



CONTRAT DE SEJOUR



Accueil de Jour

25 Avenue Carnot
37150 BLERE

☎ : 02 47 30 85 00 - 02 47 30 85 61

📠 : 02 47 30 37 65

@ : ssiad@ehpad-blere.fr

www.ehpad-blere.fr

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
1. DURÉE DU SÉJOUR	4
2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT	4
2.1 LA RESTAURATION	5
2.2 L'ANIMATION ET ACTIVITES THERAPEUTIQUES	5
2.3 TRANSPORT	5
2.4 SOINS	5
3. CRITERES D'ENTREE ET DE SORTIE	6
4. COÛT DU SÉJOUR	6
4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT	6
4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE	7
4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS.....	7
5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION	7
6. RÉSILIATION DU CONTRAT	8
6.1 RÉSILIATION VOLONTAIRE AVANT LE TERME DU CONTRAT	8
6.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT	8
6.2.1 <i>INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL</i>	8
6.2.2 <i>RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU</i> <i>INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE</i>	8
6.2.3 <i>RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT</i>	9
7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES	9
8. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR	10
9. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR	11

PRÉAMBULE

Ce contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et de l'utilisateur. Il a reçu un avis favorable des instances de l'établissement.
Il est à signer en deux exemplaires (un pour l'utilisateur et un pour l'établissement).

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD de Bléré situé 25 avenue Carnot 37150 BLERE, représenté par sa Directrice Madame Aude BELFILS

Et d'autre part, (* Rayer la mention inutile)

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / _____ à _____

GIR : _____ TARIF : _____

Dénommé(e) l'utilisateur dans le présent document,
Le cas échéant, représenté(e) par :

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / _____ à _____
Lien de parenté : _____

Adresse de facturation :

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ...)

Il est convenu ce qui suit :

1. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter de la date d'admission le : __ / __ / ____.

Le présent contrat est conclu dans le cadre d'un accueil de jour.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés valide ou semi-valide peut être accueillie en accueil de jour, du lundi au vendredi sauf les jours fériés, de 9H à 17H00 au sein de locaux dédiés sur le site de l'EHPAD, selon la répartition suivante :

Jours	Mois de	Mois de	Mois de
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Toute modification de la programmation doit être décidée en accord avec l'infirmière coordonnatrice. En cas d'impossibilité de venir (hospitalisation, maladie), veuillez prévenir au 02 47 30 85 00.

2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « **Règlement de Fonctionnement** » remis à l'utilisateur.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant au présent contrat.

Toute modification résultant d'une décision des autorités de tarification (Agence régionale de santé - ARS, Conseil général - CG) et qui s'impose à l'établissement, fait l'objet d'une inscription modificative au « livret d'accueil » et/ou au présent « contrat de séjour ». Elle est portée à la connaissance de l'utilisateur ou de son représentant.

2.1 LA RESTAURATION

La restauration est assurée selon les modalités précisées dans le règlement de fonctionnement aux articles 4.1 et 4.2.2.

Les repas sont servis dans la salle à manger de l'Accueil de jour :

Le déjeuner	entre 11 h 45 et 13 h 30
Une collation est servie	entre 15 h 00 et 16 h 00

Ces horaires sont susceptibles de modification en fonction des modalités de service et du rythme de vie des personnes accueillies.

Le tarif comprend les frais de restauration.

2.2 L'ANIMATION ET ACTIVITES THERAPEUTIQUES

L'animation est proposée dans le respect du règlement de fonctionnement (article 4.1.4).

Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à facturation.

Au cas par cas, seront signalées les prestations ponctuelles d'animation (voyages, sorties ...) et, s'il a lieu, les conditions financières de participation.

2.3 TRANSPORT

Les agents de l'accueil de jour assureront les transports le matin (entre 9 heures et 10 heures) et le soir (entre 16 heures et 17 heures).

2.4 SOINS

M. / Mme (Nom, prénom) _____

apportera ses médicaments pour le midi, dans leurs boîtes respectives, son ordonnance complète, sa carte vitale, son attestation ainsi que sa carte de mutuelle.

Les soins d'hygiène corporelle, les soins infirmiers (injections, pansements...) auront été effectués à son domicile avant son arrivée dans le service.

3. CRITERES D'ENTREE ET DE SORTIE

Conditions d'entrée :

La personne est diagnostiquée comme ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées à un stade léger à modéré.

La personne peut tirer profit de la prise en charge proposée : elle ne montre pas un mal être significatif : repli sur soi, agressivité, agitation, pleurs, cris....

Conditions de sortie

La personne est en perte de ses capacités physiques.

La personne ne tire plus profit de la prise en charge et exprime un mal être : repli sur soi, agressivité, agitation, pleurs, cris....

L'évaluation d'une éventuelle sortie

Une sortie de l'accueil de jour se réfléchit en équipe avec le personnel soignant, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et le psychologue.

4. COÛT DU SÉJOUR

4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT

Les frais d'hébergement sont facturables selon une tarification fixée par l'établissement.

Le prix de journée prend effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Chaque année, l'arrêté fixant le prix de journée est affiché dans l'établissement sur le panneau « Affichage familles ».

Ils sont payés mensuellement, en terme échu, auprès du Trésor Public.

Le prix de journée comprend entre autre :

- la nourriture
- le chauffage
- l'éclairage (nature des prestations obligatoires)
- l'entretien des locaux
- dépenses du personnel
- les intérêts des emprunts
- les amortissements du matériel et des constructions
- le transport.

4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Ils englobent une fraction des dépenses de personnel, et viennent en sus des frais d'hébergement.

Ils sont fixés par le Président du Conseil Départemental d'Indre et Loire.

Il existe trois tarifs correspondant à trois groupes de dépendance appelés « *Groupes Iso Ressources* » (GIR), qui sont classés du plus dépendant au plus valide : GIR 1/2 - GIR 3/4 - GIR 5/6. Ces groupes sont définis au travers d'une grille d'évaluation nationale.

L'appartenance d'un usager à l'un des groupes est déterminée, à l'entrée dans l'établissement.

En fonction des ressources de l'usager, le Conseil Départemental prend en charge une partie des frais de dépendance au titre de l'APA suivant la notification reçue à domicile.

Pour bénéficier de la prise en charge au titre de l'APA, il sera nécessaire d'envoyer la facture acquittée au Conseil Départemental.

L'établissement facture l'intégralité du tarif correspondant au GIR de l'usager.

4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS

Le montant des forfaits soins attribué à l'établissement couvre :

- la rémunération des A.S.
- le petit matériel et les dispositifs médicaux
- les amortissements du matériel médical.

5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

En cas d'absence pour convenances personnelles (autres que des motifs liés à une hospitalisation, maladie), il est demandé de prévenir au moins 48h à l'avance. En cas de non-respect de ce délai, la journée sera due.

La facturation s'arrête à la fin du préavis ou du contrat, le cas échéant.

Il sera nécessaire de prévenir l'infirmière coordonnatrice au 02.47.30.85.00 ou par mail : ssiad@ehpad-blere.fr

6. RÉSILIATION DU CONTRAT

6.1 RÉSILIATION VOLONTAIRE AVANT LE TERME DU CONTRAT

A l'initiative de l'utilisateur ou de son représentant légal, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

Notification est faite à la Direction de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 48 heures calculées à partir de la date de réception par l'établissement.

La facturation court jusqu'à échéance du préavis.

6.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

6.2.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé de l'utilisateur ne permet plus le maintien en accueil de jour, la Direction et l'infirmière coordonnatrice prennent toute mesure appropriée en concertation avec l'utilisateur ou son représentant légal, son entourage et le médecin traitant.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les règles de facturation définies au chapitre 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la fin du préavis.

6.2.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre l'infirmière coordonnatrice et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix.

En cas d'échec de cet entretien, le Directeur prend, dans un délai de 48 heures sa décision définitive quant à la résiliation du Contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'utilisateur et/ou à son représentant légal.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la fin du préavis.

6.2.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT

Tout retard de paiement entraîne la mise en œuvre de la procédure de recouvrement par le Comptable du Trésor Public et le directeur de l'établissement. Cette procédure peut conduire à la résiliation du présent Contrat notifié à l'utilisateur ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception. Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la fin du préavis.

7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES

En qualité d'établissement public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

La responsabilité personnelle de l'utilisateur ou de son représentant légal, est engagée en cas de dommage qu'il pourrait causer à une autre personne hébergée au sein de l'Etablissement ou à un membre du personnel. Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause, l'utilisateur souscrit une assurance responsabilité civile dont il justifie auprès de l'établissement lors de l'admission.

D'autre part, au titre de l'assurance des biens et objets personnels, l'utilisateur :
(Mettre une croix dans la case correspondante)

A souscrit une assurance dommages dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement.

N'a pas souscrit d'assurance à la signature du contrat mais s'engage à délivrer une copie de la quittance dans le cas où il viendrait à en souscrire une.

L'utilisateur, par le présent contrat, est informé de la possibilité qui lui est faite de déposer auprès du Régisseur de l'établissement les objets de valeurs (bijoux, valeurs mobilières...) ou argent, carte de crédit, livret d'épargne ... pour être remis au Trésor Public.

Un reçu sera délivré au utilisateur ou à son représentant légal pour permettre un retrait éventuel.

En l'absence de dépôt, la responsabilité de l'établissement est dérogée en cas de perte, de vol ou de détérioration partielle ou totale des biens ou objets personnels de l'utilisateur.

Recours :

Les personnes qualifiées

En vue de l'aider à faire valoir ses droits, l'utilisateur ou son représentant légal peut aussi faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisie sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur de l'Agence régionale de santé et le président du Conseil Général.

Cette liste est affichée à l'entrée de l'établissement.

8. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Toutes dispositions du présent Contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour fera l'objet d'un avenant.

• **Ce contrat est établi conformément aux textes suivants :**

- Code de la santé publique ;
- Code de l'action sociale et des familles.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n°2010-1731 du 30 septembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Décret n°2011-1047 du 30 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD
- Aux délibérations du Conseil d'administration.

9. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de la description des prestations, des conditions financières et de conditions de résiliation du présent contrat,

- **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont l'utilisateur et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer de l'utilisateur (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 3**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 4**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 5**)

- **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si l'utilisateur en a souscrit une.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.
Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice, 
--	--	---

EXEMPLAIRE USAGER

9. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de la description des prestations, des conditions financières et de conditions de résiliation du présent contrat,

- **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont l'utilisateur et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer de l'utilisateur (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 3**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 4**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 5**)

- **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si l'utilisateur en a souscrit une.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.

Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice, 
--	--	---

EXEMPLAIRE EHPAD

ENGAGEMENT DE PAYER

A COMPLETER PAR LE NOUVEL USAGER OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), M. /Mme (Nom, prénom)

Agissant en qualité de :

usager de l'E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M _____ ,

usager de l'E.H.P.A.D de BLERE.

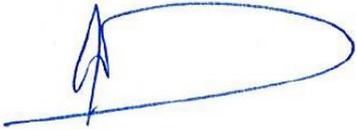
Déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions d'admission, du coût du séjour, des modalités de facturation, de résiliation, des responsabilités respectives de chacun des signataires et en accepter les clauses et principes.

J'atteste de plus avoir reçu une copie de la charte des droits et libertés des personnes âgées hébergées en institution, un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Bléré.

Mention manuscrite obligatoire à recopier

M'engage à régler auprès du Comptable du Trésor Public les frais qui m'incombent à réception du titre de recette émis par l'EHPAD de Bléré.

Fait à _____ le _____

<p>Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)</p>	<p>Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)</p>	<p>Signature de la Directrice,</p> 
--	--	---

ENGAGEMENT DE PAYER

A COMPLETER PAR LE NOUVEL USAGER OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), M.....

Agissant en qualité de :

usager de l'E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M _____ ,

usager de l'E.H.P.A.D de BLERE.

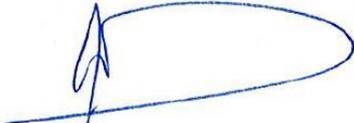
Déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions d'admission, du coût du séjour, des modalités de facturation, de résiliation, des responsabilités respectives de chacun des signataires et en accepter les clauses et principes.

J'atteste de plus avoir reçu une copie de la charte des droits et libertés des personnes âgées hébergées en institution, un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Bléré.

Mention manuscrite obligatoire à recopier

m'engage à régler auprès du Comptable du Trésor Public les frais qui m'incombent à réception du titre de recette émis par l'EHPAD de Bléré.

Fait à _____ le _____

<p>Signature de l'usager ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)</p>	<p>Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)</p>	<p>Signature de la Directrice,</p> 
---	--	---

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante à votre choix)

d'utilisateur

de représentant

Autorise, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de BLÉRE, la diffusion de mon image :

A l'intérieur de l'établissement

Dans les médias.

N'autorise pas, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de BLÉRE, la diffusion de mon image :

A l'intérieur de l'établissement

Dans les médias.

BLÉRE le _____

Signature :

A conserver par l'EHPAD

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Dès votre pré-admission, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Cette désignation durera le temps de votre séjour, néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit.

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Souhaite désigner une personne de confiance OUI NON

Souhaite désigner comme personne de confiance

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Je confirme que je ne suis pas protégé(e) par une mesure de tutelle.

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné(e) Mme, M.....

reconnait avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de M.....

Fait à BLÉRÉ, le _____

Signatures (de l'utilisateur et de la personne de confiance) précédées de la mention « Lu et approuvé »

DIRECTIVES ANTICIPEES (1/2)

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

J'ai bien pris note que ces directives sont valables 3 ans à compter de la signature.

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté :

Respiration artificielle : Oui Non Je ne sais pas

(Une machine aide à la respiration)

Réanimation cardio-respiratoire : Oui Non Je ne sais pas

(Massage cardiaque, choc électrique pour faire repartir le cœur)

Alimentation artificielle : Oui Non Je ne sais pas

(Une sonde placée dans le tube digestif en passant par le nez ou directement à travers la paroi abdominale)

Opération chirurgicale : Oui Non Je ne sais pas

Technique ou médicament :

.....

Autre demande (religieuse...) :

.....

Date : __ / __ / ____

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins que ce document est fidèle à l'expression de votre volonté libre et éclairée. Cette attestation figure sur la page suivante.

DIRECTIVES ANTICIPEES (2/2)

Renouvellement des directives anticipées :

Oui je renouvelle mes directives anticipées

Date : __ / __ / ____

signature :

Modification des directives anticipées :

Oui je souhaite modifier mes directives anticipées.

Dans ce cas, remplir une nouvelle fiche

Révocation des directives anticipées :

Oui je souhaite révoquer mes directives anticipées

Date : __ / __ / ____

signature :

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date : __ / __ / ____

Signature du médecin traitant :

Attestation en cas de recours à deux témoins par l'usager (c'est-à-dire si l'usager n'est pas capable de rédiger et de signer lui-même les directives anticipées) :

1^{er} témoin

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :.....

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :

Qualité :.....

Atteste que les directives anticipées en date du : __ / __ / ____

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme.....

Date : __ / __ / ____

signature :

2nd témoin

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Nom marital :.....

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :

Qualité :.....

Atteste que les directives anticipées en date du : __ / __ / ____

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme.....

Date : __ / __ / ____

signature :

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

1. CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

2. DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

3. UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

4. PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

5. PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

7. LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

8. PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

9. DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

10. QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

11. RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

13. EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

14. L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Fondation Nationale de Gérontologie

DROITS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION

Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale.

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : logements - foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de soins de longue durée, etc....

1 - Tout usager doit bénéficier des dispositions de la Charte des Droits et des Libertés spécifiques aux personnes âgées dépendantes.

2 - Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans son accord.

3 - Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée de l'utilisateur doivent être respectées

4 - L'utilisateur a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.

5 - L'institution devient le domicile de l'utilisateur. Il doit y disposer d'un espace personnel.

6 - L'institution est au service de l'utilisateur. Elle s'efforce de répondre à ses besoins.

7 - L'institution encourage les initiatives de l'utilisateur. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.

8 - L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé de l'utilisateur. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, l'utilisateur doit en être préalablement informé.

9 - L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, horaires de visites souples, possibilités d'accueil pour quelques jours.

10 - Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.) l'utilisateur doit retrouver sa place dans l'institution.

11 - Tout usager doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.

12 - Le droit à la parole est fondamental pour les usagers.