars 2018 relative à la diffusion des modèles types de conventions entre la résidence autonomie et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un établissement de santé, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) visant à favoriser l'accueil de personnes âgées dépendantes dans la résidence autonomie

NOR : *SSAA1806690N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 2 mars 2018. – N° 24.

Résumé : afin de développer l'offre d'habitat intermédiaire avec services pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui ne sont pas autonomes, le III de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles permet aux résidences autonomie qui le souhaitent d'accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Ces résidences autonomie doivent adapter leur projet d'établissement et conclure une convention de partenariat avec, d'une part, un EHPAD et, d'autre part, un service médico-social ou un établissement de santé.

La présente note d'information diffuse aux agences régionales de santé (ARS) des modèles de convention de partenariat type pour les résidences autonomie avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux qui relèvent de son champ d'intervention.

Mots clés : convention de partenariat – résidence autonomie – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – établissement de santé – service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Références :

Articles L. 313-12-III et D. 313-24-2 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Annexes :

Annexe 1. – Modèle de convention type entre une résidence autonomie et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Annexe 2. – Modèle de convention type entre une résidence autonomie et un établissement de santé.

Annexe 3. – Modèle de convention type entre une résidence autonomie et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

La ministre des solidarités et de la santé
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

L'article L. 313-12-III du code de l'action sociale et des familles, inséré par l'article 10 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), permet désormais aux résidences autonomie qui le souhaitent d'accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à GIR 4), afin de développer l'offre d'habitat intermédiaire avec services pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui ne sont pas autonomes. Les résidences autonomie ayant fait ce choix doivent en conséquence adapter leur projet d'établissement.

En outre, les résidences autonomie qui souhaitent accueillir ces personnes relevant du GIR1 au GIR4 doivent conclure une convention de partenariat[1] avec d'une part, un établissement[2] d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'autre part, un service médico-social ou un centre de santé ou un établissement de santé ou des professionnels de santé[3].

L'article D. 313-24-2, 2° du code de l'action sociale et des familles définit le contenu de cette convention qui comprend les modalités de coopération et d'intervention, le cas échéant, auprès des résidents, ainsi que les modalités d'organisation des relations et des partenariats relatifs à l'organisation ou à la mutualisation de certaines actions de prévention.

La résidence autonomie constitue un établissement social autorisé spécifique, au sens où elle accueille des personnes âgées au sein d'un logement assimilé au domicile et associé à des services dont certains sont facultatifs. La résidence autonomie ne dispose à ce titre d'aucun moyen sanitaire (à l'exception des résidences autonomie percevant un forfait soins) et contribue à la mise en œuvre d'une politique de soutien et de maintien à domicile.

De ce fait, l'entrée de personnes âgées en perte d'autonomie au sein d'une résidence autonomie nécessite d'assurer un accès facilité à des modalités de prise en charge sanitaire et médico-sociales afin de veiller à la qualité et à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies que les EHPAD, les établissements de santé, les SSIAD et les SPASAD peuvent offrir comme garanties.

La conclusion d'une convention de partenariat avec d'une part, un EHPAD et d'autre part, un service médico-social (SSIAD ou SPASAD) ou un établissement de santé poursuit ainsi un double objectif :

– assurer l'intégration de la résidence autonomie dans une filière de soins gériatriques suffisamment solide pour assurer un bon accompagnement et une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies ;
– construire des parcours de santé cohérents permettant d'éviter les ruptures et d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des résidents, notamment en renforçant la coordination des acteurs.

Afin d'accompagner l'ensemble des acteurs concernés et faciliter l'appropriation de cette démarche de coopération, des « modèles type » de convention ont été élaborées dans le cadre d'une consultation avec les principales fédérations représentant les différents secteurs et quelques conseils départementaux. Ces conventions n'ont pas de valeur réglementaire, les rubriques demeurent librement modifiables par les partenaires et en fonction du contexte local. L'objectif est de mettre à disposition des outils opérationnels permettant de mieux accompagner les projets, dans le respect des compétences respectives de chacun. C'est à ce titre qu'elles vous sont communiquées pour information eu égard à l'obligation pour la résidence autonomie de conventionner avec un EHPAD pour accueillir à l'entrée des personnes âgées dépendantes et peuvent utilement être diffusées aux conseils départementaux et aux gestionnaires de ces structures.

Pour toutes précisions, je vous invite à prendre attache avec le bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées à la DGCS : DGCS-SD3A@social.gouv.fr.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J-P. Vinquant

[1] Article D. 313-24-1 du CASF.
[2] I de l'article L. 313-12 du CASF.
[3] Quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 du CASF.

ANNEXE 1

CONVENTION TYPE DE PARTENARIAT ENTRE UNE RÉSIDENCE AUTONOMIE SOUHAITANT ACCUEILLIR À L'ENTRÉE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE (GIR 1 À 4) ET UN EHPAD

Entre d'une part :

La résidence autonomie XXX, située à XXX représentée par Mme/M. xxx

En tant que directrice/directeur XXX, ou organisme XXX ou CCAS XXX

Ci-après désigné(e) comme « la résidence autonomie »,

Et d'autre part :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou la petite unité de vie (PUV), représenté par Mme/M. XXX

En tant que directrice/directeur

Ci-après désigné(e) comme « l'EHPAD » ou « la PUV »,

Ci-après dénommés ensemble « les parties »,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-12, D. 313-24-1 et D. 313-24-2 ;

Vu le projet d'établissement de la résidence autonomie en date du [*préciser la date*] ;

Vu le projet d'établissement de l'EHPAD en date du [*préciser la date*],

Préambule

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) permet désormais aux résidences autonomie qui le souhaitent d'accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), afin de développer l'offre d'habitat intermédiaire avec services pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui ne sont pas autonomes. Les résidences autonomie ayant fait ce choix doivent en conséquence adapter leur projet d'établissement.

En outre, la loi prévoit que les résidences autonomie qui souhaitent accueillir ces personnes relevant du GIR 1 au GIR 4 doivent conclure une convention de partenariat[1] avec d'une part, un établissement[2] d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'autre part, un service médico-social ou un centre de santé ou un établissement de santé ou des professionnels de santé[3].

L'article D. 313-24-2, 2° définit le contenu de cette convention qui comprend les modalités de coopération et d'intervention, le cas échéant, auprès des résidents, ainsi que les modalités d'organisation des relations et des partenariats relatifs à l'organisation ou à la mutualisation de certaines actions de prévention.

La résidence autonomie constitue un établissement social autorisé spécifique, au sens où elle accueille des personnes âgées au sein d'un logement assimilé au domicile et associé à des services dont certains sont facultatifs. L'établissement ne dispose à ce titre d'aucun moyen sanitaire – à l'exception des résidences autonomie percevant un forfait soins – et contribue à la mise en œuvre d'une politique de soutien et de maintien à domicile.

De ce fait, l'entrée de personnes âgées en perte d'autonomie au sein de ces résidences autonomie nécessite d'assurer un accès facilité à des modalités de prise en charge médico-sociales afin de veiller à la qualité et à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies. L'EHPAD, en tant qu'établissement médico-social accueillant des personnes âgées

[1] Article D. 313-24-1 du CASF.

[2] I de l'article L. 313-12 du CASF.

[3] Quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 du CASF.

majoritairement dépendantes et proposant une gamme de services qui comprend une prise en charge de la dépendance et des soins avec une équipe médico-sociale dirigée par un médecin coordonnateur, offre ces garanties.

La présente convention poursuit ainsi un double objectif :

– assurer l'intégration de la résidence autonomie dans une filière de soins gériatriques suffisamment solide pour assurer un bon accompagnement et une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies et une meilleur connaissance des spécificités de cette offre par les professionnels ;
– construire des parcours de santé cohérents permettant d'éviter les ruptures et d'améliorer la prise en charge des résidents, notamment en renforçant la coordination des acteurs.

Par conséquent, il est convenu entre les parties ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les conditions et les modalités selon lesquelles vont collaborer la résidence autonomie et l'EHPAD et de régir leurs relations pendant toute la durée de la convention.

Article 2

Résidents concernés au sein des résidences autonomie

Les personnes âgées dont le niveau de dépendance équivaut aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4.

Les personnes souffrant de troubles comportementaux, de troubles cognitifs, les personnes touchées par une maladie neurodégénérative, les personnes souffrant de troubles psychiatriques, de troubles addictifs (alcool) ou de dépression, etc.

Les personnes en situation de handicap admises dans la résidence autonomie et dont le degré de perte d'autonomie est particulièrement avancé, du fait notamment de leur vieillissement.

Etc.

Article 3

Engagements réciproques des parties

Les moyens mobilisés pour la réalisation des engagements réciproques doivent permettre de faciliter la prise en charge médico-sociale ainsi que le suivi du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et d'anticiper leurs besoins en facilitant la communication et la coopération entre la résidence autonomie et l'EHPAD.

Dans ce cadre, les parties s'engagent à :

– transmettre les informations utiles et strictement nécessaires au partenaire et aux bénéficiaires ;
– améliorer l'échange d'informations en lien avec la règlementation en vigueur en matière de protection des données personnelles ;
– assurer un accès prioritaire au dispositif d'accueil temporaire (hébergement temporaire ou accueil de jour) de l'EHPAD pour les résidents de la résidence autonomie ;
– permettre, en cas de besoin, l'admission à titre permanent d'un résident dépendant dans l'EHPAD ;
– mobiliser les actions proposés par l'EHPAD « centre-ressources[4] » ;
– coopérer en matière d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

3.1. *Transmettre les informations utiles au partenaire et aux bénéficiaires*

Information des bénéficiaires

Les parties doivent délivrer par tous moyens, conformément à la loi du 2 janvier 2002, les informations aux bénéficiaires et/ou à leur représentant légal ou à leur famille, les informations permettant de comprendre le fonctionnement respectif de chaque structure et les modalités de leur partenariat.

[4] Dispositif innovant permettant de prendre appui sur l'EHPAD pour développer des initiatives novatrices apportant une évolution de l'offre de services proposée, en lien avec les autres acteurs du territoire, par des actions à visée préventive et/ou thérapeutique ainsi que par l'ouverture vers l'environnement extérieur à l'établissement.

Elles les informent de l'existence du partenariat et des actions et projets proposés par chacune des parties. Elles recueillent le consentement du résident, ou le cas échant, de leur représentant légal, quant à la communication des éléments d'information appropriés sur leur état de santé[5] au partenaire, tout en les informant de leur possibilité de s'opposer à ce partage et cet échange d'informations.

Information des partenaires

Les parties signataires s'engagent à :

– informer leurs personnels respectifs des missions et activités de chaque partie et des engagements pris au titre de la présente convention ;
– échanger régulièrement sur leurs actions et initiatives respectives et à se transmettre réciproquement tous les documents utiles à la bonne mise en œuvre de ce partenariat (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, actions de prévention mises en place dans le cadre du CPOM de la résidence autonomie, prestations souscrites par le résident).

Elles désignent [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent de l'EHPAD et [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent de la résidence autonomie, afin de faire bénéficier à chacun d'un contact privilégié pour la mise en œuvre de ce partenariat. Elles s'engagent en outre à échanger réciproquement les coordonnées du remplaçant de ce référent en cas d'absence.

Aux fins de la bonne articulation de la prise en charge du résident entre la résidence autonomie et l'EHPAD, les parties conviennent de la mise en place d'un outil de liaison comprenant toutes les informations utiles à sa bonne prise en charge en cas de changement de lieu de vie et procède à son actualisation le cas échéant. Cet outil de liaison peut être complété d'un volet médical par le médecin traitant, avec l'accord du résident et selon des modalités propres à assurer la confidentialité des données, notamment médicales, conformément aux articles L. 1110-4 et suivants du code de la santé publique. Le dossier est conservé par le résident.

L'échange et le partage d'informations relatives à la personne prise en charge s'exercent dans les conditions prévues par les articles R. 1110-1 à R. 1110-3 et D. 1110-3-1 à D. 1110-3-3 du code de la santé publique (CSP).

Le dossier d'accompagnement personnalisé et les coordonnées de la personne de confiance, si elle a été désignée dans les conditions fixées à l'article L. 311-5-1 du CASF, sont transmis, en accord avec le résident ou le cas échéant, de son représentant légal, par la résidence autonomie à l'EHPAD, dans les cas suivants :

– recours du résident à l'hébergement temporaire ou à l'accueil de jour proposé par l'EHPAD ;
– admission à titre permanent du résident dans l'EHPAD.

3.2. *Élaborer une procédure commune pour assurer l'accès au dispositif d'accueil temporaire (hébergement temporaire ou accueil de jour) de l'EHPAD*

Repérage de la dégradation de l'autonomie du résident et des besoins de répit de l'aidant

Le directeur de la résidence autonomie, en lien avec le médecin traitant du résident et/ou les services sociaux et médico-sociaux et les professionnels soignants intervenant auprès de celui-ci, repère la perte d'autonomie de la personne et le cas échéant le besoin de répit de l'aidant.

Lorsque le résident est hospitalisé, le directeur de la résidence autonomie s'informe, sans délai, auprès de l'établissement de santé afin de savoir si le patient sera en capacité de revenir dans la résidence autonomie à l'issue de son hospitalisation ou s'il nécessitera une prise en charge transitoire dans un EHPAD.

Choix du dispositif adapté aux besoins du résident et de son aidant

Le directeur de la résidence autonomie et le directeur de l'EHPAD sollicitent une évaluation de l'équipe médico-sociale par l'équipe APA et l'avis du médecin traitant, pour accompagner le résident vers le dispositif le plus adapté (hébergement temporaire, accueil de jour, hébergement permanent).

[5] Au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

L'information et l'accord du résident à bénéficier d'un dispositif d'accueil temporaire

Le directeur de la résidence autonomie informe le résident, ou son représentant légal des modalités de prise en charge et du financement en hébergement temporaire ou en accueil de jour de manière générale et dans l'EHPAD partenaire en particulier, avec le cas échéant, l'appui de l'équipe médico-sociale APA.

La résidence autonomie et l'EHPAD s'engagent respectivement à retranscrire ces modalités dans le contrat de séjour[6] conclu avec le résident lors de son entrée, y compris pour le contrat de séjour spécifique à l'hébergement temporaire ou à l'accueil de jour qui doit également être signé par le résident et l'EHPAD précisant la période et les modalités de prise en charge.

Le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, peut refuser l'orientation en hébergement temporaire ou en accueil de jour ou choisir un autre EHPAD. Il conserve sa liberté de choix.

Lorsque l'admission en hébergement temporaire ou en accueil de jour est décidée, un dossier d'admission[7] est rempli par le résident ou sa famille ou sa personne de confiance[8] ou son représentant légal. Le volet médical du dossier sera complété par le médecin traitant de l'usager et remis à ce dernier ou, le cas échéant, à son représentant légal sous pli confidentiel. Les parties s'engagent à faciliter autant que possible cette procédure d'admission, notamment en matière d'échange d'informations, dans le respect de la réglementation en vigueur.

La prise en charge du résident à l'admission et à la sortie en accueil temporaire (hébergement temporaire et accueil de jour)

La résidence autonomie et l'EHPAD s'engagent à mettre en œuvre, dans la mesure du possible, toutes les mesures nécessaires (documentation, partage d'informations, entretien avec le directeur de la résidence autonomie…) pour préparer le résident, en amont de sa prise en charge en hébergement temporaire ou en accueil de jour.

Les parties veillent également à préparer la sortie de l'hébergement temporaire et l'EHPAD informe la résidence autonomie, avant le retour du résident, des éléments susceptibles de complexifier la reprise normale des habitudes de vie du résident dans la résidence autonomie.

Lorsque la personne est orientée vers l'accueil temporaire, l'EHPAD veillera particulièrement à préserver, dans la mesure du possible, ses capacités fonctionnelles, afin qu'elle puisse réintégrer la résidence autonomie.

Le résident conserve le bénéfice de son logement au sein de la résidence autonomie durant le séjour en hébergement temporaire dans l'EHPAD.

L'admission du résident dans l'EHPAD s'effectue selon les modalités suivantes : [*à préciser par les parties – notamment les modalités de transport*]. Les modalités de facturation seront intégrées dans le contrat de séjour.

3.3. *Élaborer une procédure commune pour l'admission à titre permanent d'un résident dépendant dans l'EHPAD*

Le repérage de la dégradation de l'autonomie du résident

Le directeur de la résidence autonomie, en lien avec le médecin traitant du résident et/ou les services sociaux et médico-sociaux et les professionnels soignants intervenant auprès de celui-ci, repère la perte d'autonomie de la personne, notamment dans le cadre de la réévaluation annuelle du GIR des résidents.

Lorsque le résident est hospitalisé, le directeur de la résidence autonomie s'informe, dans les jours qui suivent l'admission, auprès de l'établissement de santé afin de savoir si le patient sera en capacité de revenir dans la résidence autonomie à l'issue de son hospitalisation ou s'il nécessitera une prise en charge permanente dans un EHPAD.

Le choix du dispositif adapté aux besoins du résident

Si l'état de santé de la personne accueillie nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans la résidence autonomie ou que le niveau moyen de perte d'autonomie des personnes accueillies de la résidence devient trop important pour permettre à la résidence autonomie d'assurer efficacement la prise en charge des personnes les plus dépendantes, la

[6] Article D. 311 du CASF.

[7] Article D. 312-155-1 du CASF.

[8] Désignée conformément à l'article L.313-5-1.

résidence autonomie et l'EHPAD partenaire, en lien avec le médecin traitant des résidents concernés et le médecin coordonnateur de l'EHPAD, apporteront le soutien nécessaire pour que ces résidents puissent être accueilli dans des établissements adaptés à leurs besoins[9].

L'information et l'accord du résident à être admis à titre permanente dans l'EHPAD

Le directeur de la résidence autonomie informe le résident ou son représentant légal des modalités de prise en charge et du financement d'un hébergement permanent en EHPAD de manière générale et dans l'EHPAD partenaire en particulier.

Le résident ou, le cas échéant, son représentant légal conserve sa liberté de choix, il peut refuser l'orientation en EHPAD ou choisir un autre établissement que l'EHPAD partenaire.

La prise en charge du résident et son admission dans l'EHPAD

La résidence autonomie et l'EHPAD s'engagent à faciliter autant que possible la procédure d'admission, notamment en matière d'échange d'informations. Ainsi, lorsque l'accueil en EHPAD est décidé, un dossier d'admission est remis au résident ou le cas échant, sa famille, sa personne de confiance désignée conformément à l'article L. 313-5-1 ou son représentant légal. Le volet médical du dossier sera complété par le médecin traitant de l'usager et remis à ce dernier ou, le cas échéant, à son représentant légal sous pli confidentiel.

Plus précisément, l'admission du résident dans l'EHPAD s'effectue selon les modalités suivantes : [*à préciser par les parties*].

3.4. *Actions communes en matière de prévention de la perte d'autonomie*

L'EHPAD et la résidence autonomie s'engagent à coopérer dans la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives mutualisées de prévention de la perte d'autonomie[10] notamment les actions concernant le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ainsi que celles relatives à la santé bucco-dentaire, à la nutrition et à la mémoire.

Les parties s'informent mutuellement des actions et innovations qu'elles développent au sein de leur établissement en la matière.

L'EHPAD partenaire s'engage également à informer la résidence autonomie de toutes les activités ou organisations innovantes qu'il initie, notamment s'il s'agit du développement d'un panier de services, d'actions à visée préventive et/ou thérapeutique et de l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur[11].

Les parties précisent les objectifs poursuivis mutuellement sur les actions de prévention à mettre en œuvre, conformément à leur CPOM respectif et s'accordent, pour l'accès à ces prestations innovantes sur les modalités suivantes : [*à définir par les parties*].

3.5. *Principes généraux à respecter dans le cadre du partenariat*

Responsabilité

Chacune des parties exerce son activité sous sa seule responsabilité en vertu des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables. Elles demeurent responsables, chacune pour ce qui la concerne, des actes accomplis par leur personnel propre, dans le cadre des actions menées auprès des résidents et s'engagent à respecter la règlementation et usages de la partie co-contractante

En cas de difficultés rencontrées avec un résident, l'EHPAD et la résidence autonomie s'obligent immédiatement à évaluer la situation et à préparer une solution adaptée et concertée.

Article 4

Clause de non-exclusivité

Les parties déclarent que ce partenariat n'est pas exclusif et n'implique aucune autre obligation que celles prévues dans le corps de cette convention.

[9] Article D. 313-24-1 du CASF.

[10] Mentionnées au II de l'article D. 312-159-4 du CASF.

[11] EHPAD « centre de ressources », EHPAD « hors les murs » ou « à domicile ».

Article 5

Suivi et évaluation du partenariat

Une rencontre est organisée au moins une fois par an entre les parties pour évaluer leur coopération et la mise en œuvre de la présente convention. À cette occasion, les parties réalisent un bilan des actions engagées durant l'année écoulée dans le cadre de ce partenariat et le communique à l'autre partie en amont de la date de la rencontre. Ces documents pourront être présentés aux conseils de la vie sociale des établissements, et devront être mis à la disposition du conseil départemental et de l'ARS, à leur demande.

Article 6

Durée

La présente convention est conclue *a minima* pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelée par tacite reconduction pour la même durée, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement tacite.

Article 7

Révision

La présente convention peut être révisée à tout moment par avenant.

Article 8

Résiliation

En cas de manquement par l'une des parties à l'une de ses obligations, l'autre partie pourra résilier la présente convention, de plein droit et sans formalités quinze jours calendaires après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée sans effet, sans préjudice de tous dommages et intérêts auxquels elle pourrait prétendre du fait de ce(s) manquement(s).

Aucune des parties ne pourra être tenue responsable d'un manquement quelconque à ses obligations au titre de la présente convention, si un tel manquement résulte d'évolutions législatives ou réglementaires ou plus généralement de tout autre événement de force majeure.

Article 9

Exécution de la convention

9.1. *Litige*

En cas de contestations et litiges relatifs à la formation, l'exécution et/ou à l'interprétation de la présente convention, les parties conviennent de rechercher un accord amiable. À défaut d'accord amiable dans les trente jours suivants la naissance du différend, celui-ci est porté devant la juridiction territorialement compétente conformément aux dispositions prévues par la législation en vigueur.

9.2. *Dispositions relatives à la cessation d'activité*

En cas de cessation d'activité de l'une des parties, la résidence autonomie et l'EHPAD informent sans délai par lettre recommandée avec avis de réception l'autre partie.

ANNEXE 2

CONVENTION TYPE DE PARTENARIAT ENTRE UNE RÉSIDENCE AUTONOMIE SOUHAITANT ACCUEILLIR À L'ENTRÉE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE (GIR 1 À 4) ET UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Entre d'une part :

La/le directrice/directeur de la résidence autonomie

Mme/M.

Ci-après désigné(e) comme « la résidence autonomie »,

Et d'autre part :

La/le directrice/directeur de [*indiquer la catégorie d'établissement de santé*]

Mme/M. ,

Ci-après désigné(e) comme « l'établissement de santé »,

Ci-après dénommés ensemble « les parties »,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-12, D. 313-24-1 et D. 313-24-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4 et suivants, R. 1110-1 à R. 1110-3 ;

Vu le projet d'établissement de la résidence autonomie en date du [*préciser la date*] ;

Vu le projet de l'établissement de santé en date du [*préciser la date*],

PRÉAMBULE

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) permet désormais aux résidences autonomie qui le souhaitent d'accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), afin de développer l'offre d'habitat intermédiaire avec services pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui ne sont pas autonomes. Les résidences autonomie ayant fait ce choix doivent en conséquence adapter leur projet d'établissement.

En outre, la loi prévoit que les résidences autonomie qui souhaitent accueillir ces personnes relevant du GIR 1 au GIR 4 doivent conclure une convention de partenariat[1] avec d'une part, un établissement[2] d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'autre part, un service médico-social ou un centre de santé ou un établissement de santé ou des professionnels de santé[3].

L'article D. 313-24-2, 2° définit le contenu de cette convention qui comprend les modalités de coopération et d'intervention, le cas échéant, auprès des résidents, ainsi que les modalités d'organisation des relations et des partenariats relatifs à l'organisation ou à la mutualisation de certaines actions de prévention.

La résidence autonomie constitue un établissement social autorisé spécifique, au sens où elle accueille des personnes âgées au sein d'un logement assimilé au domicile et associé à des services dont certains sont facultatifs. L'établissement ne dispose à ce titre d'aucun moyen sanitaire – à l'exception des résidences autonomie percevant un forfait soins – et contribue à la mise en œuvre d'une politique de soutien et de maintien à domicile.

De ce fait, l'entrée de personnes âgées en perte d'autonomie au sein de ces résidences autonomie nécessite d'assurer un accès facilité à des modalités de prise en charge sanitaire afin de veiller à la

[1] Article D. 313-24-1du CASF.

[2] I de l'article L. 313-12 du CASF.

[3] Quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 du CASF.

qualité et à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies. Chaque établissement (médecine chirurgie obstétrique, soins de suite et réadaptation, psychiatrie et HAD) devra faire l'objet d'une convention adaptée à la spécificité de prise en charge.

La présente convention poursuit ainsi un double objectif :

– assurer l'intégration de la résidence autonomie dans une filière de soins gériatriques suffisamment solide pour assurer un bon accompagnement et une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies permettant de mieux recourir aux urgences et de privilégier les admissions directes en services hospitaliers ;
– construire des parcours de santé cohérents permettant d'éviter les ruptures et d'améliorer la prise en charge des résidents, en renforçant la coordination des acteurs.

Par conséquent, il est convenu entre les parties ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les conditions et les modalités selon lesquelles vont collaborer la résidence autonomie et l'établissement de santé et de régir leurs relations pendant toute la durée de la convention.

Article 2

Résidents concernés au sein des résidences autonomie

Les personnes âgées dont le niveau de dépendance équivaut aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4.

Les personnes souffrant de troubles comportementaux, de troubles cognitifs, les personnes touchées par une maladie neurodégénérative, les personnes souffrant de troubles psychiatriques, de troubles addictifs (alcool) ou de dépression, etc.

Les personnes en situation de handicap admises dans la résidence autonomie, et dont le degré de perte d'autonomie est particulièrement avancé, du fait notamment de leur vieillissement.

Etc.

Article 3

Engagements réciproques des parties

Les moyens mobilisés pour la réalisation des engagements réciproques doivent permettre de faciliter la prise en charge sanitaire et médico-sociale et le suivi du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et d'anticiper leurs besoins en facilitant la communication et la coopération entre la résidence autonomie et l'établissement de santé.

Dans ce cadre, les parties s'engagent à :

– transmettre les informations utiles et strictement nécessaires au partenaire et aux bénéficiaires ;
– améliorer l'échange d'informations en lien avec la règlementation en vigueur en matière de protection des données personnelles ;
– assurer, autant que possible, la prévention des hospitalisations ;
– élaborer une procédure commune d'admission en établissement de santé ;
– élaborer une procédure commune de sortie d'hospitalisation en vue de la réadmission au sein de la résidence autonomie ;
– coopérer en matière d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

3.1. *Transmettre les informations utiles au partenaire et aux bénéficiaires*

Information des bénéficiaires

Les parties doivent délivrer par tous moyens, conformément à la loi du 2 janvier 2002, les informations aux bénéficiaires et/ou à leur représentant légal ou à leur famille les informations permettant de comprendre le fonctionnement respectif de chaque structure et les modalités de leur partenariat. Elles les informent de l'existence de ce partenariat et des actions et projets proposés par chacune

des parties. Elles recueillent le consentement du résident ou le cas échéant, de leur représentant légal, quant à la communication des éléments d'information appropriés sur leur état au partenaire, tout en les informant de leur possibilité de s'opposer à ce partage et cet échange d'informations.

Information des partenaires

Les parties signataires s'engagent à :

– informer leurs personnels respectifs des missions et activités de chaque partie et des engagements pris au titre de la présente convention ;
– échanger régulièrement sur leurs actions et initiatives respectives et à se transmettre réciproquement tous les documents utiles à la bonne mise en œuvre de ce partenariat (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, actions de prévention mis en place et leurs objectifs prévus dans le CPOM, prestations souscrites par le résident).

Elles désignent [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent de l'établissement de santé et [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent de la résidence autonomie, afin de faire bénéficier à chacun d'un contact privilégié pour la mise en œuvre de ce partenariat. Elles s'engagent en outre à échanger réciproquement les coordonnées du remplaçant de ce référent en cas d'absence.

Le dossier d'accompagnement personnalisé et les coordonnées de la personne de confiance, si elle a été désignée dans les conditions fixées à l'article L. 311-5-1 du CASF sont transmis, en accord avec le résident, ou le cas échéant, de son représentant légal, par la résidence autonomie à l'établissement de santé, dans les cas suivants :

– hospitalisation ;
– passage en service d'urgence ;
– admission en hospitalisation à domicile (HAD).

Ce dossier est accompagné d'une lettre de liaison rédigée par le médecin traitant adressant le résident à l'établissement de santé.

L'établissement de santé adresse au médecin traitant une lettre de liaison le jour de la sortie d'hospitalisation et un document de sortie d'hospitalisation dans les 8 jours.

L'échange et le partage d'informations relatives à la personne prise en charge s'exercent dans les conditions prévues par les articles R. 1110-1 à R1110-3 et D. 1110-3-1 à D. 1110-3-3 du code de la santé publique (CSP).

3.2. *Assurer la prévention des hospitalisations avec hébergement*

Expertise gériatrique

Pour permettre aux résidents de la résidence autonomie de bénéficier de meilleures conditions d'accès à une structure hospitalière de proximité, à une compétence gériatrique élargie, aux services fournis par la télémédecine[4] et plus extensivement à la filière de soins pertinente pour les patients concernés, l'établissement de santé du territoire mobilise ses compétences gériatriques dans les conditions suivantes :

Par exemple :

– les équipes mobiles de gériatrie, de psycho-gériatrie et de soins palliatifs externes (EMGE)/ réseaux de santé gérontologiques et de soins palliatifs[5].

  Dans son territoire, l'établissement de santé s'engage à mobiliser ses ressources propres pour mettre à disposition des résidents de la résidence autonomie une expertise gériatrique, psycho-gériatrique et palliative, notamment grâce à l'intervention des équipes mobiles en dehors de l'hôpital et des réseaux de santé portés par l'établissement de santé ;
– les consultations et l'hôpital de jour (HDJ) gériatriques.

  L'établissement de santé rend effectif l'accès rapide et facilité aux structures de consultations et d'hôpital de jour aux résidents de la résidence autonomie ;

[4] Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

[5] À la condition qu'ils soient adossés à l'établissement de santé, ce qui n'est pas toujours le cas.

– hospitalisation à domicile (HAD).

Les parties s'engagent à favoriser, si elle est médicalement justifiée, l'intervention de l'HAD en résidence autonomie préférentiellement à l'hospitalisation complète ou en raccourcissement de séjour hospitalier avec hébergement dont les modalités sont prévues en annexe de la présente convention.

3.3. *Élaborer une procédure commune d'admission en hospitalisation programmée*

Tout résident pour lequel un transfert est envisagé, quel qu'en soit le motif, chirurgical, médical, psychiatrique ou dans le cadre de soins de suite et de réadaptation, reçoit une information orale complète sur les objectifs de son admission en hospitalisation. Une information similaire est fournie, le cas échéant, au représentant légal de ce dernier et après son accord, à ses proches et sa personne de confiance s'il en a désigné une conformément à l'article L. 311-5-1 du CASF.

Les parties s'engagent à se fournir une information réciproque tout au long du séjour et pour préparer la sortie du résident.

Afin de faciliter la bonne coordination des prises en charge et l'organisation du transport du résident dans le respect de la prescription établie par le médecin traitant, les parties devront se concerter pour connaitre le service précis de destination et les conditions d'admission.

3.4. *Élaborer une procédure commune de sortie d'hospitalisation*

Le résident conserve le bénéfice de son logement pendant son hospitalisation.

Lorsque la décision de sortie est envisagée, l'établissement de santé en informe préalablement la résidence autonomie. Il communique au médecin traitant les évolutions et informations relatives à la prise en charge de la personne âgée. Les deux parties, en lien avec le médecin traitant, s'assurent alors que la résidence autonomie est en mesure d'en assurer la prise en charge de suite d'hospitalisation.

Afin de faciliter la prise en charge de suite d'hospitalisation, l'établissement de santé fournit une lettre de liaison le jour de la sortie, un document de sortie d'hospitalisation dans les 8 jours et d'éventuelles préconisations d'adaptation au médecin traitant qui sera chargé d'assurer le suivi du résident et du lien avec la résidence autonomie.

Le transport de retour sera organisé par l'établissement de santé après avoir convenu avec la résidence autonomie de la date et de l'heure du retour en son sein. Le retour s'effectuera de préférence pendant les heures où une surveillance de la résidence est assurée, notamment en prenant appui sur les référents désignés pour chaque établissement.

La résidence autonomie s'engage à accueillir le résident au terme de son hospitalisation si son niveau de soins est compatible avec le maintien dans la résidence autonomie.

Si tel n'est pas le cas, la résidence autonomie prend contact avec la structure la plus adaptée dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée. Il peut s'agir du SSR ou de l'EHPAD de XXX avec lequel elle a conclu une convention de partenariat en vue d'examiner la possibilité d'un hébergement temporaire ou le cas échéant d'envisager avec le résident un hébergement définitif en EHPAD.

3.5. *Actions communes en matière de prévention de la perte d'autonomie*

L'établissement de santé et la résidence autonomie s'engagent à coopérer dans la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives mutualisées de prévention de la perte d'autonomie[6] en mobilisant notamment les équipes mobiles de gériatrie externe de l'Établissement de santé.

Les parties s'informent mutuellement des actions et innovations qu'elles développent au sein de leur établissement en la matière.

[*Les parties précisent ici les objectifs poursuivis mutuellement sur les actions de prévention à mettre en œuvre, conformément à leur CPOM respectif*].

3.6. *Principes généraux à respecter dans le cadre du partenariat*

Responsabilités

Chacune des parties exerce son activité sous sa seule responsabilité en vertu des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables. Elles demeurent responsables, chacune pour

[6] Mentionnées au II de l'article D. 312-159-4 du CASF.

ce qui la concerne, des actes accomplis par leurs personnels propres, dans le cadre des actions menées auprès des résidents et s'engagent à respecter la règlementation et usages de la partie co-contractante.

En cas de difficultés rencontrées avec un résident, l'établissement de santé et la résidence autonomie s'obligent immédiatement à évaluer la situation et à proposer une solution adaptée et concertée.

Article 4

Clause de non-exclusivité

Les parties déclarent que ce partenariat n'est pas exclusif et n'implique aucune autre obligation que celles prévues dans le corps de la convention.

Article 5

Suivi et évaluation du partenariat

Une rencontre est organisée au moins une fois par an entre les parties pour évaluer leur coopération et la mise en œuvre de la présente convention. À cette occasion, les parties réalisent un bilan des actions engagées durant l'année écoulée dans le cadre de ce partenariat et le communique à l'autre partie en amont de la date de la rencontre. Ces documents pourront être présentés aux conseils de la vie sociale des établissements, et devront être mis à la disposition du conseil départemental et de l'ARS, à leur demande.

Article 6

Durée

La présente convention est conclue *a minima* pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelée par tacite reconduction pour la même durée, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement tacite.

Article 7

Révision

La présente convention peut être révisée à tout moment par avenant.

Article 8

Résiliation

En cas de manquement par l'une des parties de l'une de ses obligations, l'autre partie pourra résilier la présente convention, de plein droit et sans formalités quinze jours calendaires après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée sans effet, sans préjudice de tous dommages et intérêts auxquels elle pourrait prétendre du fait de ce(s) manquement(s).

Aucune des parties ne pourra être tenue responsable d'un manquement quelconque à ses obligations au titre de la présente convention, si un tel manquement résulte d'évolutions législatives ou réglementaires ou plus généralement de tout autre événement de force majeure.

Article 9

Exécution de la convention

9.1. *Litige*

En cas de contestations et litiges relatifs à la formation, l'exécution et/ou à l'interprétation de la présente convention, les parties conviennent de rechercher un accord amiable. À défaut d'accord amiable dans les trente jours suivants la naissance du différend, celui-ci est porté devant la juridiction territorialement compétente conformément aux dispositions prévues par la législation en vigueur.

9.2. *Dispositions relatives à la cessation d'activité*

En cas de cessation d'activité de l'une des parties, la résidence autonomie et l'établissement de santé informent sans délai par lettre recommandée avec avis de réception l'autre partie.

ANNEXE 3

CONVENTION TYPE DE PARTENARIAT ENTRE UNE RÉSIDENCE AUTONOMIE SOUHAITANT ACCUEILLIR À L'ENTRÉE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE (GIR 1 À 4) ET UN SSIAD OU UN SPASAD

Entre d'une part :

La/le directrice/directeur de la résidence autonomie

Mme/M.

Ci-après désigné(e) comme « la résidence autonomie »,

Et d'autre part :

La/le directrice/directeur du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou du service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD),

Mme/M. ,

Ci-après désigné(e) comme « le SSIAD » ou « le SPASAD »,

Ci-après dénommés ensemble « les parties »,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-12, D. 313-24-1 et D. 313-24-2 ;

Vu le projet d'établissement de la résidence autonomie en date du [*préciser la date*] ;

Vu le projet de service de service du SSIAD ou du SPASAD en date du [*préciser la date*],

Préambule

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) permet désormais aux résidences autonomie qui le souhaitent d'accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), afin de développer l'offre d'habitat intermédiaire avec services pour toutes les personnes âgées, y compris celles qui ne sont pas autonomes. Les résidences autonomie ayant fait ce choix doivent en conséquence adapter leur projet d'établissement.

En outre, la loi prévoit que les résidences autonomie qui souhaitent accueillir ces personnes relevant du GIR 1 au GIR 4 doivent conclure une convention de partenariat[1] avec d'une part, un établissement[2] d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'autre part, un service médico-social ou un centre de santé ou un établissement de santé ou des professionnels de santé[3].

L'article D. 313-24-2, 2° définit le contenu de cette convention qui comprend les modalités de coopération et d'intervention, le cas échéant, auprès des résidents, ainsi que les modalités d'organisation des relations et des partenariats relatifs à l'organisation ou à la mutualisation de certaines actions de prévention.

Il n'est pas nécessaire que les services à domicile choisis par un résident signent cette convention de partenariat pour pouvoir intervenir auprès du résident à son domicile.

La résidence autonomie constitue un établissement social autorisé spécifique, au sens où elle accueille des personnes âgées au sein d'un logement assimilé au domicile et associé à des services dont certains sont facultatifs. L'établissement ne dispose à ce titre d'aucun moyen sanitaire – à l'exception des résidences autonomie percevant un forfait soins – et contribue à la mise en œuvre d'une politique de soutien et de maintien à domicile.

De ce fait, l'entrée de personnes âgées en perte d'autonomie au sein de ces résidences autonomie nécessite d'assurer un accès facilité à des prestations de soins afin de veiller à la qualité et à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies. Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en tant que service médico-social assurant sur prescription

[1] Article D. 313-24 du CASF.

[2] I de l'article L. 313-12 du CASF.

[3] Quatrième alinéa du III de l'article L. 313.12 du CASF.

médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), en tant que service médico-social proposant à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile, offrent ces garanties.

La présente convention poursuit ainsi un double objectif :

– assurer l'intégration de la résidence autonomie dans une filière de soins gériatriques suffisamment solide pour assurer un bon accompagnement et une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies et une meilleure connaissance des spécificités de cette offre par les professionnels ;
– construire des parcours de santé cohérents permettant d'éviter les ruptures et d'améliorer la prise en charge des résidents, notamment en renforçant la coordination des acteurs.

Par conséquent, il est convenu entre les parties ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les conditions et les modalités selon lesquelles vont collaborer la résidence autonomie et le SSIAD ou le SPASAD, et de régir leurs relations pendant toute la durée de la convention.

Article 2

Résidents concernés au sein des résidences autonomie

Les personnes âgées dont le niveau de dépendance équivaut aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4.

Les personnes souffrant de troubles comportementaux, de troubles cognitifs, les personnes touchées par une maladie neurodégénérative, les personnes souffrant de troubles psychiatriques, de troubles addictifs (alcool) ou de dépression, etc.

Les personnes en situation de handicap admises dans la résidence autonomie, et dont le degré de perte d'autonomie est particulièrement avancé, du fait notamment de leur vieillissement.

Etc.

Article 3

Engagements réciproques des parties

Les moyens mobilisés pour la réalisation des engagements réciproques doivent permettre de faciliter le suivi du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et d'anticiper leurs besoins en facilitant la communication et la coopération entre la résidence autonomie et le SSIAD ou SPASAD.

Dans ce cadre, les parties s'engagent à :

– transmettre les informations utiles et strictement nécessaires au partenaire et aux bénéficiaires ;
– améliorer l'échange d'informations en lien avec la règlementation en vigueur en matière de protection des données personnelles ;
– faciliter l'admission ou la prise en charge en SSIAD/SPASAD pour un résident suite à une sortie d'hospitalisation ;
– coopérer pour faciliter l'intervention du SSIAD/SPASAD auprès du résident (le cas échéant) ;
– coopérer en matière d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

3.1. *Transmettre les informations utiles au partenaire et aux bénéficiaires*

Information des bénéficiaires

La résidence autonomie informe les personnes concernées par l'intervention du SSIAD, du fonctionnement de celui-ci et du partenariat qui les lient.

Les parties à la présente convention informent les bénéficiaires des actions et projets proposés.

Chacune des parties pour ce qui la concerne informe et recueille le consentement des bénéficiaires, le cas échéant, leur représentant légal, quant à la communication de tous les éléments d'information appropriés sur leur état de santé au partenaire.

Information des partenaires

Les parties signataires s'engagent à :

– informer leurs personnels respectifs des missions et activités de chaque partie et des engagements pris au titre de la présente convention ;
– échanger régulièrement sur leurs actions et initiatives respectives et à se transmettre réciproquement tous les documents utiles à la bonne mise en œuvre de ce partenariat (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, actions de prévention mises en place dans le cadre du CPOM de la résidence autonomie, du SSIAD ou du SPASAD, prestations souscrites par le résident).

Elles désignent [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent du SSIAD ou du SPASAD et [*indiquer nom, prénom, fonction, mail et téléphone*] comme référent de la résidence autonomie, afin de faire bénéficier à chacun d'un contact privilégié pour la mise en œuvre de ce partenariat. Elles s'engagent en outre à échanger réciproquement les coordonnées du remplaçant de ce référent en cas d'absence.

Aux fins de la bonne articulation et de la prise en charge du résident entre la résidence autonomie et le SSIAD ou le SPASAD, les parties conviennent de la mise en place d'un outil de liaison. Il peut être complété d'un volet médical par le médecin traitant, avec l'accord du résident, et selon des modalités propres à assurer la confidentialité des données, conformément aux articles L. 1110-4 et suivants du code de la santé publique. Le dossier est conservé par le résident.

Cet outil de liaison est transmis, en accord avec le résident, par la résidence autonomie au SSIAD ou au SPASAD, dans les cas d'intervention au domicile du résident.

L'échange et le partage d'informations relatives à la personne prise en charge s'exercent dans les conditions prévues par les articles R. 1110-1 à R. 1110-3 du code de la santé publique ainsi que les articles D. 1110-3-1 à 1110-3-3 du même code.

3.2. *Faciliter l'admission ou la prise en charge en SSIAD ou en SPASAD pour un résident suite à une sortie d'hospitalisation*

[*La résidence autonomie et le SSIAD ou le SPASAD*] arrêtent le protocole d'admission du résident en SSIAD ou SPASAD concerté suite à une sortie d'hospitalisation du résident, le cas échéant, comprenant des délais de prise en charge raccourcis, en fonction des places disponibles, et s'appuyant sur les outils de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du patient, afin de faciliter le retour au sein de la résidence autonomie.

Les parties s'engagent à respecter le protocole d'admission défini en annexe : [*à préciser par les parties*]

3.3. *Coopérer pour faciliter l'intervention du SSIAD ou du SPASAD auprès du résident (le cas échéant)*

Lorsqu'une intervention du SSIAD ou du SPASAD est nécessaire et possible, la résidence autonomie et le SSIAD ou le SPASAD s'accordent sur la garantie d'une communication efficiente. La coordination de l'accompagnement est assurée par le directeur de la résidence autonomie.

Ce partenariat s'inscrit dans la liberté de prescription et le libre choix et le respect du consentement du patient et/ou de son représentant légal, le cas échéant.

Lorsque le SSIAD ou le SPASAD est choisi par le résident comme prestataire, la résidence autonomie s'engage à faciliter l'accès et l'intervention de ces derniers en accélérant la procédure d'admission ou de prise en charge, dans la mesure du possible et en favorisant suivant accord du résident, ou le cas échéant, de son représentant légal, l'accès aux informations le concernant pour faciliter son évaluation et son admission par le SSIAD/SPASAD.

3.4. *Actions communes en matière de prévention de la perte d'autonomie*

Le SSIAD ou le SPASAD et la résidence autonomie s'engagent à coopérer dans la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives mutualisées de prévention de la perte d'autonomie[4], notamment les actions concourant à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice de la vie quotidienne et au maintien des activités sociales.

Les parties s'informent mutuellement des actions et innovations qu'elles développent au sein de leur établissement en la matière.

[4] II de l'article D. 312-159-4 du CASF

[*Les parties précisent ici les objectifs poursuivis mutuellement sur les actions de prévention à mettre en œuvre, conformément au CPOM de la résidence autonomie, le cas échéant le CPOM des SSIAD ou SPASAD qui en ont un*].

3.5. *Principes généraux à respecter dans le cadre du partenariat*

Responsabilités

Chacune des parties exerce son activité sous sa seule responsabilité en vertu des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables. Elles demeurent responsables, chacune pour ce qui la concerne, des actes accomplis par leurs personnels propres, dans le cadre des actions menées auprès des résidents.

En cas de difficultés rencontrées avec un résident, le SSIAD ou le SPASAD et la résidence autonomie s'obligent immédiatement à évaluer la situation et à proposer une solution adaptée et concertée

Intervention

Le SSIAD ou le SPASAD et la résidence autonomie portent une attention particulière à l'organisation cohérente des interventions auprès des résidents, au respect des temps de vie collective et des choix de la personne.

Les parties s'attachent à garantir la cohérence de leurs actions et leur complémentarité. Le SSIAD s'engage à assurer la continuité des soins pour les personnes auprès desquelles il intervient, cela incluant le remplacement des intervenants en cas d'absence ou de congés.

Article 4

Clause de non-exclusivité

Les parties déclarent que ce partenariat n'est pas exclusif et n'implique aucune autre obligation que celles prévues dans le corps de la convention.

Article 5

Suivi et évaluation du partenariat

Une rencontre est organisée au minimum une fois par an entre les parties pour évaluer leur coopération et la mise en œuvre de la présente convention. À cette occasion, les parties réalisent un bilan des actions engagées durant l'année écoulée dans le cadre de ce partenariat et le communique à l'autre partie en amont de la date de la rencontre. Ces documents pourront être présentés au conseil de la vie sociale de la résidence autonomie, et devront être mis à la disposition du conseil départemental et de l'ARS, à leur demande.

Article 6

Durée

La présente convention est conclue *a minima* pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelée par tacite reconduction pour la même durée, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement tacite.

Article 7

Révision

La présente convention peut être révisée à tout moment par avenant.

Article 8

Résiliation

En cas de manquement par l'une des parties de l'une de ses obligations, l'autre partie pourra résilier la présente convention, de plein droit, quinze jours calendaires après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée sans effet, sans préjudice de tous dommages et intérêts auxquels elle pourrait prétendre du fait de ce(s) manquement(s).

Aucune des parties ne pourra être tenue responsable d'un manquement quelconque à ses obligations au titre de la présente convention, si un tel manquement résulte d'évolutions législatives ou réglementaires ou plus généralement de tout autre événement de force majeure.

Article 9

Exécution de la convention

9.1. *Litige*

En cas de contestations et litiges relatifs à la formation, l'exécution et/ou à l'interprétation de la présente convention, les parties conviennent de rechercher un accord amiable. À défaut d'accord amiable dans les trente jours suivants la naissance du différend, celui-ci est porté devant la juridiction territorialement compétente conformément aux dispositions prévues par la législation en vigueur.

9.2. *Dispositions relatives à la cessation d'activité*

En cas de cessation d'activité de l'une des parties, la résidence autonomie et le SSIAD ou le SPASAD informent sans délai par lettre recommandée avec avis de réception l'autre partie.