



Document individuel de prise en charge

Version B

Date De révision :
01/06/2026

ENTRE LES PARTIES

D'une part,

L'association : ALHDS Service de Soins Infirmiers à Domicile

Domiciliée : 13 Boulevard Richelieu BP 89, 62140 Hesdin-la-Forêt

Représentée par : Madame Pascale BOULOGNE agissant en sa qualité de Présidente

Identifiée sous le n° Siret : 32666092500057

Autorisé par l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France (556 Avenue Willy Brandt, 59 777 Euralille) sous le FINESS n°620108464 depuis le 12/11/1981, renouvelé pour 15 ans en date du 03/01/2017

Ci-dessous également dénommée « l'Association »

Et d'autre part,

Nom et Prénom de la personne accompagnée ou de son représentant légal (le cas échéant) :

Adresse :

Téléphone :

L'association et la personne accompagnée sont ci-après également dénommés ensemble « les parties »

Table des matières

PREAMBULE	3
Article 1 : OBJET DU DIPEC	4
Article 2 : LA DUREE DU CONTRAT	4
Article 3 : Financement de la prise en charge et cotisation associative	4
3.1. Financement de la prise en charge	4
3.2. Cotisation associative.....	4
Article 4 : DEROULEMENT DES PRESTATIONS	5
4.1. L'évaluation individuelle préalable	5
4.2. Le contenu des interventions et l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé	5
4.3. L'évaluation et suivi de l'accompagnement.....	6
4.4. Organisation des interventions	6
Article 5 : RESPECT DES HORAIRES ET CONTINUITE DU SERVICE	7
Article 6 : FONCTIONNEMENT DU SERVICE.....	7
Article 7 : MISE EN PLACE DU PROTOCOLE DE SOINS.....	8
7.1. Matériel essentiel au bon déroulement des soins	8
7.2. Nature des soins	8
7.3. Fréquence d'Intervention	9
Article 8 : OBLIGATIONS RECIPROQUES.....	9
8.1. Engagement du service de soins	9
8.2. Engagement de la personne accompagnée	10
Article 9 : MODIFICATION DU CONTRAT	11
Article 10 : CONDITIONS D'INTERRUPTION DU PRESENT DIPEC	11
Article 11 : RESILIATION DU PRESENT CONTRAT	11
11.1. Résiliation de plein droit	11
11.2. Résiliation pour d'autres motifs.....	12
Article 12 – MEDIATION	12
Article 13 - REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION GENERALE DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	12
Article 14 - DOCUMENTS CONTRACTUELS REMIS AU BENEFICIAIRE	14

PREAMBULE

Rappel du texte législatif

Le présent document individuel de prise en charge (DIPEC) est établi conformément aux dispositions de l'article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Il définit les modalités d'accompagnement ainsi que les prestations assurées par l'ALHDS dans le cadre de la prise en charge au sein du Service de Soins Infirmiers À Domicile.

La prise en charge est réalisée sur prescription médicale et demeure subordonnée à sa validité ainsi qu'à son renouvellement par le médecin prescripteur, conformément à la réglementation en vigueur.

Le présent document est conclu entre la personne accompagnée ou son représentant légal et le représentant de l'établissement. »

Le présent document précise les modalités d'accompagnement et de réalisation des soins d'hygiène et de confort assurés par l'ALHDS au domicile de la personne accompagnée.

La signature de la personne accompagnée vaut acceptation des conditions de prise en charge et de modalités d'accompagnement relatives aux soins relatifs d'hygiène et de confort dispensés à son domicile.

Lors de l'admission, le service remet à la personne accompagnée, en complément du DIPEC, les documents prévus par la réglementation et nécessaires à l'exercice de ses droits, notamment :

- Le livret d'accueil,
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- Le règlement de fonctionnement,
- L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance

Article 1 : OBJET DU DIPEC

Le présent DIPEC a pour objet de définir les prestations délivrées par le service de soins infirmiers à domicile à la personne accompagnée à son domicile et d'en préciser leurs objectifs et modalités de réalisation. Il fixe les droits et obligations de chacune des parties.

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile intervient sur prescription médicale, auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, présentant une perte d'autonomie ou dont l'état de santé nécessite un accompagnement pour la réalisation des soins d'hygiène et de confort à domicile.

Article 2 : LA DUREE DU CONTRAT

Conformément aux dispositions de l'article L.313-1-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le présent contrat est conclu sur prescription médicale qui précise la durée de la prise en charge. Ce Document Individuel de Prise en Charge sera renouvelé soit :

- A chaque retour d'hospitalisation
- Tous les ans afin de réadapter la Prise en Charge

Il entrera en vigueur à compter du :

Article 3 : Financement de la prise en charge et cotisation associative

3.1. Financement de la prise en charge

Le coût de la prise en charge est réglé dans sa globalité par les Caisses d'Assurances Maladies dont dépendent les personnes.

Sont inclus dans les prix de journée :

- Les soins effectués par les aides-soignants(e)s du Service de Soins Infirmiers à Domicile
- Les soins effectués par l'infirmier(e) libéral(e) de votre choix à condition qu'il (elle) soit conventionné(e) avec le S.S.I.A.D (selon l'article D312-4).

Il est important de noter toutefois que **les actes, pris en charge** par les infirmiers libéraux **seront ceux uniquement prescrits dans le cadre strict du plan de soins.**

Toutes les prestations à l'initiative de la famille ou du patient ne peuvent être prises en charge.
Le médecin traitant habituel (de votre choix) continue votre suivi médical.
Les autres intervenants médicaux et sociaux poursuivent leurs prestations.

3.2. Cotisation associative

La personne accompagnée est informée qu'une cotisation annuelle associative est demandée conformément aux statuts et au règlement de fonctionnement de l'Association.

Cette cotisation ne constitue pas une participation financière aux soins dispensés par le Service.

4.1. L'évaluation individuelle préalable

L'intervention prévue par le présent contrat fait l'objet d'une évaluation individuelle préalable permettant d'identifier les besoins, les attentes et les habitudes de vie de la personne accompagnée.

Cette évaluation est réalisée par l'infirmière coordinatrice. Elle permet de déterminer les modalités d'accompagnement, la fréquence des interventions ainsi que le plan de soins, en tenant compte notamment du niveau d'autonomie de la personne.

À l'issue de cette évaluation et sous réserve des conditions d'admission du service, l'infirmière coordinatrice organise la prise en charge et assure la coordination administrative et soignante avec les différents intervenants.

4.2. Le contenu des interventions et l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé

Une fois, l'évaluation initiale réalisée, un projet d'accompagnement est élaboré avec la participation de la personne accompagnée, et le cas échéant, de son représentant légal. Ce projet tient compte de ses besoins, de ses attentes et des prestations pouvant être assurées par le SSIAD.

Ces soins peuvent être de courte, moyenne ou longue durée selon l'état de santé et les besoins de la personne accompagnée.

Les interventions d'un SSIAD ont pour objectif :

- De prévenir la perte d'autonomie,
- D'éviter une hospitalisation,
- De faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- De retarder une entrée dans un établissement d'hébergement (EHPAD, résidence autonomie...).

Le SSIAD peut notamment :

- Réaliser des soins d'hygiène, de confort et de nursing ;
- Accompagner la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en lien avec la perte d'autonomie ;
- Participer, sous la responsabilité infirmière, à la réalisation de certains soins relevant de sa compétence ;
- Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie et à la préservation des capacités de la personne ;
- Conseiller la personne accompagnée et son entourage afin de favoriser le maintien à domicile ;
- Assurer la coordination avec les différents professionnels intervenant auprès de la personne accompagnée ;
- Favoriser la continuité et la sécurité de la prise en charge.

4.3. L'évaluation et suivi de l'accompagnement

La situation de la personne accompagnée fait l'objet d'un suivi régulier par l'infirmière coordinatrice. Une réévaluation est réalisée au minimum une fois par an et chaque fois que l'évolution de l'état de santé ou de la situation de la personne le nécessite.

Cette réévaluation peut conduire à une adaptation du projet d'accompagnement personnalisé et des modalités d'intervention du SSIAD.

Le cas échéant, ces modifications donnent lieu à l'établissement d'un avenant au présent DIPEC.

4.4. Organisation des interventions

Le rythme des interventions

Les jours d'intervention sont définis avec la personne accompagnée, en fonction de ses besoins, de son état de santé et de l'organisation du service.

Les horaires de passage sont communiqués à titre indicatif. Les professionnels du SSIAD interviennent auprès de plusieurs personnes accompagnées dont les besoins et l'état de santé peuvent nécessiter des adaptations de l'organisation des tournées.

En conséquence, les horaires habituels d'intervention peuvent être amenés à varier. L'admission d'une nouvelle personne accompagnée, la fin d'une prise en charge, une hospitalisation, une situation d'urgence ou toute modification de l'organisation du service peuvent également entraîner des ajustements des horaires de passage.

Dans la mesure du possible, la personne accompagnée est informée préalablement de ces modifications.

Le SSIAD met en œuvre les moyens nécessaires afin d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins, dans le respect des besoins des personnes accompagnées et des contraintes d'organisation du service.

Conditions d'accès au domicile

Afin de permettre la réalisation des interventions dans des conditions de sécurité et de continuité de prise en charge, la personne accompagnée s'engage à rendre son domicile accessible aux professionnels du SSIAD aux horaires convenus.

Lorsque la personne accompagnée est dans l'incapacité d'ouvrir elle-même sa porte ou lorsqu'aucun proche ne peut assurer l'accès au domicile, celui-ci s'effectue au moyen d'une boîte à clés mise à disposition par la personne accompagnée ou son représentant légal.

Le SSIAD ne conserve aucun double des clés du domicile. Les modalités d'utilisation de la boîte à clés font l'objet d'une information et d'un consentement spécifiques.

Article 5 : RESPECT DES HORAIRES ET CONTINUITE DU SERVICE

Les horaires peuvent être ponctuellement modifiés en raison d'aléas climatiques ou autres contraintes indépendantes de la volonté du SSIAD entraînant des retards voire des absences du personnel.

Face à ce type de situation, le service s'engage à prévenir la personne accompagnée dans les plus brefs délais.

En cas de maladie ou d'indisponibilité de l'intervenant(e) habituel(le) pour quelque cause que ce soit, le Service de soins s'engage à assurer son remplacement et à assurer l'intervention convenue y compris, le cas échéant, les samedis, dimanches et jours fériés lorsque l'association s'y est engagée. Elle s'engage à assurer le remplacement de ce ou ces intervenants en cas d'indisponibilité selon le niveau de priorité défini par l'état de dépendance.

La priorité des passages est fixée en tenant compte du degré de dépendance et d'autonomie, des pathologies éventuelles et du type d'intervention à réaliser. Il n'est donc pas possible d'accorder à la personne accompagnée de choisir un intervenant ou un horaire précis d'intervention même si dans tous les cas, la structure s'efforce au mieux d'y satisfaire.

Article 6 : FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Accueil téléphonique et continuité des soins

Les heures de permanence du secrétariat sont les suivantes :

- du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30.

En dehors des heures d'ouverture du service, une astreinte téléphonique est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 afin de répondre aux situations urgentes en lien avec la prise en charge par le SSIAD.

Cette astreinte ne se substitue pas aux services d'urgence. En cas d'urgence vitale, il convient de contacter directement le 15 (SAMU), le 18 (sapeurs-pompiers) ou le 112.

A titre indicatif, les interventions peuvent être réalisées le matin entre 7h et 11h30 et le soir entre 16h30 et 19h45 selon les besoins de la personne accompagnée.

Modalités d'intervention

Les interventions du SSIAD sont organisées tous les jours de la semaine, y compris les dimanches et jours fériés, lorsque l'état de santé de la personne accompagnée le nécessite.

Les jours et horaires d'intervention sont définis en fonction des besoins de la personne accompagnée, de son plan de soins et de l'organisation du service.

Les horaires de passage sont communiqués à titre indicatif et peuvent être adaptés en fonction des nécessités de service, des situations d'urgence ou de l'évolution des besoins des personnes.

Participation de la personne accompagnée et de son entourage

Le SSIAD favorise le maintien et le développement de l'autonomie de la personne accompagnée. Lors des soins, les professionnels encouragent sa participation dans la mesure de ses capacités et dans le respect de ses choix.

L'accompagnement réalisé par le SSIAD s'inscrit en complémentarité de l'aide apportée par les proches aidants et les autres intervenants participant au maintien à domicile.

Les proches aidants sont associés à l'accompagnement, avec l'accord de la personne accompagnée et dans le respect de leurs possibilités.

Article 7 : MISE EN PLACE DU PROTOCOLE DE SOINS

7.1. Matériel essentiel au bon déroulement des soins

La liste du matériel essentiel au bon déroulement des soins est décrite en annexe du livret d'accueil.

L'entretien du matériel et du linge doit être fait régulièrement par la famille. Lorsque l'aide-soignant(e) juge que cela doit être fait plus tôt que la date indiquée, vous devez de changer le linge, les draps ou de pratiquer l'entretien du matériel. Si cela n'est pas fait, l'infirmière coordinatrice viendra constater et appliquera les sanctions nécessaires.

7.2. Nature des soins

Le matin

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Toilette complète au lit | ☐ Toilette complète au lavabo | ☒ Aide à la toilette |
| ☐ Prévention d'escarre | ☐ Changes | ☐ Bas de contention |
| ☐ Lever et/ou recoucher | ☐ Capiluve jour | ☐ Distribution médicaments |
| ☐ Surveillance paramètres | ☐ Réfection du lit | ☐ Change de draps Jour |
| ☐ Petit déjeuner | ☐ *Soins des ongles mains | ☐ *Soins des ongles pieds |
| ☐ Stimulation (en vue de retrouver une meilleure autonomie) | ☐ Ecoute active et retrouver l'estime de soi | ☐ Soins divers : (à détailler) |

* La coupe des ongles est réalisée selon les protocoles du service et sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice, notamment en cas de diabète ou de pathologie des ongles.

Le soir

- | | |
|---|--|
| ☐ Petite Toilette | ☐ Changes |
| ☐ Coucher | ☐ Prévention d'escarres |
| ☐ Distribution médicaments | ☐ Surveillance paramètres |
| ☐ Soins divers : (à détailler) | |

Pour le confort et l'ergonomie de la personne accompagnée et du personnel :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Lève personne | ☐ disque de transfert (plateau pivotant) | ☐ potence de lit |
| ☐ Verticalisateur | ☐ Guidon de transfert | ☐ ceinture de transfert |
| ☐ lit médicalisé électrique | ☐ barrières de lit (sur prescription ou recommandation adaptée) | |
| ☐ fauteuil releveur | ☐ Déambulateur, canne | ☐ fauteuil roulant ☐ coussin anti escarre |
| ☐ table adaptable | ☐ réhausse WC | ☐ chaise de douche ☐ téléalarme |
| ☐ chaise percée, urinal ou bassin de lit | ☐ autre : _____ | |

N.B : Afin de limiter au plus possible le risque de chutes pour le patient dans le cadre d'une démarche qualité (évaluation du risque professionnel : ergonomie ; sécurité de l'utilisateur), nous pourrions être amenés à vous demander de faire l'acquisition de matériel pour les transferts lit/fauteuil.

En cas de refus, nous nous réservons le droit, après avoir consulté le médecin traitant, de cesser la prise en charge.

Afin de respecter les règles d'hygiène entre chaque patient : une serviette de toilette et un savon vous seront demandés pour l'usage du soignant uniquement. Celle-ci est à changer dès que nécessaire, à la demande du soignant.

7.3. Fréquence d'Intervention

- ☐ Le matin du lundi au samedi
- ☐ Le matin du lundi au dimanche
- ☐ Le matin et le soir du lundi au samedi
- ☐ Le matin et le soir du lundi au dimanche

Article 8 : OBLIGATIONS RECIPROQUES

8.1. Engagement du service de soins

Dans le cadre du présent DIPEC, la structure s'engage à :

Le SSIAD s'engage à :

- Respecter la confidentialité des informations concernant la personne accompagnée, conformément aux dispositions relatives au secret professionnel et au secret partagé prévues par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et l'article 9 du Code civil ;
- Recueillir, enregistrer, examiner et apporter une réponse aux éventuelles réclamations formulées par la personne accompagnée ou son représentant ;
- Assurer une permanence téléphonique pendant les horaires d'ouverture du service ;
- Mettre à disposition un dispositif d'astreinte téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en dehors des horaires d'ouverture, afin de répondre aux situations nécessitant une évaluation ou une orientation adaptée ;

- Garantir la continuité et la sécurité de l'accompagnement ;
- Veiller à la coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne accompagnée ;
- Mettre en œuvre un accompagnement individualisé fondé sur les besoins, les attentes et le projet de la personne accompagnée, et en réévaluer régulièrement la pertinence, au minimum une fois par an ;
- Transmettre à la personne accompagnée les informations et documents relatifs à son accompagnement, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- Mettre à disposition un cahier de liaison ou tout autre support permettant de faciliter la coordination et le suivi de l'accompagnement ;
- Remettre les documents relatifs aux droits des usagers, notamment le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement ;
- Recueillir régulièrement l'avis de la personne accompagnée sur la qualité de l'accompagnement proposé, notamment au moyen d'une enquête de satisfaction annuelle.

Le SSIAD est responsable des dommages que ses professionnels pourraient causer dans l'exercice de leurs fonctions. À ce titre, il a souscrit une assurance en responsabilité civile professionnelle.

8.2. Engagement de la personne accompagnée

Engagement de la personne accompagnée

La personne accompagnée s'engage à adopter envers les professionnels du SSIAD un comportement respectueux et à leur assurer des conditions d'intervention conformes aux règles élémentaires de sécurité, d'hygiène et de salubrité.

Elle s'engage notamment à :

- Respecter les dispositions du présent DIPEC et du règlement de fonctionnement ;
- Le classeur de liaison et le badge de télégestion remis lors de l'admission demeurent la propriété de l'ALHDS SSIAD. La personne accompagnée s'engage à les conserver en bon état, à les laisser à disposition des professionnels du service pour assurer la continuité des soins et la traçabilité des interventions, et à les restituer au SSIAD à la fin de la prise en charge ;
- Garantir l'accès à son domicile aux horaires d'intervention convenus avec le service ;
- Être présent lors des passages programmés ou informer le SSIAD dans les meilleurs délais de toute absence ;
- Informer le SSIAD de toute hospitalisation, consultation, changement de situation ou événement susceptible d'avoir une incidence sur son accompagnement ;
- Signaler au service toute difficulté ou insatisfaction concernant les soins ou leur organisation ;
- Ne confier aux professionnels du SSIAD aucun pouvoir sur ses biens, avoirs ou droits et ne leur remettre aucun dépôt d'argent ou objet de valeur ;
- Mettre à disposition les équipements prescrits et nécessaires à la réalisation des soins dans des conditions de sécurité adaptées.

Article 9 : MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant.

Article 10 : CONDITIONS D'INTERRUPTION DU PRESENT DIPEC

Hospitalisation programmée : dans ces circonstances, la famille ou la personne accompagnée doit **informer le Service de Soins** de la date et de la durée de l'hospitalisation dès qu'elle en a connaissance.

Hospitalisation en urgence : informer le Service de Soins le plus rapidement possible afin d'interrompre la prise en charge (nous préciser également le lieu, la durée présumée et, lorsque celle-ci est officielle, la date de sortie d'hospitalisation).

Interruption pour convenance personnelle : informer le service le plus rapidement possible de la durée d'interruption.

Interruption pour placement temporaire ou définitif : informer le Service de Soins dans les deux situations. Toutefois, en cas de placement temporaire, si le délai d'interruption est inférieur à 3 semaines, la reprise des soins se fera systématiquement. Si le délai d'interruption est supérieur à 3 semaines, la reprise des soins s'effectuera en fonction des possibilités d'accueil du Service de Soins.

D'autres conditions d'arrêt de la PECI :

- A l'initiative du la personne accompagnée et/ou de son représentant légal,
- Du médecin traitant
- Du médecin conseil
- De l'infirmière coordinatrice du service, si l'autonomie et l'état de santé du patient,
 - ✓ S'améliore (sortie avec un relais service autonomie aide)
 - ✓ S'aggrave (sortie avec un relais HAD)
- En cas de refus par la famille, de mettre en place de matériel ergonomique
- En cas de réflexion désagréable, de menaces verbales répétitives envers le Personnel

De plus, en cas de litiges entre le patient et/ou son entourage avec un soignant, les familles ou les soignants concernés peuvent s'adresser :

- A l'infirmière coordinatrice du service de soins
- Au médecin traitant
- A la Présidente du service de soins
- A la liste des personnes qualifiées (cf. livret d'accueil).

Interruption de la prise en charge, après référence au médecin traitant, pour non-respect du règlement de fonctionnement

Un délai de 15 jours sera accordé à la famille pour trouver un service relais.

Article 11 : RESILIATION DU PRESENT CONTRAT

11.1. Résiliation de plein droit

D'un commun accord entre les parties, le présent contrat prendra fin de plein droit, sans délai de préavis ni pénalité financière dans tous les cas rendant impossible sa poursuite du fait de la personne accompagnée, dans les situations d'urgence telles que l'entrée définitive en structure d'hébergement, le déménagement en dehors du territoire, le décès, l'hospitalisation définitive, et du fait de la structure pour cessation d'activité.

11.2. Résiliation pour d'autres motifs

En cas de non-respect des règles d'hygiène et de sécurité, quelle que soit la durée du présent contrat, celui-ci pourra prendre fin à l'initiative de l'une des parties sans délai en cas de mise en danger des intervenants ou de la personne accompagnée elle-même.

En cas d'inadaptation des besoins de la personne accompagnée avec les moyens de la structure, la structure pourra proposer la recherche d'autres solutions de prise en charge mieux adaptées, dans un établissement ou service extérieur. L'interruption des services, ne sera prononcée qu'après consultation de l'entourage et du médecin, et avec un préavis d'un mois.

En cas de maltraitance et irrespect (violences physiques, insultes, humiliations, et toute forme de discrimination), l'une ou l'autre des parties peut décider l'arrêt immédiat des prestations à la date même de la notification de résiliation du contrat.

Article 12 – MEDIATION

Toute personne accompagnée par un service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) a la possibilité de recourir gratuitement (sauf éventuels frais d'avocat et d'expertise) à un dispositif de médiation en vue de la résolution amiable de litiges qui l'opposeraient au service lui ayant prodigué une prestation, dans le cas où le dialogue entre la personne accompagnée et le SSIAD n'aurait pas permis de résoudre le différend.

Les modalités de saisine d'un médiateur sont précisées dans le livret d'accueil remis en annexe au présent contrat.

Article 13 - REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION GENERALE DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'ALHDS a mis en place une organisation appropriée pour assurer la confidentialité des informations concernant la personne accompagnée.

Les salariés de la structure sont tenus à la discrétion professionnelle et ont obligation de respecter le secret professionnel. Ils s'engagent à ne pas divulguer les données concernant les personnes accompagnées et les événements survenus à leurs domiciles, sauf nécessités liées à la santé ou en cas de suspicion de maltraitance.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après le « RGPD ») : les données à caractère personnel des personnes accompagnées, y compris données de santé, nécessaires à l'accompagnement et suivi social et médico-social, sont collectées et traitées par la structure pour la mise en œuvre de cette prise en charge sociale et médico-sociale et la gestion administrative du dossier de la personne accompagnée, conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles

applicables, et en exécution du document individuel de prise en charge qui lie la personne accompagnée à la structure.

Les données sont conservées tant qu'elles sont nécessaires aux finalités précitées et dans un délai maximum de 2 ans à compter du dernier contact avec la structure, et seront archivées au-delà conformément aux règles de prescription applicables.

Les données vous concernant sont utilisées uniquement dans le cadre de votre prise en charge par le SSIAD. Elles peuvent être transmises aux organismes et autorités légalement habilités, ainsi qu'aux professionnels participant à votre accompagnement. Elles ne sont jamais cédées à des tiers à des fins commerciales.

Enfin, la personne accompagnée dispose du droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de limitation du traitement de ses données à caractère personnel en contactant, par email à l'adresse suivante : ssiadesdin@orange.fr.

Elle peut introduire toute réclamation relative au traitement de ses données personnelles, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (3 Place de Fontenoy, 75007 Paris ; <https://www.cnil.fr/>). »

Article 14 - DOCUMENTS CONTRACTUELS REMIS AU BENEFICIAIRE

Lors de son admission, la personne accompagnée reçoit les documents suivants :

- **Le présent document individuel de prise en charge** (un exemplaire est à retourner au service, daté et signé)
- **Annexe 1** : Liste des personnes qualifiées pouvant être sollicitées en cas de litige relatif à la prise en charge
- **Annexe 2** : Désignation du représentant légal (à compléter, dater et signer par le représentant légal le cas échéant, accompagné d'une copie de la mesure de protection juridique)
- **Annexe 3** : Information relative à la personne de confiance
- **Annexe 3 A** : Formulaire de désignation de la personne de confiance
- **Annexe 3 B** : Formulaire de révocation de la personne de confiance
- **Annexe 3 C** : Formulaire de désignation de la personne de confiance avec recueil par témoins en cas d'impossibilité d'écrire de la personne accompagnée
- **Annexe 3 D** : Formulaire de révocation de la personne de confiance en présence de témoins
- **Annexe 4** : Formulaire de consentement à l'utilisation d'une boîte à clés
- **Annexe 5** : Information au partage d'informations
- **Annexe 5 A** : Formulaire de consentement au partage d'informations
- **Annexe 6** : Courrier de la Présidente relatif à l'autorisation d'accéder au dossier médical partage (DMP)
- **Annexe 6 A** : Formulaire d'autorisation d'accès au dossier médical partage (DMP)
- **Annexe 7** : Information relatives aux directives anticipées
- **Annexe 7 A** : Recueil des directives anticipées
- **Livret d'accueil et ses annexes** (charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement)

Les documents mentionnés ci-dessus constituent l'ensemble des documents contractuels remis à la personne accompagnée dans le cadre de sa prise en charge par le service. Toute modification du présent contrat devra faire l'objet d'un avenant.

Fait en deux exemplaires, à..... Le :

Signature et cachet de la structure

Signature de la personne accompagnée ou
de son représentant légal
(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)



Annexe 1 : Liste des personnes qualifiées pouvant être sollicitées en cas de litige relatif à la prise en charge



LE PREFET
DU PAS-DE-CALAIS



LE DIRECTEUR GENERAL DE
L'AGENCE REGIONALE DE
SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE



Pas-de-Calais
Le Département

LE PRESIDENT
DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DU PAS-DE-CALAIS

Arrêté conjoint portant désignation des personnes qualifiées pour le respect des droits des personnes prises en charge dans un établissement ou service social ou médico-social dans le département du PAS-DE-CALAIS

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 311-5, R. 311-1 et R. 311-2 ;

Vu la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

Vu la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 portant création des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités ;

Vu la délibération cadre du Conseil départemental du Pas-de-Calais « Près de chez vous, proche de tous » du 25 janvier 2016, et ses conséquences stipulées en séance des 26 et 27 septembre 2016, en matière de découpage du département en sept territoires contre neuf précédemment, soit le regroupement de Lens-Liévin et d'Hénin-Carvin en un « Lens-Hénin », ainsi que celui du Montreuillois et du Ternois en un « Montreuillois-Ternois » ;

Vu la fin de mandat anticipée de Monsieur René FENET, de Monsieur Alain PERARD, de Monsieur Christian MACHEN, de Monsieur Jean-Charles PETIT, de Monsieur Michel LEPLAT, de Madame Catherine BERTHELEMY et de Monsieur Jean JOLY ;

Vu les candidatures reçues ;

SUR PROPOSITION de la directrice départementale de l'emploi, du travail et des solidarités, du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, et de la directrice générale des services du Département ;

Arrêtent

Article 1 : L'arrêté modificatif du 29 juin 2021, relatif à la nomination des personnes qualifiées pour le respect des droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur de l'enfance, du handicap, des personnes âgées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques dans le département du Pas-de-Calais, est abrogé.

Article 2 : La liste des personnes qualifiées prévue à l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles est arrêtée pour le département du Pas-de-Calais. Elle est jointe en annexe au présent arrêté.

Article 3 : Toute personne accueillie dans un établissement ou chez un accueillant familial ou accompagnée par un service social ou médico-social, ou son représentant légal, peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit dans la liste arrêtée à l'article 2.

Ces droits concernent plus particulièrement :

- le respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité de l'utilisateur
- le libre choix entre les prestations
- les modalités d'accompagnement devant respecter son individualité et recueillir son consentement éclairé
- la confidentialité des données le concernant
- l'accès à l'information notamment sur les droits fondamentaux et voies de recours
- la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal au projet d'accueil.

Article 4 : Les modalités d'exercice des missions de la personne qualifiée sont prévues aux articles L.311-5 et R.311-1 du code de l'action sociale et des familles. Les missions des personnes qualifiées sont exercées à titre gratuit.

Article 5 : La personne qualifiée présente des garanties de moralité, de neutralité et d'indépendance. Elle œuvre ou a œuvré dans le domaine de l'action sociale ou médico-sociale ou présente des compétences en matière de connaissance des droits sociaux. Elle ne peut détenir directement ou indirectement des intérêts particuliers de quelque nature que ce soit, ou être salariée ou avoir exercé dans les associations, établissements, services ou lieux de vie et d'accueil concernés par la demande. La personne qualifiée est tenue à une obligation de discrétion à l'égard des informations dont elle rend compte.

Article 6 : En temps utile, et en tout état de cause, dès la fin de son intervention, la personne qualifiée informe le demandeur d'aide ou son représentant légal des suites données à sa demande et, le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer et des démarches entreprises. Elle en rend compte à l'autorité chargée du contrôle de la structure d'accueil et en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire. Elle peut également tenir informé l'organisme gestionnaire ou l'accueillant familial.

Article 7 : La durée du mandat des personnes qualifiées est de 3 ans renouvelables à compter de la date de publication du présent arrêté. Il peut être mis fin au mandat de manière anticipée, soit à la demande de la personne qualifiée moyennant un préavis de deux mois, soit par décision conjointe du préfet du Pas-de-Calais, du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France et du président du Conseil départemental du Pas-de-Calais moyennant un préavis d'un mois, notamment en cas de manquement à l'obligation de discrétion.

Article 8 : Les frais de déplacement engagés par les personnes qualifiées pour l'exercice de leurs missions sont pris en charge par l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionnement de la structure.

Article 9 : Le présent arrêté sera notifié aux personnes identifiées en annexe, conformément à l'article 2 du présent arrêté (par lettre recommandée avec demande d' accusé réception), aux

établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'aux accueillants familiaux qui devront en informer les personnes accueillies dans ces structures.

Article 10 : Le présent arrêté sera annexé au livret d'accueil prévu à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles ou au contrat d'accueil entre l'accueillant familial et la personne accueillie, prévu à l'article L.442-1 du même code. Il sera également affiché dans les lieux autorisés à accueillir les usagers fréquentant les établissements et services sociaux ou médico-sociaux.

Article 11 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture du Pas-de-Calais ainsi qu'au recueil des actes administratifs du Département du Pas-de-Calais.

Article 12 : Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès du préfet du Pas-de-Calais, du directeur général de l'ARS des Hauts-de-France, et du président du Conseil départemental, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités dans un délai de 2 mois à compter de sa publication ou de sa notification.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Lille dans le même délai.

Article 13 : La directrice départementale de l'emploi, du travail et des solidarités, le directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, et la directrice générale des services du Département sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Arras, le - 8 OCT. 2024

Le Préfet
du Pas-de-Calais

Jacques BILLANT

Le Président
du Conseil départemental
du Pas-de-Calais

Jean-Claude LEROY

Le Directeur général

Hugo GILARDI

ANNEXE

Sont nommés en qualité de personnes qualifiées au titre de l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles, dans le département du Pas-de-Calais :

Pour les territoires de l'Arrageois et du Ternois :

Monsieur Gérard ABRAHAM
06 50 45 13 07
gerard.abraham95@gmail.com

Monsieur Hervé COQUEMPO
06 82 35 55 53
hervé.coquempot@orange.fr

Pour les territoires de l'Artois et de Lens - Hénin :

Madame Micheline DAUTRICHE
06 16 23 87 48
micheline.dautriche@sfr.fr

Madame Marie-Andrée PAU
03 21 72 53 38
06 79 22 94 80
marie-andree.pau@laposte.net

Monsieur Richard CZAJKOWSKI
03 21 66 96 36
07 88 21 15 63
richard.czajkowski@wanadoo.fr

Pour les territoires de l'Audomarois et du Calaisis :

Madame Florelle OBOEUF
03 59 79 52 51
06 01 18 22 91
florelle.oboeuf@hotmail.fr

Monsieur Philippe FOURNIER
06 87 15 31 64
philippefournier62@gmail.com

Monsieur Serge BLANQUART
06 07 86 61 65
serge.reinemarie@wanadoo.fr

Pour les territoires du Boulonnais et du Montreuillois :

Monsieur Jean HENICHART
06 52 89 07 56
jhenichart@sfr.fr

Monsieur Bruno FOURNIER
06 09 40 78 16
bruno.fournier1@orange.fr

Monsieur Bertrand GOVART
06 77 42 19 31
bertrandgovart@hotmail.fr



Annexe 2 : Désignation du représentant légal

Je soussigné(e)

Nom et Prénom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Déclare être le représentant légal de

Nom et Prénom de la personne accompagnée par le SSIAD :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

En tant que ☐ tuteur / ☐ curateur.

En cette qualité, je suis à même de la/le représenter auprès de votre service et de fournir les justificatifs correspondant à ce statut.

Fait à :

Le / /

Signature du représentant légal



Annexe 3 : Information relative à la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1/ Quel est son rôle?

La personne de confiance a plusieurs missions :

Accompagnement et présence

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médicosociale afin de vous aider dans vos décisions.
- Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médicosociale afin de vous aider dans vos décisions.

Aide pour la compréhension de vos droits

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 11116 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans un formulaire de désignation. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans le document.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

A à tout moment, vous pouvez mettre fin à cette désignation, par tout moyen pour assurer la prise en compte de ces changements (par écrit ou par oral devant 2 témoins qui l'attesteront par écrit).

2/ Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à **toute personne majeure prise en charge** par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce **n'est pas une obligation** : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, **la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.**

3/. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance **toute personne majeure de votre entourage** en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important **d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner** avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner **doit donner son accord à cette désignation**. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en sous annexe 3.2. Il convient de préciser que cette personne **peut refuser d'être votre personne de confiance** ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4/ Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner **lorsque vous le souhaitez**.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social **est valable sans limitation de durée**, sauf si vous l'avez nommée pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeur d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délai la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5/ Comment la désigner ?

La désignation se fait **par écrit**. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en sous annexe 3.2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire.

Vous pouvez **changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment**. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe).

Si vous rencontrez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en sous annexe, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6/ Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement : Ainsi, la personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous **soutenir dans votre cheminement personnel** et vous **aider dans vos décisions concernant votre santé** ;
- **Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux** : elle vous assiste mais **ne vous remplace pas** ;
- **Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence** : elle **n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord**.

Il est recommandé de lui remettre **vos directives anticipées si vous les avez rédigées** : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale:

- La personne de confiance sera la personne **consultée en priorité** par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.
- Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche sera consulté.
- Elle sera votre porte-parole pour **refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté**, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.
- Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).
 - Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.
 - La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.
 - Elle n'aura **pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements**, mais **témoignera de vos souhaits, volontés et convictions** : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota. – Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.



Annexe 3 A : Désignation de la personne de confiance

Article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

1. Information

La personne accompagnée est informée qu'elle peut désigner une personne de confiance.

La personne de confiance peut, si elle le souhaite :

- L'accompagner dans ses démarches et entretiens ;
- L'aider à formuler ses souhaits et décisions ;
- Être consultée par les professionnels si elle n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté.

Cette désignation est facultative et peut être modifiée ou annulée à tout moment.

2. Désignation

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

☐ désigne une personne de confiance

☐ ne souhaite pas désigner de personne de confiance

3. Si désignation

Nom et prénom de la personne de confiance :

.....

Lien avec la personne accompagnée :

.....

Téléphone :

Adresse :

4. Engagement de la personne de confiance (facultatif)

Je soussigné(e), accepte d'être désigné(e) comme personne de confiance et d'exercer ce rôle dans le respect des souhaits de la personne accompagnée.

Nom :

Prénom :

Signature :

5. Signature de la personne accompagnée

Fait à :

Le :

Signature :



Annexe 3 B : Formulaire de révocation de la personne de confiance

Article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

1- Information

La personne accompagnée peut révoquer à tout moment la désignation de sa personne de confiance, sans justification.

Cette décision prend effet dès sa notification au service.

2- Identité de la personne accompagnée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

3- Révocation

Je soussigné(e) déclare révoquer la désignation de :

Nom et prénom de la personne de confiance :

.....

À compter de ce jour, cette personne n'est plus ma personne de confiance dans le cadre de ma prise en charge par le SSIAD.

4- Nouvelle désignation (facultatif)

☐ Je souhaite désigner une nouvelle personne de confiance

☐ Je ne souhaite pas désigner de nouvelle personne de confiance

Si oui :

Nom et prénom :

Lien avec la personne accompagnée :

5- Signature

Fait à :

Le :

Signature de la personne accompagnée :



Annexe 3 C : Formulaire de désignation de la personne de confiance

Avec recueil par témoins en cas d'impossibilité d'écrire de la personne accompagnée

Article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

1- Objet du document

Le présent document permet de recueillir la volonté de la personne accompagnée concernant la désignation de sa personne de confiance.

Il est utilisé lorsque la personne accompagnée est dans l'impossibilité physique d'écrire ou de signer.

2- Information préalable

La personne accompagnée déclare avoir été informée de la possibilité de désigner une personne de confiance conformément à l'article L.311-5-1 du CASF.
Cette désignation est facultative et peut être modifiée ou révoquée à tout moment.

3- Informations sur la personne accompagnée

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

4- Déclaration de volonté

La personne accompagnée exprime oralement :
☐ la désignation d'une personne de confiance
☐ le refus de désigner une personne de confiance

5- Identité de la personne de confiance (si désignation)

Nom et prénom de la personne de confiance :
.....
Lien avec la personne accompagnée :
.....
Téléphone :
Adresse :

6- Témoins

Témoin 1

Nom :
Prénom :
Fonction :
Signature :

Témoign 2

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :

7- Attestation des témoins

Nous attestons avoir recueilli la volonté orale de la personne accompagnée, en raison de son impossibilité physique d'écrire ou de signer.

Nous certifions que la désignation mentionnée ci-dessus correspond fidèlement à l'expression de sa volonté.

8- Signature du professionnel ayant recueilli la volonté

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :

9- Signature de la personne accompagnée (si possible)

Signature ou mention d'impossibilité de signature :

Fait à :

Le :



Annexe 3 D : Formulaire de révocation de la personne de confiance en présence de témoins

Article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

1- Objet du document

Le présent document permet de recueillir la volonté de la personne accompagnée relative à la révocation de la personne de confiance.
Il est utilisé lorsque la personne accompagnée est dans l'impossibilité physique d'écrire ou de signer.

2- Information de la personne accompagnée

La personne accompagnée est informée qu'elle peut révoquer à tout moment la désignation de sa personne de confiance, sans justification.
Cette décision prend effet dès son expression auprès du service.

3- Recueil de la volonté

La volonté de la personne accompagnée est recueillie oralement en présence de deux témoins et d'un professionnel de la structure.

4- Révocation

Je soussigné(e)déclare révoquer la désignation de :
Nom et prénom de la personne de confiance :

.....

5- Situation après révocation

- ☐ Je ne désigne pas de nouvelle personne de confiance
- ☐ Je souhaite désigner une nouvelle personne de confiance (formulaire distinct sera complété)

6- Témoins

Témoin 1

Nom

Prénom

Fonction

Signature

Témoin 2

Nom

Prénom

Fonction

Signature

Fait à :

Le :

Signature de la personne accompagnée :

7- Attestation des témoins

Nous attestons avoir recueilli la volonté orale de la personne accompagnée, en raison de son impossibilité physique d'écrire ou de signer.

Nous certifions que la révocation exprimée ci-dessus correspond fidèlement à sa volonté.

8- Professionnel SSIAD

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :

Fait à :

Le :



Annexe 4 : Formulaire de consentement à l'utilisation d'une boîte à clés

1. Identification du patient

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Représentant légal (le cas échéant) :

2. Objet de l'autorisation

Dans le cadre de ma prise en charge par le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), j'autorise l'accès à mon domicile via une boîte à clés sécurisée installée à mon adresse.

Cette autorisation est donnée afin de faciliter les interventions des professionnels du SSIAD dans le respect de la continuité et de la sécurité des soins.

3. Caractéristiques de la boîte à clefs

Localisation de la boîte à clés :

.....

Mode d'installation : ☐ par le patient ☐ par un tiers ☐ autre :

4. Conditions d'utilisation

- L'accès à la boîte à clés est strictement réservé aux professionnels du SSIAD intervenant dans le cadre de ma prise en charge.
- Le code d'accès est transmis uniquement aux professionnels habilités.
- Le SSIAD s'engage à limiter l'utilisation de la boîte à clés aux seuls besoins de soins.

- Toute utilisation est réalisée dans le respect de la confidentialité et du domicile du patient.

5. Responsabilités

- Le patient reste responsable de l'installation, de la sécurisation et du bon fonctionnement de la boîte à clés.
- Le SSIAD ne peut être tenu responsable en cas de défaillance matérielle, perte ou détérioration de la boîte à clés.
- Le patient s'engage à informer immédiatement le SSIAD de toute modification du code ou du dispositif.

6. Confidentialité et protection des données

Les informations relatives à l'accès (code, localisation) sont considérées comme sensibles et sont traitées de manière confidentielle par le SSIAD, conformément au RGPD et aux règles internes de sécurité.

7. Réversibilité de l'accord

Le patient peut retirer son autorisation à tout moment, par écrit. Dans ce cas, une solution alternative d'accès au domicile sera définie avec le service.

8. Consentement

Je déclare avoir été informé(e) de l'objectif et des modalités d'utilisation de la boîte à clés et donne mon accord libre et éclairé.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature du patient / représentant légal :

Avec mention « Lu et approuvé »

9. Engagement du SSIAD

Représentant du SSIAD :

Fonction :

Signature



Annexe 5 : information au partage d'informations

En tant qu'utilisateur de l'ALHDS, vous avez droit au respect de votre vie privée, et au secret des informations vous concernant. Ce secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance d'un professionnel du service et de toute autre personne en relation, par ses activités, avec le service.

Le partage d'information entre les professionnels de notre structure

Afin, de garantir un accompagnement de qualité, il est important que les informations vous concernant circulent correctement au sein du service et entre les différents professionnels participant à votre prise en charge.

Ainsi, un professionnel peut échanger avec d'autres professionnels du service, qui vous prennent également en charge, les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Seules les informations correspondant au périmètre des missions de chaque professionnel pourront être transmises.

Vous pouvez vous opposer au partage de certaines informations vous concernant. Cette opposition sera examinée dans le respect des dispositions légales applicables et des exigences liées à la continuité et à la sécurité de votre accompagnement.

Le partage d'information avec des professionnels d'autres structures

La structure pourra, dans le cadre de votre accompagnement, être amenée à partager des informations vous concernant avec d'autres personnes, extérieures au service (professionnels de santé libéraux (médecins traitants, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens...), établissements de santé, services médico-sociaux ou sociaux participant à votre accompagnement. Seules les informations strictement nécessaires à votre prise en charge seront communiquées.

Modalités de partage

Afin de permettre ce partage d'informations, les professionnels utilisent :

- Le classeur de liaison,
- Le dossier informatisé, sécurisé par identifiant et mot de passe, selon les habilitations de chaque professionnel
- Une messagerie sécurisée de santé accessible depuis les téléphones professionnels du service.

Le recueil et le partage d'informations est effectué conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi qu'à celles de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et, dans les conditions prévues par la réglementation, d'un droit d'opposition concernant les données vous concernant. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à la Direction de l'ALHDS SSIAD. [ro1]»



Annexe 5 A : Formulaire de consentement au partage d'informations

Je soussigné

Nom et Prénom de la personne accompagnée ou de son représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Apporte mon consentement au partage des informations me concernant auprès des professionnels extérieurs au service dans les conditions définies ci-avant, en vue d'assurer mon accompagnement de façon optimale.

Fait à :

Le / /

Signature du la personne accompagnée ou de son représentant légal



Annexe 6 : Courrier de la Présidente relatif à l'autorisation d'accéder au Dossier médical partagé (DMP)



Association Locale Hesdinoise de Développement Sanitaire

13, Boulevard Richelieu - BP89 62140 HESDIN-LA-FORET - Tél. 03 21 81 67 39 - ssiadhesdin@orange.fr

ALHDS / SSIAD
13 Boulevard Richelieu
BP 89
62140 HESDIN-LA-FORET
03 21 81 67 39
ssiadhesdin@orange.fr

Le 26 02 2025

Objet : Demande d'autorisation d'accès à votre Dossier Médical Partagé (DMP)

Madame, Monsieur,

En tant que Présidente du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), il nous est essentiel de pouvoir vous offrir une prise en charge optimale et coordonnée. À cet effet, nous souhaitons avoir accès à votre Dossier Médical Partagé (DMP), un outil numérique sécurisé permettant de centraliser et de partager vos informations médicales avec les professionnels de santé qui vous suivent.

Le DMP est un dossier médical personnel, accessible uniquement aux professionnels de santé autorisés, et permet ainsi de mieux suivre votre état de santé, d'assurer une continuité de vos soins et de faciliter la gestion de votre parcours de soins.

Nous vous sollicitons donc pour obtenir votre autorisation d'accès à ce dossier afin de pouvoir y consulter les informations nécessaires à la coordination de vos soins, en toute sécurité et dans le respect de la confidentialité.

Afin de procéder à cette demande, nous vous prions de bien vouloir remplir et signer le document ci-joint. Ce dernier nous permettra de compléter les démarches administratives nécessaires à l'ouverture de votre DMP et à l'accès à vos informations médicales.

Si vous avez des questions concernant cette procédure ou si vous souhaitez davantage d'informations sur le DMP, nous restons à votre disposition pour vous apporter toute explication.

Nous vous remercions de votre confiance et de votre collaboration.
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pascale BOULOGNE
Présidente de l'ALHDS - SSIAD



Annexe 6 A : Formulaire d'autorisation d'accès au dossier médical partagé (DMP)

Formulaire de Consentement pour l'Accès au Dossier Médical Partagé (DMP)

Je soussigné(e),

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Demande d'autorisation d'accès au Dossier Médical Partagé (DMP)

En tant que patient(e) suivi(e) par le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), je comprends que le Dossier Médical Partagé (DMP) est un outil sécurisé permettant aux professionnels de santé autorisés d'accéder à mes informations médicales, afin d'assurer une prise en charge coordonnée et de faciliter la gestion de mon parcours de soins.

Par la présente, je donne mon consentement explicite pour permettre au personnel soignant du SSIAD d'accéder à mon DMP, conformément aux principes de confidentialité et de protection des données personnelles. Cet accès est limité à la consultation des informations nécessaires pour la gestion de mes soins à domicile.

Je consens à ce que le SSIAD accède aux informations suivantes :

- Historique médical
- Médicaments prescrits
- Examens et bilans médicaux
- Autres informations jugées pertinentes par les professionnels de santé (veuillez cocher les informations pertinentes)

☐ Accès à l'ensemble du DMP

☐ Accès aux éléments suivants uniquement : _____

Je comprends que l'accès à mon DMP est strictement limité aux professionnels de santé intervenant dans le cadre de mes soins, et que mes informations seront protégées par des mesures de sécurité appropriées.

Je suis informé(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment, en me rendant auprès du SSIAD ou en contactant la plateforme DMP.

Signature du patient :

Signature : _____

Date : _____

Signature du représentant légal (si applicable) :

Nom du représentant légal : _____

Lien de parenté : _____

Signature : _____

Date : _____



Annexe 7 : Information relative aux directives anticipées

Les directives anticipées : de quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées sont un document écrit par lequel toute personne majeure peut exprimer à l'avance ses souhaits concernant sa fin de vie, pour le cas où elle ne serait plus en mesure de communiquer sa volonté.

Elles permettent notamment de préciser ses souhaits concernant :

- la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux ;
- les conditions de sa prise en charge en fin de vie ;
- toute autre volonté relative à sa santé.

Les directives anticipées sont-elles obligatoires ?

Non.

La rédaction de directives anticipées est une démarche totalement facultative. Chacun est libre de rédiger ou non des directives anticipées.

Quelle est leur durée de validité ?

Les directives anticipées sont valables sans limitation de durée.

Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur.

Qui peut les rédiger ?

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées.

Si la personne rencontre des difficultés pour écrire ou signer, elle peut être aidée conformément aux dispositions prévues par la réglementation.

À quoi servent-elles ?

Si, un jour, la personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté, les professionnels de santé consulteront ses directives anticipées afin de connaître ses souhaits concernant les décisions médicales à prendre.

Sauf exceptions prévues par la loi, les directives anticipées s'imposent au médecin.

Où les conserver ?

Il est recommandé :

- d'en conserver un exemplaire personnel ;
- d'en remettre une copie à la personne de confiance si elle en a désigné une ;
- d'en informer son médecin traitant ;
- de signaler leur existence aux professionnels intervenant auprès de la personne.

Personne de confiance

La désignation d'une personne de confiance est indépendante des directives anticipées.

Toutefois, la personne de confiance peut être consultée par les professionnels de santé lorsque la personne accompagnée n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

Attestation de remise de l'information

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

atteste avoir reçu une information relative aux directives anticipées.

Fait à :

Le :

Signature :

« Le modèle officiel de rédaction des directives anticipées est disponible sur simple demande auprès du service ou sur le site du Ministère chargé de la Santé. »



Annexe 7 A : Recueil relatif aux directives anticipées

Conformément aux dispositions des articles **L.1111-11 et L.1111-12 du Code de la santé publique**, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées afin d'exprimer ses volontés relatives à sa fin de vie pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Les directives anticipées sont modifiables et révocables à tout moment.

Identité de la personne accompagnée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Information

Je reconnais avoir reçu une information relative aux directives anticipées et avoir été informé(e) de mon droit à les rédiger conformément aux articles L.1111-11 et suivants du Code de la santé publique.

Choix de la personne accompagnée

☐ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour.

☐ J'ai déjà rédigé des directives anticipées.

Lieu de conservation :

.....
.....
.....
.....

☐ Je souhaite rédiger des directives anticipées.

☐ Je souhaite obtenir des informations complémentaires avant de prendre une décision.

Personne de confiance

Je suis informé(e) qu'en l'absence de directives anticipées et si je suis hors d'état d'exprimer ma volonté, le médecin recueillera le témoignage de ma personne de confiance ou, à défaut, celui de ma famille ou de mes proches.

Observations éventuelles

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signature de la personne accompagnée :

Signature du représentant légal (le cas échéant) :