

# CONTRAT DE SEJOUR EHPAD ABBAYE

**EHPAD ABBAYE**  
**33 RUE JEAN BART**  
**38100 GRENOBLE**



TÉL : 04 76 54 24 27

FAX : 04 76 54 71 14

EMAIL  
[secretariat.abbaye@arbresdevie.org](mailto:secretariat.abbaye@arbresdevie.org)

SITE INTERNET  
[www.arbresdevie.org](http://www.arbresdevie.org)

EHPAD BÉVIÈRE  
1 PLACE BÉVIÈRE  
38000 GRENOBLE



TÉL : 04 76 84 29 60

FAX 04 76 84 29 63

EMAIL  
[secretariat.beviere@arbresdevie.org](mailto:secretariat.beviere@arbresdevie.org)

SITE INTERNET  
[www.arbresdevie.org](http://www.arbresdevie.org)

EHPAD REYNIES  
6 RUE LÉO LAGRANGE  
38100 GRENOBLE



TÉL : 04 76 87 05 99

FAX : 04 76 47 18 55

EMAIL  
[secretariat.reynies@arbresdevie.org](mailto:secretariat.reynies@arbresdevie.org)

SITE INTERNET  
[www.arbresdevie.org](http://www.arbresdevie.org)



# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Préambule .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>OBJET DU CONTRAT.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>CONDITIONS D'ADMISSION.....</b>                                       | <b>6</b>  |
| <b>DURÉE DU CONTRAT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE .....</b>            | <b>6</b>  |
| ▫ UNE DUREE INDETERMINEE (SEJOUR PERMANENT)                              | 6         |
| ▫ UN SEJOUR TEMPORAIRE   | 6         |
| <b>DROIT DE RÉTRACTATION.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>DÉFINITION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX D'ACCOMPAGNEMENT.....</b>           | <b>7</b>  |
| <b>INTÉGRITÉ PHYSIQUE, SÉCURITÉ ET LIBERTÉ D'ALLER ET DE VENIR .....</b> | <b>8</b>  |
| <b>PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT.....</b>                     | <b>8</b>  |
| ▫ PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF HEBERGEMENT                        | 9         |
| ▫ PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF DEPENDANCE                         | 12        |
| ▫ PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF SOINS                              | 12        |
| ▫ PRESTATIONS « FACULTATIVES »   | 14        |
| <b>DISPOSITIONS FINANCIÈRES.....</b>                                     | <b>15</b> |
| ▫ DEPOT DE GARANTIE ET FRAIS DE RESERVATION                              | 15        |
| ▫ CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE  | 16        |
| ▫ AIDES AU FINANCEMENT   | 16        |
| ▫ PARTICIPATION FINANCIERE DU RESIDENT                                   | 17        |
| ▫ FACTURATION  | 18        |
| <b>MODIFICATION ET ACTUALISATION DU CONTRAT.....</b>                     | <b>20</b> |
| <b>RÉSILIATION DU CONTRAT.....</b>                                       | <b>21</b> |
| ▫ RESILIATION A L'INITIATIVE DU RESIDENT                                 | 21        |
| ▫ RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ETABLISSEMENT                          | 21        |
| ▫ RESILIATION ET PROCEDURE EN CAS DE DECES                               | 22        |
| <b>RESPONSABILITÉ ET ASSURANCES .....</b>                                | <b>22</b> |
| ▫ VIE DANS L'ETABLISSEMENT   | 22        |
| ▫ BIENS ET OBJETS PERSONNELS DE VALEUR                                   | 22        |
| <b>RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS.....</b>                                     | <b>23</b> |
| <b>XIII PIÈCES JOINTES AU CONTRAT.....</b>                               | <b>24</b> |

## PREAMBULE

Le contrat de séjour est un document contractuel établi en application :

- de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de ses différents décrets d'application,
- de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et de ses différents décrets d'application,
- de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et de ses différents décrets d'application,
- de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement sociale et de ses différents décrets d'application,
- de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé,
- de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie,
- des dispositions du Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Isère,
- des dispositions de la convention tripartite pluriannuelle entre le Conseil Départemental de l'Isère (CDI), de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de chacun des EHPAD de l'Association Arbres de Vie.

Le Contrat de Séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention ainsi que des documents joints :

- les annexes au contrat de séjour,
- le livret d'accueil,
- le règlement intérieur de fonctionnement de l'établissement,
- la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie.

Le contrat de séjour est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Avec l'ensemble des documents joints, le contrat de séjour est remis à chaque personne demandant à entrer en EHPAD ou, le cas échéant, à son représentant légal ou la personne de confiance.

## LE PRESENT CONTRAT DE SEJOUR EST CONCLU, ENTRE

### d'une part,

l'EHPAD ABBAYE,  
dénommé dans ce document « l'établissement »,  
représenté par son responsable ou tout autre délégué de l'Association Arbres de Vie,  
agissant en vertu de la délégation du Président du Conseil d'Administration de l'Association Arbres de Vie – siège social 6 Rue Léo Lagrange 38100 Grenoble

et

### d'autre part,

|  | Le cas échéant représenté(e) par  | ou  | ou  | Le cas échéant assisté(e)   |
|--|---|---|---|---|
| Madame <input type="checkbox"/><br>Monsieur <input type="checkbox"/><br>Nom :<br>Prénoms :<br><br>Né(e) le :<br>Demeurant à :<br><br>Tél fixe :<br>Tél portable :<br>Email : | Lien de parenté :<br>Madame <input type="checkbox"/><br>Monsieur <input type="checkbox"/><br>Nom :<br>Prénoms :<br><br>Né(e) le :<br>Demeurant à :<br><br>Tél fixe :<br>Tél portable :<br>Email : | Le représentant légal<br>(tutelle, curatelle,<br>sauvegarde de justice –<br>joindre photocopie) | Le mandataire contractuel<br>désigné par le futur<br>résident<br>Madame <input type="checkbox"/><br>Monsieur <input type="checkbox"/><br>Nom :<br>Prénoms :<br><br>Né(e) le :<br>Demeurant à :<br><br>Tél fixe :<br>Tél portable :<br>Email : | <input type="checkbox"/> d'une personne de confiance désignée par le résident<br><br><input type="checkbox"/> d'un membre de sa famille, en indiquant son lien de parenté (sœur, fils, petite-fille, neveu, etc.) |

## IL EST CONVENU CE QUI SUIT

### 1. OBJET DU CONTRAT

L'objet du présent contrat est de détailler la liste et la nature des prestations offertes et leur coût prévisionnel ainsi que les droits et les obligations réciproques de l'établissement et du résident. Il définit les objectifs et la nature de l'accompagnement du résident dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques et du projet d'établissement.

Les modalités et les conditions de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le règlement de fonctionnement joint au présent contrat.

Le contrat de séjour est remis au résident, ou le cas échéant à son représentant légal, au plus tard dans les **quinze jours** qui suivent son admission. Il est signé au plus tard dans **le mois** suivant l'admission et au plus tôt **huit jours** après que le responsable de l'établissement, son délégué ou toute autre personne habilitée par l'association, lors d'un entretien, ait remis l'information orale et écrite sur la possibilité pour le résident de désigner **une personne de confiance** conformément à l'article L.311-S-1 du CASF (cf annexe : désignation de la personne de confiance).

Cet entretien n'a pas lieu si la personne accueillie a déjà désigné une personne de confiance, conformément à l'article L.311-5-1 du CASF.

La signature du contrat fait suite à un entretien entre la personne accueillie dans l'établissement accompagnée, si elle le souhaite, de la personne de confiance et du responsable de l'établissement ou son délégué ou toute autre personne habilitée par l'association. L'objectif de cet entretien est de rechercher le consentement de la personne à être accueillie et de l'informer de ses droits en s'assurant de sa compréhension, notamment concernant les directives anticipées (cf annexe : directives anticipées). Chaque fois que nécessaire, le médecin coordonnateur de l'établissement pourra assister à cet entretien.

## 2. CONDITIONS D'ADMISSION

L'établissement est habilité :

- à accueillir des personnes âgées des deux sexes seules ou en couples, de plus de 60 ans (*sauf dérogation*), qu'elles soient autonomes, semi-autonomes ou en perte d'autonomie (*physique, psychique*),
- à recevoir des résidents ayant un certain niveau de dépendance dont les besoins en soins sont strictement définis en adéquation avec le projet de l'établissement,
- à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale et répond également aux normes pour l'attribution d'une allocation logement (ex : APL, ALS) permettant ainsi aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires de pouvoir bénéficier de ces aides.

La décision d'admission est prononcée par le responsable de l'établissement, à l'issue de la procédure décrite dans le livret d'accueil, après évaluation de l'état de santé du résident et de l'adéquation entre ce dernier et les moyens de l'établissement.

Tout refus d'admission fait l'objet d'une décision motivée.

## 3. DURÉE DU CONTRAT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Le présent contrat est établi pour :

### 3.1 UNE DUREE INDETERMINEE

à compter du : .....

**Ou**

### 3.2 UN SEJOUR TEMPORAIRE

à compter du ..... jusqu'au .....

La date de réservation de la chambre est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation.

Le séjour temporaire à durée déterminée ne peut être inférieur à un mois ni excéder quatre-vingt-dix jours (90 jours) dans l'année en un ou plusieurs séjours.

La date d'entrée dans les lieux est convenue d'un commun accord entre les parties.

#### 4. DROIT DE RÉTRACTATION

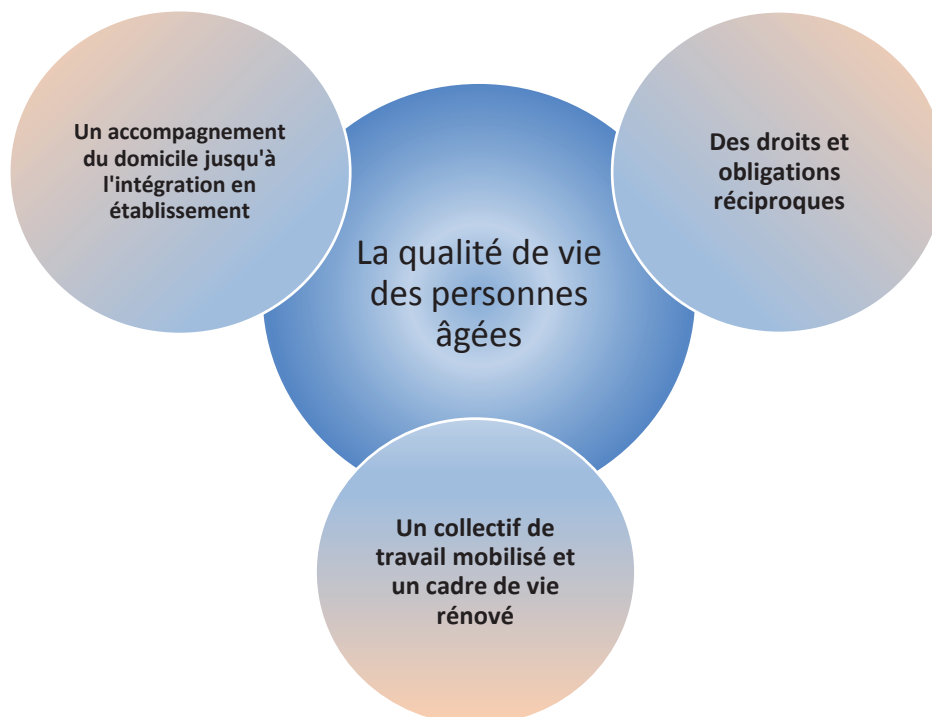
Le résident a la faculté de se rétracter par écrit dans les 15 jours qui suivent la signature du contrat ou l'admission, si celle-ci est postérieure, sans préavis ni autre contrepartie que le paiement du prix de journée pour la durée de son séjour effectif.

#### 5. DÉFINITION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX D'ACCOMPAGNEMENT EN LIEN AVEC LES VALEURS ET LES MISSIONS DE L'ASSOCIATION ARBRES DE VIE

Les missions de l'Association, dans un environnement socio-économique en constante évolution, se déploient, en référence à une exigence partagée de qualité de l'accueil et de l'accompagnement, en référence aux valeurs qu'elle promeut :

- le respect de chaque personne – les résidents, leurs familles et les personnels – quelles que soient ses origines, ses convictions philosophiques et religieuses, sa situation physique et mentale,
- la continuité du service rendu, jusqu'en fin de vie, qui s'appuie sur la bienveillance, la dignité et l'humanité, pour une bienveillance de chacun.

Les établissements de l'Association développent leurs actions au bénéfice des personnes âgées, de leurs familles et de la collectivité, ils s'appuient sur les orientations suivantes :



Le projet d'établissement défini à partir des attentes des résidents et de leurs familles, est fondé sur les valeurs humanistes de l'association Arbres de Vie, respectueuses de la personne âgée dans son identité, ses croyances philosophiques et religieuses, ses droits et ses libertés.

Il se décline selon cinq engagements :

- proposer un lieu de vie convivial adapté aux besoins des personnes âgées,
- soigner la personne âgée dans la continuité de ses habitudes de vie, ses rythmes et ses valeurs, quels que soient ses handicaps physiques et/ou psychiques,
- apporter une aide adaptée aux capacités de la personne âgée en favorisant ses capacités d'expression et de choix,
- proposer des actions cohérentes et pertinentes en rapport avec le projet de vie personnalisé de chaque personne âgée,
- accompagner dans la dignité les personnes âgées jusqu'à la fin de leur vie, en leur apportant confort et sécurité physique, mentale et relationnelle.

Les objectifs spécifiques de prise en charge sont établis avec le résident et/ou son représentant légal et/ou la personne de confiance. A cet effet l'établissement a pour responsabilité de suivre régulièrement l'état de santé et le degré de dépendance du résident et de mettre en place « un projet de vie individualisé » révisable en fonction de l'évolution de son état physique et mental. Les modalités d'élaboration et de révision du projet de vie du résident sont déclinées à l'article 3.1. du règlement de fonctionnement.

## **6. INTÉGRITÉ PHYSIQUE, SÉCURITÉ ET LIBERTÉ D'ALLER ET DE VENIR**

La liberté d'aller et venir est un droit fondamental du résident accueilli.

A ce titre, l'encadrement de la liberté d'aller et venir qui serait nécessaire pour garantir la sécurité du résident dans le cadre de la vie en collectivité est proportionné au regard de l'état de la personne et des objectifs de prise en charge et fait systématiquement l'objet d'une information écrite dans le cadre du projet d'accompagnement.

Dans l'hypothèse où des restrictions supplémentaires seraient nécessaires pour préserver sa santé ou sa sécurité, la procédure décrite à l'article 3.1 du règlement de fonctionnement serait mise en œuvre. Un avenant au contrat de séjour serait par suite établi, conformément au modèle fixé par le Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

## **7. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT**

Les modalités et les conditions de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le « règlement de fonctionnement de l'établissement » annexé au présent contrat.

Les prestations assurées par l'établissement au profit des résidents se déclinent en trois parties :

- les prestations « d'hébergement »,
- les prestations « dépendance »,
- les prestations « soins ».



## 7.1 PRESTATIONS COMPRIS DANS LE TARIF HEBERGEMENT

### 7.1.1 ACCUEIL-LOGEMENT

Dans le cadre de son hébergement, le résident a accès aux espaces collectifs dans les conditions décrites dans le règlement de fonctionnement.

Une chambre à usage privatif est également mise à sa disposition dans les conditions figurant ci-après :

#### DESCRIPTIF DU LOGEMENT, DES EQUIPEMENTS ET SERVICES

La chambre à usage privatif n° ..... , située au ..... niveau, est attribuée à

**Madame :**

**Monsieur :**

La chambre d'une superficie de.....m<sup>2</sup> dispose d'une salle de bains privée avec douche, lavabo et WC, ainsi que des prises pour l'alimentation électrique, la télévision et le téléphone.

L'établissement met à la disposition du résident du mobilier et des équipements adaptés à son état de santé (lit à hauteur variable, lits médicalisés, douche à l'italienne, etc.).

Le résident dispose de la possibilité de personnaliser son logement dans les conditions décrites aux articles 2-2 et 4.1 du règlement de fonctionnement joint au présent contrat.

S'il le souhaite, le résident peut disposer de la clé de son logement qui lui sera remise lors de la prise de possession de sa chambre.

Les codes d'accès à l'établissement sont également remis à l'entrée au résident ou son représentant légal et à la personne de confiance. Les codes étant régulièrement modifiés pour des raisons de sécurité, ils vous seront communiqués à chaque modification.

Un état des lieux contradictoire est dressé (cf annexe : état des lieux), le jour d'arrivée du résident dans l'établissement. Il est annexé au présent contrat et signé soit par le résident, soit par son représentant légal, soit par un huissier de justice pour le résident victime d'une incapacité temporaire ou permanente sans représentant légal désigné par le juge des tutelles et sans au préalable avoir désigné une personne mandatée explicitement.

Dans ce dernier cas, les frais afférents à l'intervention d'un huissier de justice sont pris en charge à part égale par le résident et par l'établissement d'accueil.

Le logement est confié au résident, à son représentant légal qui doivent le gérer en bon père de famille.

Lorsque le résident quitte définitivement l'établissement un état des lieux et un inventaire contradictoires de fin de contrat sont établis entre l'établissement et le résident, son représentant légal et/ou la personne de confiance (cf annexe : état des lieux) au jour de la libération de la chambre et de la remise des clés.

### **CHANGEMENT DE CHAMBRE**

Le changement de chambre imposé par la nécessité d'une prise en charge adaptée aux nouveaux besoins sanitaires du résident (ex : accueil en secteur d'hébergement renforcé), ne peut se faire qu'après évaluation de la situation du résident par le médecin coordonnateur ou, le cas échéant, par le médecin traitant. Ce changement de chambre ne pourra engendrer aucune hausse de tarif. Un avenant au présent contrat sera soumis à la signature du résident ou, le cas échéant, à son représentant légal.

En cas de refus de la part du résident ou de son représentant légal, une procédure de résiliation du contrat pourra être amorcée dans les conditions décrites à l'article 10-2 dès lors que la personne prise en charge ne remplit plus les conditions d'admission dans l'unité où elle était précédemment affectée.

Un état des lieux de sortie de la chambre occupée initialement ainsi qu'un état des lieux d'entrée dans la nouvelle chambre doivent être effectués le jour du déménagement.

### **ENTRETIEN, NETTOYAGE ET MAINTENANCE**

L'établissement assure toutes les tâches de ménage de la chambre et des espaces collectifs ainsi que les petites réparations qui sont effectuées par le personnel d'entretien ou, le cas échéant, par un prestataire externe.

L'établissement assure également la maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts.

### **ÉLECTRICITE, EAU, CHAUFFAGE, ECLAIRAGE**

Les charges afférentes aux consommations d'eau, de gaz, d'électricité sont comprises dans les frais d'hébergement dus par le résident.

### **TELEPHONE, TELEVISION**

L'établissement assure la mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre du résident.

Le coût des abonnements est à la charge de l'utilisateur.

## **7.1.2 RESTAURATION**

### **RESTAURATION DES RESIDENTS**

L'établissement fournit au résident trois repas par jour (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) ainsi qu'un goûter et, sur demande, une collation nocturne.

Des repas festifs et à thème sont également régulièrement proposés.

Les petits déjeuners sont majoritairement servis en chambre, les autres repas sont servis en salle à manger ou en chambre en fonction du choix du résident ou si son état de santé le justifie.

Les repas sont servis conformément aux indications de l'annexe « restauration ». Les régimes alimentaires particuliers (diabète, hypertension artérielle, etc.) et la texture des aliments sont individualisés selon les besoins spécifiques de chaque résident, sous l'autorité du médecin coordonnateur et/ou du cadre de santé et/ou d'un infirmier le cas échéant.

### **RESTAURATION « INVITES »**

Sur réservation et dans la limite des places disponibles, chaque résident peut inviter parents et amis de son choix à partager le déjeuner selon les modalités décrites au sein de l'annexe « restauration ».

Le coût des repas invité figure aussi dans l'annexe du présent contrat.

#### **7.1.3 BLANCHISSAGE : LINGE ET ENTRETIEN DU LINGE**

Le linge de table, le linge de toilette, le linge plat (draps, couvertures, couvre-lits) et les oreillers sont fournis, entretenus et renouvelés par l'établissement.

Le résident peut utiliser ses propres couvertures sous réserve de leur conformité à la norme non-feu.

Le linge personnel est fourni par le résident, il doit être inventorié et étiqueté à l'arrivée du résident. Si ce dernier le désire, il peut confier la réalisation de cette prestation aux lingères de l'établissement. Cette prestation facultative est alors facturée au résident. Le coût du forfait marquage, en vigueur au jour de la signature du présent contrat, figure à l'annexe « apport, inventaire, marquage et entretien du linge ».

Le linge personnel est entretenu par l'établissement à l'exception du linge délicat nécessitant un nettoyage particulier chez un blanchisseur ou un pressing extérieur. L'entretien et le coût sont alors à la charge du résident et / ou de son représentant légal. En accord avec le résident, les familles et la personne de confiance peuvent être sollicitées pour l'entretien.

#### **7.1.4 ANIMATION ET VIE SOCIALE**

L'établissement organise diverses activités dans le cadre de son programme d'animation. Outre les animations permanentes que sont entre autres les anniversaires et les grandes fêtes calendaires, d'autres animations sont programmées selon les périodes de l'année et les disponibilités des prestataires (bénévoles, organismes extérieurs). Ces activités sont incluses dans le tarif hébergement.

A noter que certaines prestations (ex : les sorties extérieures, etc.) appellent une participation financière supplémentaire de la part du résident et de ses invités, cette information est affichée et rappelée lors de l'inscription à l'activité.

#### **7.1.5 PRESTATION D'ADMINISTRATION GENERALE**

L'établissement assure la gestion administrative de l'ensemble du séjour. A cette fin :

- il supporte l'ensemble des frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée,
- il organise et réalise les états des lieux contradictoires d'entrée et de sortie conformément à l'article 6.1.1. du présent contrat,
- il organise les procédures de dépôt des objets de valeurs, conformément à l'article 11-2 du présent contrat,
- il établit les documents de liaison à destination des familles, des proches aidants et de la personne de confiance,

- il établit les documents de liaison avec les services administratifs permettant l'accès aux droits et supporte les frais de correspondance des dossiers en lien avec la prise en charge du résident au sein de l'établissement (bénéfice de la CMU, CMU-C, Aide sociale à l'hébergement, aide au logement, APA, etc.),
- il assure l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et de ses avenants.

## 7.2 PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF DEPENDANCE

Les prestations relatives à la dépendance recouvrent notamment :

- l'aide et la surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liés aux soins,
- l'intervention du psychologue,
- les produits liés à l'incontinence avec l'achat des protections.

Ces prestations sont adaptées au classement du résident dans la grille AGGIR et dépendent donc de son Groupe Iso-Ressources d'appartenance.

**Au vu du dossier médical d'entrée remis à l'établissement,**

**Madame :**

**Monsieur :**

**est considéré(e) au moment de son admission comme relevant du Groupe Iso-Ressources (grille AGGIR) : .....**

L'évaluation de la dépendance du résident est réalisée dans le mois qui suit son admission et annexée au dossier médical remis au résident ou son représentant légal sous pli confidentiel. Le niveau de dépendance est déterminé par l'équipe médico-sociale de l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur qui le valide conformément à l'article R314-170 du CASF. Cette évaluation est réactualisée périodiquement.

Le résident et / ou son représentant légal peuvent contester l'évaluation du niveau de dépendance, pour cela ils peuvent se faire assister du professionnel de leur choix pour conduire cette démarche.

## 7.3 PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF SOINS

L'établissement assure la surveillance médicale indispensable à la prévention des affections somatiques et psychiques ainsi que les soins nécessaires aux besoins sanitaires de chaque résident, jusqu'à la fin de vie.

### 7.3.1 MEDECIN COORDONNATEUR

Il est placé sous<sup>1</sup> la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement. Le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

- élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre,
- donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,
- préside la commission de coordination gériatrique unique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique,
- évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006,
- veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels ; formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins,
- contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique,
- contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,
- élabore un dossier type de soins,
- établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis, pour avis, à la commission de coordination gériatrique unique qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins,
- donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels,

---

<sup>1</sup> Code de l'action sociale et des familles Article D312-158. Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art. 2

- collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;
- identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques,
- réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

### 7.3.2 SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE

À tout moment y compris la nuit et le week-end, une permanence de soins est assurée 24h sur 24, sept jours sur sept. En cas d'urgence, SOS médecins ou le centre 15 seront contactés, selon les procédures prescrites, sinon ce sera le médecin traitant.

Conformément aux dispositions en vigueur, le résident a le libre choix de son médecin traitant et des prestataires paramédicaux (kinésithérapeutes, dentistes, etc.), sachant que ces intervenants médicaux et paramédicaux sont tenus de passer une convention avec l'établissement qui fixe le cadre et les modalités de leurs interventions<sup>2</sup>.

Pour assurer la sécurité et la traçabilité de la chaîne des actions qui conduisent de la prescription par le médecin jusqu'à la distribution des médicaments par le personnel soignant, l'établissement a signé une convention avec une pharmacie d'officine qui présente les garanties nécessaires. A cet effet, il est proposé au résident de donner ou non son accord pour que ses prescriptions médicales soient préparées par cette officine. Pour des raisons de facilité administrative et d'intervention pour tout problème relevant des soins du résident (prescriptions particulières, urgences, hospitalisation), la carte vitale est détenue, avec l'accord du résident et / ou de son représentant légal, par les services médico-administratifs de l'établissement (cf annexe : accord de prestation pharmaceutique et détention de la carte vitale par le service médico-administratif).

### 7.4 PRESTATIONS « FACULTATIVES »

Chaque résident peut bénéficier de prestations externes non comprises dans celles fournies par l'établissement. Il s'agit notamment du coiffeur, de la pédicure, de l'esthéticienne, ou encore d'un(e) auxiliaire de vie personnel.

Chaque résident a la liberté de choix de ces prestataires externes à l'établissement, sachant que le règlement des prestations est fait directement au prestataire par le résident et / ou représentant légal et/ ou, avec son accord, ses proches ou sa famille.

---

<sup>2</sup> Selon le Décret no 2010-1731 du 30 décembre 2010 l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doit répondre à des conditions particulières d'exercice destinées notamment à assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins. Ces conditions d'exercice sont précisées dans un contrat qui doit être conclu entre le professionnel de santé et le Directeur d'établissement.

## 8. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Les prestations délivrées par l'établissement sont financées par :

- un tarif soins, fixé annuellement par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et à la charge de l'assurance maladie,
- un tarif dépendance fixé annuellement par le Conseil Départemental selon le degré de dépendance du résident et dont la charge est répartie entre le Conseil Départemental et l'usager. Il existe ainsi 3 tarifs correspondant à 3 niveaux de dépendance : GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6. Ils dépendent du niveau moyen de dépendance des résidents évalué par la grille AGGIR,
- un tarif hébergement, établi par le Conseil Départemental et à la charge de la personne accueillie,
- des aides financières peuvent, le cas échéant, être demandées (voir chapitre 8.3).

Les conditions de facturation définies au titre des résidents admis au bénéfice de l'aide sociale dans le présent contrat font référence au Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) de l'Isère. Il convient de les adapter au RDAS du département de rattachement du résident « aide sociale » si ce dernier dépend d'un autre département.

### 8.1 DEPOT DE GARANTIE ET FRAIS DE RESERVATION

#### 8.1.1 SEJOUR PERMANENT

Le résident, son représentant légal ou la personne de confiance doit s'acquitter à l'entrée dans l'établissement d'un « dépôt de garantie » correspondant à trente (30) jours de « tarif hébergement » (cf annexe : réservation d'une chambre pour séjour permanent). En aucun cas, le dépôt de garantie ne peut excéder deux fois le tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée.

#### 8.1.2 SEJOUR TEMPORAIRE

Lors de la signature du présent contrat, pour que la réservation soit effective, le résident, son représentant légal ou la personne de confiance s'engage à verser des frais de réservation dont le montant est égal à 25 % (vingt-cinq pour cent) du montant du « tarif hébergement » correspondant à la durée du séjour réservé. Ces frais de réservation seront encaissés et déduits de la première facture.

En cas d'annulation du séjour temporaire avant la date d'admission prévue, l'annexe réservation de chambre pour séjour temporaire précise les pénalités appliquées sur la restitution des frais de réservation.

De plus, à l'entrée dans l'établissement le résident, son représentant légal ou la personne de confiance doit s'acquitter d'un « dépôt de garantie » correspondant à dix (10) jours du « tarif hébergement ».

Quel que soit le type de séjour, un récépissé du dépôt sera établi en deux exemplaires originaux dont un annexé au présent contrat à titre indicatif.

#### 8.1.3 RESIDENTS ADMIS AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE

Les résidents relevant de l'aide sociale sont exemptés du versement du dépôt de garantie.

#### 8.1.4 RESTITUTION DU DEPOT DE GARANTIE

Dans tous les cas, le « dépôt de garantie » est restitué au résident, aux ayants droits identifiés sur présentation d'un titre officiel, au représentant légal ou au notaire du

résident, dans les trente jours qui suivent la sortie de l'établissement, déduction faite du montant des éventuelles dégradations constatées et consignées sur l'état des lieux contradictoire de sortie de la chambre ou des sommes restant dues à l'établissement.

## **8.2 CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE**

Un acte de « caution solidaire » peut, le cas échéant, être demandé à l'entrée du résident. Il est signé par des personnes librement choisies par le résident. L'engagement solidaire pour le règlement des frais de séjour est annexé au présent contrat (cf annexe : acte de cautionnement solidaire).

Dans le cas où le résident serait bénéficiaire de l'aide sociale, la signature d'une caution solidaire ne pourrait être demandée que sur la partie des dépenses qui sont à sa charge financière (sommes issues directement des ressources du résident).

## **8.3 AIDES AU FINANCEMENT**

### **8.3.1 ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**

Le Conseil Départemental du domicile d'origine du résident peut financer pour partie le coût de la prestation dépendance, au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Le dossier de demande d'APA est mis à disposition et transmis au Conseil Départemental par le résident ou la personne de confiance au moment de l'acceptation d'entrée dans l'établissement. Pendant le délai d'instruction par l'administration tarifaire, le montant du tarif APA et du ticket modérateur dépendance est entièrement à la charge du résident.

### **8.3.2 L'AIDE SOCIALE**

L'établissement est habilité à recevoir des résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

L'admission au bénéfice de l'aide sociale et le montant accordé par le Conseil Départemental dépendent de la situation financière du résident ainsi que de ses obligés alimentaires (famille).

Le résident (assisté le cas échéant de sa personne de confiance ou de ses proches) et / ou son représentant constituent à cet effet le dossier d'aide sociale et en assurent le suivi. L'admission à l'aide sociale est notifiée par le Président du Conseil Départemental.

Le résident souhaitant déposer une demande d'aide sociale devra s'adresser au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou au Centre Intercommunal d'Action Sociale compétent (CIAS) ; il peut également recourir en cas de besoin à l'assistance des services territorialisés du département (ex : CLIC, MAIA, etc...). Le personnel de l'établissement s'engage à lui faciliter les démarches, notamment en tenant à sa disposition les coordonnées de ces différents services et en fournissant tous les renseignements et documents permettant de déposer ou d'instruire une demande d'aide sociale.

Dans l'attente de la décision du Président du Conseil Départemental, le résident s'engage par le présent contrat à reverser dès l'admission dans l'établissement, 90% de l'ensemble de ses revenus (pensions, retraites et rentes) à l'exception de la retraite d'ancien combattant et des pensions liées aux distinctions honorifiques, sachant que 10% des revenus restent de droit à la disposition du résident.

Dans ce cas, le « tarif hébergement » ainsi que le « ticket modérateur dépendance » sont facturés au résident dans l'attente de la décision de l'aide sociale. Un avoir lui sera émis dès réception de l'avis d'admission favorable à l'aide sociale.

En cas de rejet, le solde des factures sera dû par le résident, le(s) obligé(s) alimentaire(s) ou caution(s) solidaire(s), à savoir la différence entre le montant total des frais d'hébergement



au moment du rejet et les montants déjà perçus par l'établissement. Il devra également verser un dépôt de garantie car il n'en sera plus exempt.

### 8.3.3 AIDE AU LOGEMENT (AL)

Les résidents peuvent bénéficier sous condition de ressources d'une aide au logement auprès des organismes compétents (CAF, MSA, etc.). La démarche est à faire par le résident (assisté le cas échéant de sa personne de confiance ou de ses proches) et / ou son représentant légal.

## 8.4 PARTICIPATION FINANCIERE DU RESIDENT

### 8.4.1 PARTICIPATION FINANCIERE DU RESIDENT AUX TARIFS HEBERGEMENT ET DEPENDANCE

Les frais de séjour (cf annexe : conditions de facturation) à la charge du résident se composent :

- d'un « **tarif hébergement** » ou, lors des absences du résident (conгés, hospitalisation) d'un « **tarif absence** » correspondant au « tarif hébergement » minoré de certaines prestations entre autres l'alimentation. Il recouvre les prestations visées à l'article 7.1 du présent contrat,
- le montant du « tarif hébergement » est conforme à l'arrêté de tarification en vigueur dans l'établissement fixé par le Président du Conseil Départemental de l'Isère. Cet arrêté est affiché dans l'établissement et consultable à tout moment,
- d'un « **tarif APA** » selon le niveau de dépendance AGGIR 1-2 ou 3-4. Le « tarif APA » des GIR 1-2 ou 3-4 peut être pris en charge en tout ou partie par le Conseil Départemental du lieu de résidence du résident via le bénéfice de l'APA,
- d'un « **ticket modérateur dépendance** » correspondant au niveau de dépendance GIR 5/6, restant à charge pour le résident payant.

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, celle-ci prend en charge le « tarif hébergement » et le « ticket modérateur dépendance ».

Ces tarifs journaliers sont multipliés par le nombre de jours de présence dans le mois pour la facturation mensuelle. Toute journée commencée est due.

La mise à jour des tarifs d'hébergement et de dépendance est publiée annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental. Elle est portée individuellement à la connaissance des résidents et / ou du représentant légal par voie d'affichage et par l'intermédiaire de leur représentation au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Les contestations éventuelles des tarifs hébergement et dépendance sont à porter soit devant le Conseil Départemental par le biais d'un recours gracieux soit directement devant le juge de la tarification sanitaire et sociale par le biais d'un recours contentieux.

### 8.4.2 COUT DES PRESTATIONS FACULTATIVES

L'établissement peut mettre à disposition des résidents certaines prestations optionnelles (coiffeur, pédicure, sorties extérieures, forfait hygiène corporelle, etc.).

Soit ces prestations sont facturées mensuellement en sus du tarif journalier afférent au socle de prestations hôtelières, soit elles sont directement payables au prestataire par le résident ou son représentant légal.

### 8.4.3 COUT DES PRESTATIONS SOINS

Quel que soit l'établissement, les dépenses liées au médecin coordonnateur de l'établissement, aux infirmières, aux aides-soignantes et à certains dispositifs médicaux, sont couverts par le budget de l'établissement.

Selon que l'établissement est en dotation partielle ou globale avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), les dépenses relevant des prestations du médecin traitant personnel, des paramédicaux (kinésithérapeute, podologue, etc.), des examens de biologie et de radiologie ainsi que des dispositifs médicaux ne sont pas prises en compte de la même manière dans les frais de séjour selon l'option tarifaire (cf annexe : prise en charge des soins et dispositifs médicaux).

De plus, quelle que soit l'option tarifaire de l'établissement, les dépenses liées à la consultation des médecins spécialistes, aux soins dentaires et au transport sanitaire sont à la charge du résident, sachant qu'elles sont en totalité ou pour partie prises en charge et remboursées par l'Assurance Maladie et les mutuelles de santé.

## 8.5 FACTURATION

### 8.5.1 MODALITES GENERALES DE FACTURATION

La date de réservation de la chambre est fixée d'un commun accord.

Elle correspond à la date de départ de la facturation des prestations hébergement même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Le « tarif APA » et le « ticket modérateur dépendance » sont facturés à partir de la date d'arrivée effective du résident dans l'établissement.

**Le règlement des frais de séjour s'effectue mensuellement à terme échu, au plus tard 12 jours après réception de la facture, soit par chèque, soit par virement, soit par prélèvement automatique.**

### 8.5.2 PROCEDURE ENGAGEE EN CAS DE RETARD DE PAIEMENT

Pour les retards de paiement la procédure est :

- *1ère relance : rappel et commentaires sur la facture du mois suivant,*
- *2ème relance : courrier simple si non-paiement dans les 15 jours après la 1ère relance,*
- *3ème relance : courrier RAR si non-paiement dans les 15 jours après la 2ème relance,*
- *si toujours pas de paiement sous huit jours après la 3ème relance : mise en demeure du résident et des personnes caution solidaire, transmission du dossier aux services juridiques.*

En cas de besoin, lors d'un entretien entre le Directeur, ou tout autre délégataire de l'Association, et le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, une solution d'échelonnement de paiement pourra être négociée.

En cas de résiliation du contrat, les frais d'hébergement et de dépendance sont dus jusqu'au jour où le logement est remis à la disposition de l'établissement par le résident, sa famille ou son représentant légal et/ou la personne de confiance.

### 8.5.3 MODALITES PARTICULIERES DE FACTURATION

Pendant la durée de séjour, si le résident s'absente (vacances, hospitalisation, etc.) le décompte des absences démarre le lendemain du départ et prend fin le jour du retour.

### **8.5.3.1 ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE :**

#### **8.5.3.1.1 CAS DES RESIDENTS NON ADMIS AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE**

Le résident dispose d'un droit d'absence de « 35 jours calendaires » au cours d'une année civile. Le résident, sa famille ou son représentant légal et/ou la personne de confiance, doivent en informer le secrétariat au minimum quarante-huit heures avant le départ et par courrier.

La réservation de la chambre étant de droit, elle reste inoccupée et réservée jusqu'au retour du résident.

Selon l'article R.314-204 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le « tarif absence » est appliqué à compter du 4<sup>ème</sup> jour d'absence consécutif, le « tarif hébergement » étant par conséquent appliqué les trois premiers jours d'absence.

Dans tous les cas le « ticket modérateur dépendance » n'est plus facturé dès le premier jour complet d'absence.

Dans le cas d'une absence prolongée au-delà de la durée légale de 35 jours calendaires, le résident et / ou son représentant légal et / ou ses proches doivent en informer par écrit l'établissement. Si ce n'est pas le cas le « tarif hébergement » sera à nouveau appliqué.

Pour toute absence de deux mois et plus au-delà de la durée légale de 35 jours calendaires, le résident et / ou son représentant légal seront avertis par lettre recommandée AR.

Sans réponse de leur part, la résiliation du contrat et la mise à disposition de la chambre sera effective à compter de 30 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée AR.

#### **8.5.3.1.2 CAS DES RESIDENTS BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT**

Pour les résidents ayant leur domicile de secours dans le Département de l'Isère, la procédure tarifaire est la même que précédemment au cours des 30 jours calendaires de congés annuels.

Durant cette période, la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale est reversée au département déduction faite du montant du forfait hospitalier.

Lorsque l'absence se prolonge au-delà de la durée légale de 30 jours calendaires, l'aide sociale n'est plus versée par le Conseil Départemental.

Toutefois, si le résident ou son représentant légal s'engage par écrit à régler le « tarif absence » (cf annexe : conditions de facturation), l'établissement lui garde sa chambre sans pouvoir dépasser une période deux mois.

En cas d'absence de règlement départemental d'aide sociale ou de carence de ce dernier sur la question de la facturation des absences non suppléées par des consignes du Conseil Départemental, le régime juridique des non bénéficiaires de l'aide sociale trouve à s'appliquer.

### **8.5.3.2 ABSENCE POUR HOSPITALISATION**

#### **8.5.3.2.1 CAS DES RESIDENTS NON ADMIS AU BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE**

Sans avis contraire du résident ou le cas échéant son représentant légal le logement lui est conservé.

Selon l'article R.314-204 du CASF, à compter du quatrième jour d'absence consécutif, l'établissement déduit du « tarif hébergement » un « forfait hospitalier » (cf annexe : conditions de facturation). Le « ticket modérateur dépendance » n'est plus facturé dès le premier jour d'absence complet.

### 8.5.3.2 RESIDENTS BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Pour les résidents ayant leur domicile de secours dans le Département de l'Isère, la procédure tarifaire est la même que précédemment au cours des 30 premiers jours d'hospitalisation.

Durant cette période, le coût d'hébergement du bénéficiaire de l'aide sociale est intégralement pris en charge par le Conseil Départemental. Toutefois, la déduction du « forfait hospitalier » sur le reversement de ses ressources peut être autorisée par la commission d'admission au titre de dépense régulière dans les conditions prévues par l'article 3.2.1.212, s'il n'est pas pris en charge par la mutuelle du bénéficiaire.

Au-delà de 30 jours d'hospitalisation, l'aide sociale n'est plus versée, et donc la chambre du résident hospitalisé n'est plus réservée. Si le résident souhaite garder sa chambre, il doit s'engager par écrit à régler la réservation de la chambre à hauteur du « tarif absence ».

A cet effet, une coordination entre l'établissement d'accueil et l'établissement d'hospitalisation doit intervenir, afin de permettre, le cas échéant, l'affectation de la chambre de l'intéressé à un accueil temporaire.

### 8.5.3.3 EN CAS DE DECES

Le « tarif absence » est appliqué dès le lendemain du jour du décès. Il est dû jusqu'à la libération effective du logement (jour de l'état des lieux et de la remise des clés). Le « tarif APA », le « ticket modérateur dépendance » et les prestations facultatives ne sont plus facturés dès le lendemain du jour du décès.

Dans l'hypothèse où il n'a pas été possible de contacter la famille et où aucune disposition n'a été antérieurement prise par le défunt, l'établissement peut organiser le transport et le séjour en chambre funéraire ou mortuaire. Il en supporte alors le coût.

Dans un délai d'un mois suivant le décès, l'établissement s'engage à restituer les sommes trop perçues suite au décès du résident soit aux ayants droits sur présentation d'un titre officiel, soit au notaire chargé de la succession du défunt.

## 9. MODIFICATION ET ACTUALISATION DU CONTRAT

Les changements des termes initiaux du contrat ou toute actualisation du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions.

Outre le résident, sa famille ou son représentant légal, les cautions solidaires sont également et systématiquement informées des modifications contractuelles ayant une incidence éventuelle sur leurs engagements ainsi que de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la nature.

Le résident et/ou son représentant légal et/ou le cas échéant ses héritiers, informent le responsable de l'établissement ou son représentant de toute modification importante de la situation personnelle et/ou familiale du résident qui viendrait affecter la mise en œuvre du contrat de séjour et du projet d'accompagnement personnalisé du résident.

En outre, tout événement significatif venant affecter la vie du résident donnera lieu à une réactualisation du contrat de séjour par le biais d'un avenant de personnalisation.

En tout état de cause, les admissions et les sorties en UPG et en UGP font l'objet d'une formalisation écrite (cf annexe : modalités d'entrée et de sortie en UPG et UGP).

## 10. RÉSILIATION DU CONTRAT

### 10.1 RESILIATION A L'INITIATIVE DU RESIDENT

Passé le délai de rétractation visé à l'article 4 du présent contrat le résident accueilli ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par lettre recommandée avec accusé de réception et ce, à tout moment en respectant **un délai de préavis de 1 mois**.

A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, le résident accueilli dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel il peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

### 10.2 RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ETABLISSEMENT

La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- en cas d'inexécution par le résident, son représentant légal ou la personne de confiance d'une obligation leur incombant au titre du contrat ou de manquements graves ou répétés au règlement de fonctionnement de l'établissement (joint au présent contrat), sauf lorsqu'un avis médical concernant le résident constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie,
- en cas de cessation totale d'activité de l'établissement,
- au cas où le résident cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans l'établissement, et après que le responsable de l'établissement ou tout autre délégué de l'Association se soit assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée. A cette fin, il sera étudié prioritairement la possibilité d'une réorientation dans l'un des EHPAD gérés par l'Association Arbres de Vie.

Avant toute démarche de résiliation du contrat, une médiation est proposée par les responsables de l'établissement au résident ou, le cas échéant, à son représentant légal. Si le résident souhaite se faire accompagner dans cette médiation, il pourra faire appel à la personne de son choix y compris sa personne de confiance et / ou aux instances de médiation amiables et juridiques prévues à cet effet. Les responsables de l'établissement aideront activement à la recherche de solutions afin de faciliter le relogement du résident. Les frais de séjour restent à la charge du résident jusqu'à la date de libération du logement.

En l'absence de conciliation, la décision définitive motivée de résilier le contrat sera prise par l'établissement ou tout autre délégué de l'Association. La durée du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat est de un mois notifiée au résident ou, le cas échéant à son représentant légal par courrier recommandé AR.

Le résident ou son représentant légal a la possibilité de contester la décision de résiliation du contrat pour manquement à ses obligations contractuelles devant les juridictions civiles compétentes.

### 10.3 RESILIATION ET PROCEDURE EN CAS DE DECES

Lors du décès, la résiliation du contrat est prononcée de fait, les héritiers et/ou le représentant légal sont immédiatement informés.

Lorsque le résident décédé est bénéficiaire de l'aide sociale dans le département de l'Isère, le règlement départemental d'aide sociale impose la libération de la chambre dans un délai *maximum* de trois jours après le décès.

La famille ou le représentant légal disposent de huit jours maximum après le décès pour libérer la chambre. Passé la date, l'établissement établit un inventaire des biens laissés et en informe par courrier recommandé les héritiers.

Sans réponse des héritiers dans le mois suivant le courrier, l'établissement fait procéder à leur gardiennage. Les frais d'inventaire par huissier de justice, le déménagement et le coût du garde-meubles (lorsque impossibilité pour l'établissement de garder les meubles sur place) sont à la charge de la succession.

Si un an après le décès ces biens n'ont toujours pas été réclamés, les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières seront remis à la caisse des dépôts et consignations et les biens mobiliers au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

## **11. RESPONSABILITÉ ET ASSURANCES**

### **11.1. VIE DANS L'ÉTABLISSEMENT**

En qualité de structure à caractère privé, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité civile et pénale, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il dispose de ses propres assurances pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et des règlements en vigueur.

A noter que la responsabilité civile, les dommages et accidents de la vie privée du résident sont également couverts comme prestation complémentaire du socle des prestations hôtelières par les assurances de l'établissement dès son entrée. Toutefois, si le résident ou son représentant légal le souhaite il peut souscrire à titre personnel une assurance Responsabilité Civile de la vie privée dans la compagnie d'assurance de son choix.

### **11.2. BIENS ET OBJETS PERSONNELS DE VALEUR**

La chambre du résident est un lieu privé dans lequel il a toute liberté pour garder son argent, ses bijoux et/ou tout autre objet de valeur et ce, sous sa responsabilité exclusive.

En tenant compte de l'état de santé mental du résident, il est recommandé au représentant légal ou à la personne de confiance, de procéder à la mise en lieu sûr de ses biens ou de contracter une assurance complémentaire « dommages aux biens et objets personnels ».

A défaut, pour protéger les résidents contre les risques de perte, de vol ou de disparition d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur, ceux-ci peuvent être déposés dans le coffre de l'établissement, la liste et la nature seront alors consignés sur le cahier de dépôt des objets de valeur (cf annexe : modalités de dépôt des objets de valeur). Lorsque le résident décide de conserver auprès de lui un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés au coffre sans l'accord des responsables de la structure, l'établissement ne saurait être considéré comme responsable de la perte, du vol ou de la détérioration de ces choses mobilières que si une faute est établie à l'encontre de ce dernier.

## **12. RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS**

Les parties attestent avoir pris connaissance des obligations du présent contrat et de ses annexes et s'engagent mutuellement à les respecter.

En cas de litige, les parties recherchent une solution amiable.

Un entretien en présence du résident et/ ou, le cas échéant, de son représentant légal et du responsable de l'établissement ou de tout autre délégué de l'Association, est organisé à cette fin.

A défaut de ne pouvoir organiser cet entretien, une correspondance par lettre recommandée avec accusé de réception se met en place.

En l'absence de conciliation, plusieurs possibilités s'offrent au résident et / ou à l'établissement :

- conformément à l'article L.311-5 du CASF, le résident ou, le cas échéant, son représentant légal a la possibilité de saisir une personne qualifiée choisie sur la liste départementale établie par le Préfet du Département, le Président du Conseil Départemental et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé; cette liste est affichée au sein de la résidence,
- conformément à l'ordonnance du 20 août 2015, le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, peut solliciter auprès du responsable de l'établissement ou de tout autre délégué de l'Association, le recours au médiateur de la consommation. Ce dispositif de médiation a pour objectif de régler les litiges entre professionnels et consommateurs dans tous les secteurs d'activité.
- le résident pourra également faire appel à la médiation orchestrée par le Défenseur des droits ; les coordonnées du Défenseur sont disponibles auprès de l'accueil de la résidence.

Quand la procédure amiable a échoué, le résident et / ou son représentant légal, la famille du résident, l'établissement, pourront faire appel à la juridiction compétente en application des règles de droit commun.

### 13. XIII PIÈCES JOINTES AU CONTRAT

- 20 annexes à compléter et à signer,
- le livret d'accueil de l'établissement,
- le règlement de fonctionnement de l'établissement,
- la charte des droits et libertés de la personne âgée :

Documents dont le résident, et / ou son représentant légal ou la personne expressément mandatée par le résident déclarent, avant signature, avoir reçus et pris connaissance du contrat de séjour en recopiant la mention manuscrite suivante : *« Je déclare avoir pris connaissance de toutes les dispositions de ce contrat de séjour et des annexes, avoir reçu un exemplaire des documents joints et les accepter »*.

*Après avoir paraphé chaque page par les initiales (nom et prénom), apposer la signature précédée de la mention : « lu et approuvé »*

*Fait à Grenoble en double exemplaire le .....*

*Pour l'établissement,  
le responsable de  
l'établissement ou son  
délégué*

*Le résident ou son  
représentant légal*

*La famille ou le  
représentant légal comme  
caution solidaire<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> En cas de défaillance du résident dans le paiement de ses frais de séjour, la famille ou le représentant légal se portent caution pour subvenir à la défaillance financière du résident



# Annexes

# SOMMAIRE

**ANNEXE 1** : Acte de cautionnement solidaire

**ANNEXE 2** : Interventions d'associations et de bénévoles

**ANNEXE 3** : Conditions de facturation

**ANNEXE 4** : Fourniture des produits d'hygiène corporelle

**ANNEXE 5** : Dispositifs médicaux

**ANNEXE 6** : Autorisation : Droit à l'image et dispositif de vidéo-vigilance

**ANNEXE 7** : Etats des lieux

**ANNEXE 8** : Apport, inventaire, marquage et entretien du linge

**ANNEXE 9** : Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir

**ANNEXE 10** : Modalités de dépôt des objets de valeur

**ANNEXE 11** : Modalités d'entrée et de sortie en UPG et PASA

**ANNEXE 12** : Accord de prestation pharmaceutique

**ANNEXE 13** : Prise en charge des soins et dispositifs médicaux

**ANNEXE 14** : Réservation de chambre pour séjour temporaire

**ANNEXE 15** : Réservation de chambre pour séjour permanent

**ANNEXE 16** : Socle des prestations d'hébergement

**ANNEXE 17** : Proposition de trousseau

**ANNEXE 18** : Directives anticipées

**ANNEXE 19** : Désignation de la personne de confiance

**ANNEXE 20** : Restauration

## ANNEXE 1 : ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Je soussigné(e),  
Madame/Monsieur.....  
né(e) le / / à .....  
demeurant à .....  
.....  
Profession : .....  
Lien de parenté avec le/la résident(e) : .....

Déclare me porter caution solidaire aux conditions et termes du présent acte de :  
Madame/Monsieur : .....  
né(e) le / / à .....  
Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) : .....  
et demeurant .....  
(Inscrire les coordonnées de l'Association ou l'établissement concerné)

Atteste avoir pris connaissance des différentes clauses et conditions du contrat de séjour et de ses annexes, et en particulier du cout des frais de séjour qui s'élèvent à .....  
..... € (en chiffres et en lettres) par jour et qui sont susceptibles de varier dans les conditions prévues au dit contrat.

Déclare, par le présent acte, se porter caution solidaire envers l'Association Arbres de Vie, pour le paiement de toutes les sommes qui lui seront dues par Mme/M ..... au titre du contrat susvisé et ses annexes, et dans les conditions qui y sont prévues.

Déclare, en conséquence, être tenu solidairement avec Mme/M ....., débiteur principal, au paiement des sommes précitées et renoncer expressément au bénéfice de discussion et de division, tant avec le débiteur principal qu'avec tous ses coobligés.

Reconnait que le présent cautionnement solidaire est de nature indéterminée et est donné sans limitation de durée et pour tout le temps ou Mme/M ..... demeurera résident(e).

Déclare, pour le cas où le contrat de séjour serait renouvelé, que le cautionnement s'appliquera au nouveau contrat de séjour et au coût des frais afférents qui seraient modifiés dans le cadre de ce nouveau contrat.

Déclare que les obligations nées du présent acte étant indivisibles, il y aura, en cas de décès du soussigné, solidarité et indivisibilité entre tous les héritiers ou ayants droits pour l'exécution des obligations résultant du présent acte de cautionnement.

**Ajouter la mention manuscrite**

En me portant caution solidaire de Mme/M . . . . ., dans la limite des sommes dues au titre de son séjour, couvrant le paiement du prix principal et des frais annexes, des intérêts et, le cas échéant, des pénalités ou intérêts de retard et pour la durée de son séjour, je m'engage à rembourser au créancier les sommes dues sur mes revenus et mes biens si Mme/M . . . . . n'y satisfait pas lui-même. En renonçant au bénéfice de discussion défini à l'article 2298 du Code Civil et en m'obligeant solidairement avec Mme/M . . . . . je m'engage à rembourser le créancier sans pouvoir exiger qu'il poursuive préalablement Mme/M. . . . .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à .....

Le / /

Signature du cautionnaire :

## **ANNEXE 2 : INTERVENTIONS D'ASSOCIATIONS ET DE BENEVOLES**

L'article 7 de la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante sur la liberté d'expression et de conscience précise : « *Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix* ».

Les documents à remplir ci-après s'inscrivent aussi dans le cadre de la loi 2002-2, dans le cadre du respect du libre choix et du consentement éclairé de la personne.

Ainsi, nous vous demandons de nous signifier votre accord ou votre désaccord pour ce qui concerne l'intervention des bénévoles de différentes associations auprès de vous-même, de votre parent ou de la personne dont vous êtes tuteur.

Seule la personne pour laquelle nous avons eu un accord sera visitée par ces bénévoles. Pour rappel, ceux-ci portent un badge précisant à quelle association ils appartiennent.

Vous pouvez à tout moment changer d'avis et nous le faire alors savoir au secrétariat.

L'association ARBRES DE VIE a signé des conventions avec différentes associations de bénévoles.

---

**Je soussigné(e) : Madame Monsieur :** .....

Agissant en qualité de :

Résident(e)

Parent de Mme/M (préciser la filiation) : .....

Tuteur/rice ou curateur/rice de Mme/M : .....

**Donne**  **Ne donne pas**

**mon accord pour que Mme/M.....participe aux activités avec les bénévoles intervenant dans les établissements de l'Association Arbres de Vie.**

Fait à Grenoble, le : .....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »*

NOM :                      Signature :

## ANNEXE 3 : CONDITIONS DE FACTURATION

Annexe contractuelle relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation de l'établissement applicables le jour de la signature du contrat de séjour.

A noter que ces prix sont mis à jour à chaque nouvel arrêté fixé par les autorités de tarification.

**A la date du 1<sup>er</sup> juillet 2017, les tarifs journaliers applicables par jour et par résident s'élèvent à :**

- *Montant du « tarif hébergement permanent » : 69,11 €*
- *Montant du « tarif hébergement temporaire » : 72,57 €*
- *Montant du « tarif hébergement des – de 60 ans » : 90,11 €*
- *Montant du « tarif absence » :*  
*(inclus dans le tarif hébergement et déduit pendant les congés)*

Forfait hospitalier : 20 € - Forfait hospitalier en service psychiatrique : 15 €

Forfait journalier : 20 € (loi n°83-25 du 19/01/1983, cf RDAS de l'Isère)

- *Montant du « ticket modérateur dépendance » (GIR 5/6) : 6,61 €*  
*(à la charge des résidents et déduit pendant les absences)*

**Tarifs journaliers de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui peut être pris en charge par le Conseil Départemental du lieu d'habitation du résident**

- *APA GIR 1-2 : 24,55 €*
- *APA GIR 3-4 : 15,59 €*

**Prix fixés par les organismes de tarification par arrêté.**

Fait à Grenoble en 2 exemplaires le : .....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »*

**Le responsable de l'EHPAD  
ou son représentant**

NOM :

SIGNATURE :

**Le résident  
ou son représentant légal**

NOM :

SIGNATURE :

## **ANNEXE 4 : FOURNITURE DES PRODUITS D'HYGIENE CORPORELLE**

Les produits d'hygiène doivent être fournis par le résident ou sa famille (gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, pastille à dentier, colle, mousse à raser, rasoirs, peigne et brosse à cheveux).

## ANNEXE 5 : DISPOSITIFS MEDICAUX

Durant toute la durée de votre séjour les dispositifs médicaux\* sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.

### Préalablement à votre admission dans l'EHPAD :

Nous vous invitons, si tel est le cas, à vous rapprocher du prestataire qui vous loue du matériel médical (lit médicalisé, déambulateur, lève personne, fauteuil roulant, appareil respiratoire, aérosol, etc.). Afin de l'informer du fait que vous envisagez de rentrer en EHPAD et de discuter la suspension temporaire ou définitive de la location de ce matériel dès votre admission.

Dans le cas, où vous continueriez à louer du matériel à un prestataire ou que vous achèteriez directement du matériel relevant des dispositifs médicaux pendant votre séjour, **les coûts afférents vous seront opposables.**

### Lors de votre admission

Le service médical établit un bilan des dispositifs médicaux nécessaires à votre accompagnement, notamment du matériel que vous utilisez et de son utilité dans l'établissement. Cela permettra de mettre en place les moyens nécessaires à votre situation qui sera réévaluée si besoin.

▫ **Résident(e) :**

Je soussigné(e) Mme/M : .....

▫ **Représentant(e) légal(e) :**

Je soussigné(e) Mme/M : .....  
représentant(e) légal(e) de Mme/M : .....

Déclare, après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, être informé(e) du fait que si pendant le séjour dans l'établissement nous louons ou achetons « nous-mêmes » du matériel ou des produits relevant des dispositifs médicaux, leurs coûts resteront à notre charge, et cela même en cas de prescription par le médecin traitant.

Fait à Grenoble, le .....

Signature + **mention « lu et approuvé »**

\* LA LISTE DES DISPOSITIFS MEDICAUX EST CONSULTABLE AU SECRETARIAT OU SUR LE SITE INTERNET : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)



## **ANNEXE 6 : AUTORISATION : DROIT A L'IMAGE ET DISPOSITIF DE VIDEO-VIGILANCE**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (nom du/de résident(e) ou du/de la représentant(e) légal(e)) :

.....

### **AFFICHAGE DU NOM**

- Autorise** l'établissement à utiliser et afficher mon nom dans l'enceinte de l'établissement.
- Refuse** à l'établissement d'utiliser et d'afficher mon nom dans l'enceinte de l'établissement.

### **UTILISATION DE L'IMAGE**

- Autorise l'établissement**, à réaliser des prises de vues de ma personne, également à reproduire, publier ou promouvoir ces images sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation. Cette utilisation est valable pour une utilisation interne mais également tous les autres supports réalisés par l'établissement, sans limitation de quantité, de lieux, de pays.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des images ne devront pas porter atteinte à mon image et/ou à ma réputation.

Je suis informé(e) que je conserve la possibilité de revenir à tout moment sur l'autorisation délivrée.

- Refuse à l'établissement** de réaliser des prises de vues de ma personne.

### **UTILISATION DE LA VIDEO-VIGILANCE AU SEIN DES CHAMBRES DES UNITES PROTEGEES**

Pour raison juridique de protection des résidents(e), les images enregistrées par le système de vidéo-vigilance (présent au sein de chambre des unités protégées) feront l'objet d'un cryptage avant d'être stockées. Elles ne seront accessibles, après décision du comité d'éthique et de contrôle (C.E.C), que dans les cas suivants :

- à la demande expresse des familles et du/de représentant(e) légal(e),
- à des fins diagnostiques pour le personnel médical traitant le/la résident(e),
- aux autorités judiciaires en cas de contentieux.

Aucune image recueillie par le système de vidéo surveillance ne pourra faire l'objet d'une diffusion publique, ou médiatique, de quelque nature qu'elle soit, la seule diffusion autorisée par la présente étant à des fins de justifications aux familles de résidents, aux membres du corps médical ou aux représentants des pouvoirs publics et organismes sociaux.

Le résident ou son représentant légal bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification aux informations le concernant, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004. Ce droit d'accès ou de rectification peut être exercé auprès de la Direction.

- Autorise l'établissement à procéder à :**

- la surveillance de sécurité par le dispositif de vidéo-vigilance, dans le périmètre limité de ma chambre,
- l'enregistrement par le dispositif de vidéo-vigilance des images collectées au cours d'un incident me concernant,
- la conservation de ces images pour une durée de douze mois à compter de leur collecte sous l'autorité du Comité d'Ethique et de Contrôle (C.E.C.),
- la transmission des images enregistrées par le dispositif de vidéo-vigilance en vue d'améliorer les performances du système de surveillance.

Par la signature de la présente, le résident ou son représentant légal déclare consentir librement et sans réserve au traitement des seules informations et données personnelles pour lesquelles il donne autorisation à l'établissement.

- Refuse à l'établissement l'utilisation du dispositif de vidéo-vigilance au sein de ma chambre.**

Fait à Grenoble le .....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »*

NOM + PRENOM :

SIGNATURE :

## ANNEXE 7 : ETATS DES LIEUX

**Nom et prénom du résident :**
**Chambre n° :**

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| <b>ENTREE (date) :</b> | <b>SORTIE (date):</b> |
|------------------------|-----------------------|

**Remise des clés chambre/boite aux lettres\* :**  
 OUI     NON

**Restitution des clés chambre/boite aux lettres\* :**  
 OUI     NON

| ITEMS                               | ETAT ENTREE<br>(mauvais état - état moyen - bon état - très bon état) | ETAT SORTIE<br>(mauvais état - état moyen - bon état - très bon état) | ACTIONS A MENER |
|-------------------------------------|---|---|-----------------|
| Rideau Blanc/rouge                  |   |   |                 |
| Fenêtre/ Volets roulants            |   |   |                 |
| Sols Chambre/Salle de bain          |   |   |                 |
| Murs Chambre/salle de bain          |   |   |                 |
| Eclairage Salle de bain             |   |   |                 |
| Eclairage chambre                   |   |   |                 |
| Lumière lecture                     |   |   |                 |
| Fonctionnement Chasse eau /Mitigeur |   |   |                 |
| Portes chambre/ Salle de bain       |   |   |                 |
| Portes placard                      |   |   |                 |
| Fauteuil/Chaise                     |   |   |                 |
| Adaptable                           |   |   |                 |
| Lit fonctionnement télécommande     |   |   |                 |
| Appel Malade Chambre/ Médaillon     |   |   |                 |

*\*En cas de perte, le coût du renouvellement des clés vous sera facturé.*

**L'EHPAD représenté par :**
**Le résident ou son représentant :**
**L'EHPAD représenté par :**
**Le résident ou son représentant**

 -----  
 Date :

Signature :

 -----  
 Signature :

Signature :

 -----  
 Date :

Signature :

 -----  
 Signature :

Signature :

## ANNEXE 8 : APPORT, INVENTAIRE, MARQUAGE ET ENTRETIEN DU LINGE

### 1) Apport

Le linge de toilette, les draps, les couvertures, les couvre-lits, traversins et oreillers sont fournis et entretenus **par l'établissement**. Le résident peut utiliser ses propres couvertures sous réserve de leur conformité à la norme non-feu (étiquettes ou documents des couvertures à fournir attestant de la norme non-feu), les couettes ne sont pas acceptées. Le linge personnel est fourni **par le résident**. De plus, il est renouvelé aussi souvent que nécessaire par le résident ou sa famille.

### 2) Inventaire et Marquage

Le linge personnel est fourni par le résident. L'ensemble du linge personnel doit être inventorié et étiqueté dès l'arrivée du résident par ce dernier, sa famille ou la personne de confiance. Dans le cas où le résident désire confier cette prestation aux lingères de l'établissement, cette prestation vous sera facturée **45€**. **Le marquage du réassort est gratuit.**

Si le/la résident(e) ou sa famille ou son/sa représentant(e) légal(e) refuse le marquage du linge, il en assure de fait l'entretien. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable de la perte du linge non marqué.

### 3) Entretien

Le linge personnel est entretenu par le prestataire lingerie (lavage, repassage, etc.) dans l'établissement, à l'exception des articles qui se lavent à la main, qui ne passent pas au sèche-linge :



(Exemples d'étiquettes des vêtements non pris en charge)

Le linge personnel délicat nécessitant un nettoyage particulier chez un blanchisseur ou un pressing extérieur est à la charge du résident ou de sa famille.

Fait à Grenoble le : .....

*Nom et signature du résident ou son représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé »*

NOM :

Signature :

## **ANNEXE 9 : MESURES INDIVIDUELLES PERMETTANT D'ASSURER L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET LA SÉCURITÉ DU RÉSIDENT ET DE SOUTENIR L'EXERCICE DE SA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR**

### **Annexe contractuelle entre :**

1. L'établissement : .....

Représenté par Mme/M .....  
.....

Situé au : .....

Et :

2. Monsieur/Madame [nom et prénom],.....  
résident de l'établissement.

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1, il est convenu ce qui suit :

### **Préambule :**

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, garantit au résident le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne. L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins du résident.

S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord du résident, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications

complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées. L'annexe est signée lors d'un entretien entre le résident et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le responsable de l'EHPAD ou son représentant.

### *Article 1<sup>er</sup> : Objet de l'annexe*

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au responsable de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure. Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

### *Article 2 : Equipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation du résident*

L'examen médical du résident est intervenu le : .....

Il a été réalisé par le docteur [prénom nom] : ....., médecin coordonnateur de l'établissement /médecin traitant du résident.

L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le : ..... afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

- °
- °

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par [prénom nom] ....., [fonction]..... au résident, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le [date] : .....

Le médecin a émis les observations suivantes : .....

.....  
.....

### *Article 3 : Mesures particulières prises par l'établissement*

Conformément à l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, « dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. »

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité du résident en maintenant le contact avec

lui et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement du résident pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière du résident prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel le résident exprime son acceptation.

Mesures proposées :

Accord

Refus

***Article 4 : Durée de l'annexe***

La présente annexe est conclue pour une durée de : .....

Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

***Article 5 : Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour***

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été d'une manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

***Article 6 : Modalités de révision de l'annexe***

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du responsable de l'établissement, du médecin coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

Fait le..... A :

Madame/Monsieur (nom et prénom du/de la résident(e)) : .....

Signature :

Madame/Monsieur le/la responsable de l'établissement .....

Signature :

## **ANNEXE 10 : MODALITES DE DEPOT DES OBJETS DE VALEUR**

### **1- Responsabilités et dépôt**

Conformément à la loi n°92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et au décret d'application n°93- 550 du 27 mars 1993, les résidents peuvent déposer des biens auprès de l'établissement afin que celui-ci en assure la garde et la responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration. Les objets d'usage ou de valeur non déposés auprès de l'établissement et donc conservés par le résident auprès de lui demeurent sous la responsabilité de ce dernier. La responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée en cas de perte, de vol ou de détérioration sauf s'il est démontré une faute de surveillance ou d'organisation imputable à l'établissement. En aucun cas, le dépôt de biens, quelle que soit la nature des objets n'est obligatoire et le résident peut décider de conserver ses biens de valeurs ou autres auprès de lui dans sa chambre. Enfin, la procédure de dépôt permet au résident de déposer des biens et objets de valeur auprès de l'établissement ou de les conserver auprès de lui au cours de son séjour. Dans ce cas, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée que pour les biens qui ne consistent pas en des sommes d'argent, des titres ou valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur et à la condition que les formalités de dépôt aient bien été respectées et que le responsable de l'établissement ait expressément autorisé l'usager à conserver lesdits biens auprès de lui.

### **2- Procédure de dépôt**

Peuvent être déposés auprès du responsable de l'établissement :

- les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chéquiers, cartes de crédits, bijoux et objets précieux peuvent être déposés auprès du responsable de l'établissement
- les autres biens mobiliers dont la nature justifie la détention pendant le séjour (objets d'usage courant, papiers d'identité, clefs...).

Chaque dépôt fait l'objet d'un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés. Ce reçu est remis au résident et un exemplaire est mis dans son dossier. Pour les personnes hors d'état de manifester leur volonté, les formalités de dépôt sont effectuées par l'établissement et le représentant légal. Un inventaire est établi par le personnel de l'établissement et joint au dossier de la personne.

### **3 – Procédure de retrait des biens déposés**

Les biens déposés sont rendus à la demande du résident, de son représentant légal ou de toute personne mandatée par lui, sur présentation du reçu remis lors du dépôt. Les objets abandonnés à la sortie ou au décès du résident sont déposés auprès de l'établissement s'il n'avait pas été procédé à cette formalité au cours du séjour. La personne accueillie, son représentant légal ou sa famille en sont avisés. Les objets non réclamés seront remis dans un délai d'un an à la Caisse des Dépôts et Consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres, valeurs mobilières, bijoux et objets de valeurs ou, pour les autres biens mobiliers, au Service des domaines afin d'être mis en vente.



Mme/M.....

Représenté(e) par Mme/M .....  
.....

Reconnait avoir été informé (e) oralement des règles relatives aux biens et objets personnels, énoncées par ailleurs dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.

- L'intéressé (e) ou son/sa représentant(e) a effectué le dépôt de ses biens personnels dont la liste se trouve annexée au présent contrat.
- L'intéressé (e) ou son/sa représentant(e) n'a pas effectué de dépôt.

### **LISTE DES OBJETS DÉPOSÉS ET CONFIS À L'ÉTABLISSEMENT**

Je dépose et confie à l'établissement les objets suivants :

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Le résident s'engage à informer la direction de l'établissement de toutes donations ou prêts portant sur l'un des biens inventoriés.

Il est précisé qu'à défaut d'avoir porté à la connaissance de l'établissement la remise à un tiers de l'un de ses biens, au titre d'une donation ou d'un prêt, la responsabilité de l'établissement ne saurait être retenue en cas de perte ou de détérioration de ce même bien.

|  |   |
|--|---|
| <p>Les articles inscrits aux lignes :</p> <p>.....</p> <p>ont été remis à :</p> <p>.....</p> | <p>Les objets précieux inscrits aux lignes :</p> <p>.....</p> <p>ont été remis à :</p> <p>.....</p> |
|--|---|

**Je ne dépose ou ne confie aucun objet à l'établissement.**

Fait à Grenoble en 2 exemplaires le : .....

**Le responsable de l'EHPAD  
ou son représentant**

**Le résident  
ou son représentant légal**

## **ANNEXE 11 : MODALITES D'ENTREE ET DE SORTIE EN UPG et PASA**

### **1. Unité Psycho-gériatrique**

Les UPG (Unité Psycho-Gériatrique) s'intègrent dans le projet d'établissement comme une réponse adaptée à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ces unités basent leur fonctionnement sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ».

Nous disposons de deux Unités Psycho-Gériatrique (UPG) (de 14 personnes chacune et proposons des soins et des activités adaptés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères. Un personnel qualifié, formé, soutenu prend en charge les résidents admis en UPG, où est élaboré un projet de soins adapté. Le projet de vie personnalisé qui est réalisé pour chaque résident associe la participation des familles et des proches. Cette structure bénéficie d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de l'EHPAD.

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic médical ait été posé et son annonce faite,
- le consentement de la personne et/ou de son représentant légal ait été recherché,
- l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée sur la base des recommandations du cahier des charges national et de la grille NPI-ES.

L'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation par le médecin coordonnateur de l'EHPAD en liaison avec le médecin traitant,

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est recherchée par l'équipe soignante de l'unité pour la mise en œuvre des projets de vie et de soins. La famille ou l'entourage est informé des modalités de prise en charge du résident lors d'un entretien qui fera l'objet d'un compte rendu.

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UPG. La décision de sortie de l'UPG est prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, du médecin coordonnateur de l'EHPAD en lien avec le médecin traitant après information et recherche de consentement de la personne malade et/ou de son représentant légal et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fait l'objet d'une formalisation écrite.

## 2. Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

Le PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) s'intègre dans le projet d'établissement comme une réponse adaptée à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette unité base son fonctionnement sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ».

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont la capacité à accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés, grâce à un personnel qualifié et formé. Il y est élaboré un projet de soins adapté et un projet de vie personnalisé. L'environnement architectural de cette structure est adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite,
- le consentement de la personne (et/ou de son représentant légal) ait été recherché,
- les critères d'éligibilité à l'admission au sein du PASA, sont discutés en équipe sur la base du cahier des charges national et en tenant compte des critères de la grille nationale NPI-ES (Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante),
- le patient lors de l'admission au sein du PASA a gardé son autonomie locomotrice,
- l'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est recherchée par l'équipe pour la participation de la personne aux activités du pôle. Un entretien est organisé qui fait l'objet d'un compte rendu.

Les critères de sortie sont également discutés en équipe et présentés à la famille, la perte d'autonomie locomotrice, l'incompatibilité sociale, la non-participation active aux ateliers font partie des critères pouvant conduire à la réorientation du résident vers une prise en charge plus classique. Cette décision fait l'objet d'une formalisation écrite et l'approbation du résident et / ou de son représentant légal est recherchée.

## **ANNEXE 12 : ACCORD DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE**

Je, soussigné(e) Mme/M (résident(e) de l'établissement) .....

### **Résident(e) de l'établissement**

ou, Mme/M ....., représentant(e) légal(e) de Mme/M .....

### **déclare :**

- Avoir pris connaissance de l'engagement de l'établissement à signer une convention avec une pharmacie d'officine qui présente des garanties de sécurité et de traçabilité dans la chaîne des actions qui vont de la prescription par le médecin jusqu'à la distribution des médicaments par le personnel soignant.
- Accepter la dispensation de tout médicament par la pharmacie d'officine partenaire conventionnelle de l'établissement.
- Souhaiter la préparation éventuelle par la pharmacie d'officine partenaire des doses à administrer sur prescription du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement.
- Demander la destruction par la pharmacie d'officine partenaire, des médicaments éventuellement non utilisés.
- Autoriser le traitement des données informatiques par la pharmacie d'officine partenaire, dans le respect du secret professionnel.
- Bénéficier du droit d'accès et de rectification des informations personnelles via le responsable de l'établissement ou la pharmacie d'officine partenaire, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.
- Souscrire à ce service à titre gracieux, en conservant le libre choix permanent de la pharmacie d'officine.
- Etre informé(e) du fait qu'il m'est possible, à tout moment, de revenir sur cette autorisation et de choisir une autre pharmacie d'officine à la seule condition d'en informer l'établissement. Dans cette hypothèse, la personne est responsable de l'approvisionnement régulier des médicaments et de leur préparation quotidienne.

Nom prénom du/de la résident(e) ou du/de la représentant(e) légal(e) : .....

Adresse du/de la représentant(e) légal(e) : .....

Fait en deux exemplaires à Grenoble, le : .....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou de son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention : « Lu et approuvé »*

NOM :

SIGNATURE :

## **ANNEXE 13 : PRISE EN CHARGE DES SOINS ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

| <b>ACTES</b>  | <b>EHPAD ABBAYE<br/>Tarification partielle</b>  |
|---|---|
| <b>Consultation du médecin généraliste libéral intervenant dans l'établissement</b> | Honoraires des médecins généralistes (secteur 1) pris en charge par l'assurance maladie et la mutuelle via la carte vitale de chaque résident                       |
| <b>Consultation des auxiliaires médicaux libéraux (kiné, podologue, etc.)</b>       | Les soins prescrits par le médecin traitant et réalisés par les auxiliaires médicaux sont remboursés par l'assurance maladie via la carte vitale de chaque résident |
| <b>Consultation des médecins spécialistes</b>                                       | Honoraires des médecins spécialistes (secteur 1) pris en charge par l'assurance maladie et la mutuelle via la carte vitale de chaque résident.                      |
| <b>Transports sanitaires</b>  | Pris en charge par l'assurance maladie et la mutuelle via la carte vitale de chaque résident (selon la réglementation en vigueur)                                   |
| <b>Dispositifs médicaux</b>   | Dispositifs pris en charge par l'établissement ou l'assurance maladie selon la liste des prestations et produits définie par arrêté du 30.05.2008                   |
| <b>Actes de biologie et de radiologie</b>   | Les actes de biologie et de radiologie prescrits sont remboursés par l'assurance maladie selon la réglementation en vigueur   |
| <b>Soins dentaires</b>  | Pris en charge par l'assurance maladie et la mutuelle via la carte vitale de chaque résident  |

## **ANNEXE 14 : RÉSERVATION DE CHAMBRE POUR SÉJOUR TEMPORAIRE**

### **Le résident ou son représentant légal :**

Je soussigné(e) .....

Demeurant.....

.....

Confirme la réservation d'une chambre à l'E.H.P.A.D. ....

À dater du :     /     /

### **Le représentant légal :**

Pour le compte de Mme/M .....  
.....

**A cet effet je remets dès la signature de ce document la somme de 2 000 € au titre de dépôt de garantie. J'ai pris note que ce dépôt de garantie ne sera pas encaissé par l'établissement sauf en cas d'annulation. Les pénalités suivantes seront appliquées :**

- annulation 30 jours avant la date d'admission, les frais de réservation seront remboursés en totalité.
- annulation du 29<sup>ème</sup> au 12<sup>ème</sup> jour avant la date d'admission, une déduction de 30% sera effectuée sur le remboursement des frais de réservation, exceptée en cas de décès ou d'hospitalisation (justificatif à fournir).
- annulation du 11<sup>ème</sup> jour à la date d'admission, la totalité des frais de réservation sera conservée par l'établissement, excepté en cas de décès ou d'hospitalisation (justificatif à fournir).

**En cas d'annulation à l'initiative de l'établissement, le chèque de dépôt me sera rendu. J'ai pris note qu'à l'entrée du résident dans l'établissement, je réglerai par chèque la somme de 500 € au titre d'une caution.**

Fait à Grenoble le :.....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »*

**Le responsable de l'EHPAD  
ou son représentant**

NOM et PRENOM :

SIGNATURE :

**Le résident  
ou son représentant légal**

NOM + PRENOM :

SIGNATURE :

## **ANNEXE 15 : RÉSERVATION DE CHAMBRE POUR SÉJOUR PERMANENT**

### **Le résident ou son représentant légal :**

Je soussigné(e) .....

Demeurant.....

.....

Confirme la réservation d'une chambre à l'E.H.P.A.D. ....

À dater du :     /     /

### **Le représentant légal :**

Pour le compte de Mme/M .....  
.....

### **J'ai pris note qu'à l'entrée du résident dans l'établissement :**

- je réglerai par chèque la somme de ..... € au titre de dépôt de garantie.
- que la chambre peut être libérée à tout moment, en faisant un courrier de résiliation 1 mois avant la date de départ prévue. Dans tous les cas le « tarif hébergement » du mois de préavis sera dû à l'établissement quelle que soit la date de libération de la chambre.

Fait à Grenoble le : .....

*Nom et signature du/de la résident(e) ou son/sa représentant(e) légal(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »*

**Le responsable de l'EHPAD  
ou son représentant**

NOM et PRENOM :

SIGNATURE :

**Le résident  
ou son représentant légal**

NOM et PRENOM :

SIGNATURE :



## **ANNEXE 16 : SOCLE DES PRESTATIONS D'HEBERGEMENT**

|   |  |
|---|--|
| <b>Prestations d'administration générale</b>    | <b>1)</b> Gestion administrative de l'ensemble du séjour <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée,</li> <li>▫ état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement,</li> <li>▫ tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la CMU, CMU-C, l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.</li> </ul> |
|   | <b>2)</b> Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants  |
|   | <b>3)</b> Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.   |
| <b>Prestations d'accueil hôtelier</b>           | <b>4)</b> Mise à disposition de la chambre individuelle et des locaux collectifs.  |
|   | <b>5)</b> Accès à une salle de bains comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes.   |
|   | <b>6)</b> Fourniture des fluides (électricité, eau, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement.   |
|   | <b>7)</b> Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD   |
|   | <b>8)</b> Entretien et nettoyage des chambre pendant et à l'issue du séjour.   |
|   | <b>9)</b> Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs.  |
|   | <b>10)</b> Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts.   |
|   | <b>11)</b> Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre.  |
|   | <b>12)</b> Accès aux moyens de communication dans tout ou partie de l'établissement  |
| <b>Prestation de restauration</b>               | <b>13)</b> Accès à un service de restauration dont fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.  |
| <b>Prestation de blanchissage</b>               | <b>14)</b> Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien (le linge personnel des résidents n'est pas inclus dans ce socle minimal).  |
| <b>Prestation d'animation de la vie sociale</b> | <b>15)</b> Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement.  |
|   | <b>16)</b> Organisation des activités extérieures.   |

## **ANNEXE 17 : PROPOSITION DE TROUSSEAU**

Ce trousseau est donné à titre indicatif : il doit bien sûr tenir compte de vos habitudes vestimentaires et de votre état de dépendance :

- des dessous pour chaque jour de la semaine : 7 maillots de corps, 7 slips ou culottes, 7 combinaisons,
- 7 pyjamas ou chemises de nuit,
- 2 robes de chambre,
- 7 chemises et 7 pantalons ou robes à boutonnage avant,
- 2 gilets (si besoin : manteau, veste, imperméable),
- paires de chaussettes ou bas,
- 2 paires de chaussures,
- 2 paires de chaussons/pantoufles lavables (semelles antidérapantes) qui tiennent bien aux pieds,
- 4 serviettes de table.

Ce trousseau est à renouveler en fonction des besoins et à adapter en fonction des saisons.

## **ANNEXE 18 : DIRECTIVES ANTICIPEES**

### **Des directives anticipées, pour quoi faire ?**

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

### **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- **un modèle A pour les personnes en fin de vie/ayant une maladie grave**
- **un modèle B pour les personnes en bonne santé/n'ayant pas de maladie grave.**

Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale (mentionnées dans les modèles A et B) ?**

Oui et la fiche N°3 vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche N°3 pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

### **Avec qui en parler ?**

- **votre médecin** pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments.
- **votre personne de confiance**, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le **site de la Haute Autorité de Santé** qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devront respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous

ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans certains cas exceptionnels :

- le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

### **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

### **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

Si un « **dossier médical partagé\*** » a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à  **votre médecin**  qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom. Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à  **votre « personne de confiance »** , à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

**L'essentiel, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.**

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

*\*Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.*

## FICHE N°3 : Directives anticipées non médicales

### Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil (*joindre la copie de l'autorisation*) :

- j'ai l'autorisation du juge :  Oui  Non
- du conseil de famille :  Oui  Non

### Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

Fait le ..... à .....

Signature :

## Modèle A :

- Je suis atteint d'une maladie grave       Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

**1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).** J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

### **2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.**

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :  OUI  NON
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :  OUI  NON
- Une intervention chirurgicale :  OUI  NON
- Autre : ....

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :  OUI  NON
- Dialyse rénale :  OUI  NON
- Alimentation et hydratation artificielles :  OUI  NON
- Autre :

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

**3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.** En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le ..... à .....

**Signature :**

## Modèle B

Je pense être en bonne santé       Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

**1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).** J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

**2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.**

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

**3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.** En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le ..... à .....

**Signature**

## CAS PARTICULIER :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité:.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

**Signature :**

**Témoin 2 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité :.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

**Signature**



## Modification ou annulation de mes directives anticipées

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Je soussigné(e) : .....

**Déclare annuler mes directives anticipées datées du .....**

Fait le ..... à .....

### Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le « cas particulier ».

## **ANNEXE 19 : DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

### **1- Notice d'information** (*Article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles*)

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social (1) de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

#### *a) Quel est son rôle ?*

**Accompagnement et présence** : la personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, 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 médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale 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.

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

#### *b) 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.

Pour les personnes qui bénéficient **d'une mesure de protection judiciaire** (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné tutelle, curatelle), 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.

#### *c) 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.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant ci-dessous. Il

convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

d) 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 de désigner une personne de confiance. Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance, 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 sont à voir avec l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

e) Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant ci-dessous, 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 ou, le cas échéant, le document. 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. Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant ci-dessous, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

f) 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.

## 2- Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée dans 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 :  
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 serait 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.*

### 3- Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

**Je soussigné(e),** Nom et prénom :

Né(e) le :                    à :

**Désigne :** Nom et prénom :

Né(e) le :                    à :

Lien avec la personne :

Adresse :

Téléphone fixe :            professionnel :            portable :

E-mail :

**comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.**

Fait à,

Le :

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

*Partie facultative :*

▫ Par le présent document, j'indique également que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :  
**oui**  **non**

▫ Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  
**oui**  **non**

▫ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  
**oui**  **non**

Fait à,                    le :

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

#### 4- Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

**Je soussigné(e)** Nom et prénom :

Né(e) le :            à :

**Met fin à la désignation de** : Nom et prénom :

Né(e) le :            à :            Qualité (lien avec la personne) : Adresse :

Téléphone fixe :            professionnel :            portable :

E-mail :

**comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ; Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.**

Fait à,            le :            Signature :

## 5- Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Cas particulier : Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

### a) Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

Témoin 1

Ou

Témoin 2

Je soussigné(e) Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

**atteste que la désignation de :**

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée.

Fait à :

Le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

### *Partie facultative*

Je soussigné(e), nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code

**oui**  **non**

lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

**oui**  **non**

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

**oui**  **non**

Fait à :

le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

b) Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoin 1

Ou

Témoin 2

**Je soussigné(e),** Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que :

Nom et prénom :

**A mis fin à la désignation de**

Nom et prénom :

**Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles. Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.**

Fait à :

le:

Signature du témoin :



## 6- Modèle d'attestation relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e), Nom et prénom :

Fonction dans l'établissement :

**atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :**

Nom et prénom :

Né(e) le : à :

Attestation signée à, le :

Signature du directeur  
ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :

## 7- Formulaire de refus

**Je soussigné(e)** Nom et prénom :

Né(e) le :            à :

**Refuse ma désignation en tant que personne de confiance de :**

Nom et prénom :

Né(e) le :            à :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe :            professionnel :            portable :

E-mail :

Fait à,            le :            Signature :

## 8- Formulaire de renonciation

**Je soussigné(e),** Nom et prénom :

Né(e) le :            à :

**reconnais par la présente avoir été informé (e) de la possibilité de désigner une personne de confiance conformément aux articles L. 311-5-1- du Code de l'action sociale et des familles et / ou L. 1111-6 du Code de la santé publique. J'indique ne pas vouloir exercer ce droit pour le moment mais avoir été informé(e) de la possibilité d'en faire usage à tout moment, selon les modalités qui m'ont été exposées dans l'annexe 1.**

Fait à,            le :            Signature :

## ANNEXE 20 : RESTAURATION

### Horaires des repas :

| Petit déjeuner | De 7h30 à 9h00 |
|----------------|----------------|
| Déjeuner       | A 12h00        |
| Goûter         | A 15h00        |
| Dîner          | A 18h00        |

### Tarifs des repas pour les invités :

|          | Semaine | Week-end |
|----------|---------|----------|
| Déjeuner | 8 €     | 12 €     |

### Procédure :

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Qui prévenir ?</b>       | Remplir le cahier qui se situe au secrétariat |
| <b>Quand prévenir ?</b>     | 48h à l'avance                                |
| <b>Méthode de règlement</b> | Le jour du repas auprès du secrétariat        |
| <b>Moyen de paiement</b>    | Chèque ou espèces                             |