



# CONTRAT DE SEJOUR



# EHPAD DE BLERE

25 Avenue Carnot  
37150 BLERE

☎ : 02 47 30 85 85

📠 : 02 47 30 37 65

@ : [accueilauverdiere@ehpad-blere.fr](mailto:accueilauverdiere@ehpad-blere.fr)  
[www.ehpad-blere.fr](http://www.ehpad-blere.fr)

## SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. DURÉE DU SÉJOUR</b> .....	<b>4</b>
<b>2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>4</b>
2.1 LES PRESTATIONS D'ADMINISTRATION GENERALE .....	4
2.2 LE LOGEMENT .....	5
2.3 LA RESTAURATION .....	5
2.4 LE LINGE ET SON ENTRETIEN .....	6
2.5 L'ANIMATION .....	6
2.6 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE .....	6
2.7 AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RÉSIDENT .....	7
2.7.1 LE TÉLÉPHONE .....	7
2.7.2 LE WIFI .....	7
2.7.3 LES SERVICES .....	7
2.7.4 LES TRANSPORTS .....	7
<b>3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE</b> .....	<b>7</b>
<b>4. COÛT DU SÉJOUR</b> .....	<b>8</b>
4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT .....	9
4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE .....	10
4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS .....	10
4.4 TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS .....	11
<b>5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION</b> .....	<b>13</b>
5.1 HOSPITALISATION .....	13
5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE .....	13
5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION .....	14
<b>6. RÉSILIATION DU CONTRAT</b> .....	<b>14</b>
6.1 DELAI DE RETRACTATION .....	14
6.2 RÉSILIATION VOLONTAIRE .....	14
6.3 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	14
6.3.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL OU AUX CONDITIONS D'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT .....	14
6.3.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE .....	15
6.3.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT .....	15
6.3.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS .....	16
<b>7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES</b> .....	<b>17</b>
<b>8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR (RESIDENT)</b> .....	<b>19</b>
<b>8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR (EHPAD)</b> .....	<b>21</b>

## PRÉAMBULE

Ce contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident. Il a reçu un avis favorable des instances de l'établissement.

Il est, dans un délai de quinze jours à compter de la date d'admission, à signer en deux exemplaires (un pour le résident 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 Madame Aude BELFILS, Directrice.

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

Monsieur\*, Madame\* \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Dénommé(e) le/la résidente(e) dans le présent document,  
Le cas échéant, représenté(e) par :

Monsieur\*, Madame\* \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse :

---

---

---

---

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

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 : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

La date d'admission du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation. Si le résident décide d'arriver à une date ultérieure, dans la limite de huit jours calendaires, des frais de réservation sont facturés.

## 2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « **Règlement de Fonctionnement** » remis au résident.

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 Départemental - CD) et qui s'impose à l'établissement, fait l'objet d'une inscription modificative au présent « contrat de séjour ». Elle est portée à la connaissance du résident ou de son représentant légal.

### 2.1 LES PRESTATIONS D'ADMINISTRATION GENERALE

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et de ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée (les frais de transport ne sont pas pris en charge).
- L'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement.
- 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 couverture maladie universelle, la couverture maladie universelle complémentaire, l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

## 2.2 LE LOGEMENT

A la date de la signature du contrat, la chambre n° \_\_\_\_\_ est attribuée à Monsieur\* ou Madame\* \_\_\_\_\_.

Cette attribution pourra évoluer dans les conditions fixées à l'article 1.2 du règlement de fonctionnement.

(\*Rayer la mention inutile)

L'établissement fournit l'électricité, le chauffage et l'eau. Il assure les tâches de ménage des chambres meublées par ses soins, les réparations du mobilier et de l'immobilier lui appartenant.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Il peut amener du mobilier personnel s'il le désire et si celui-ci est compatible avec les normes d'accessibilité et de sécurité incendie.

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée aux moyens de communication y compris internet au moins dans une partie de l'établissement.

## 2.3 LA RESTAURATION

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

Le petit déjeuner est servi en chambre, les repas en salles à manger. Le service en chambre est réservé aux personnes souffrantes et après avis médical.

Les horaires des repas sont décrits dans le règlement de fonctionnement.

Les résidents peuvent inviter leurs parents ou amis à déjeuner, en fonction des disponibilités du salon des familles (dans la limite de 8 personnes). La demande de repas doit être faite au plus tard 48 heures à l'avance, auprès du service administratif de l'établissement. Ces déjeuners sont servis à 12 heures.

Priorité sera donnée aux résidents dans l'incapacité de se déplacer à l'extérieur.

Pour des raisons de commodité, le service hôtelier propose un salon des familles par bâtiment et par jour. Il ne peut y avoir de salon des familles le jour de Noël et le jour de l'An.

Le prix de ces repas est validé chaque année par le Conseil d'administration de l'établissement.

Le tarif hébergement comprend les frais de restauration.

## 2.4 LE LINGE ET SON ENTRETIEN

Les modalités concernant l'entretien du linge sont précisées dans le règlement de fonctionnement à l'article 4.2.3.

Le linge plat, de toilette (draps, serviette de toilette, serviette de table...) est fourni, renouvelé et entretenu par l'établissement.

L'entretien du linge personnel de la personne hébergée peut être assuré par l'établissement et est compris dans le tarif hébergement le cas échéant.

Un trousseau minimum défini par l'établissement est fourni à l'admission.

Le linge personnel de la personne hébergée doit être identifié par ses soins ou sera marqué par l'établissement. Cette prestation de marquage est gratuite.

Le linge personnel doit être renouvelé aussi souvent que nécessaire.

## 2.5 L'ANIMATION

L'animation est proposée dans le respect du règlement de fonctionnement à l'article 4.1.

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 y a lieu, les conditions financières de participation.

## 2.6 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie, dans l'objectif de maintenir ou de rétablir le plus haut niveau possible d'autonomie, et recherche la participation de celui-ci chaque fois que possible.

Néanmoins, des aides partielles ou totales sont apportées au résident en fonction de son niveau d'autonomie évalué par une équipe pluridisciplinaire.

Elles concernent :

- Les transferts (lever, coucher...)
- La toilette
- La gestion de l'incontinence
- L'habillement et le déshabillage
- Les déplacements dans l'enceinte de l'établissement
- La restauration

et toute action favorisant le maintien de l'autonomie.

## 2.7 AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RÉSIDENT

### 2.7.1 LE TÉLÉPHONE

La chambre est équipée d'une prise de télévision, d'une prise de téléphone et dans les chambres de La Courtille d'une prise informatique (type RJ45).

L'installation du téléphone est à demander auprès du secrétariat, les frais sont à la charge du résident.

Les tarifs figurent en fin de document.

La redevance télévisuelle est à la charge du résident, le cas échéant.

### 2.7.2 LE WIFI

Les résidents peuvent naviguer sur internet via le WIFI. Les codes de connexion WIFI sont gratuits et à demander auprès du secrétariat.

### 2.7.3 LES SERVICES

Une **coiffeuse** pour dames et messieurs vient dans les deux salons de l'établissement une fois par semaine. Il suffit de se faire inscrire auprès de l'infirmière pour en bénéficier. Le service de coiffure est à la charge du résident qui garde toutefois la possibilité de se faire coiffer en dehors de l'établissement.

Une **pédicure podologue** est à la disposition des résidents, à leur demande auprès de l'infirmière responsable du service. Ce service reste à la charge du résident.

Un **service d'aumônerie** assure des visites aux résidents qui le souhaitent pour rompre leur isolement.

### 2.7.4 LES TRANSPORTS

Les transports, non pris en charge ou pris partiellement en charge par les Caisses d'Assurance maladie, sont directement réglés par le résident au prestataire.

Les transports pour convenance personnelle restent à la charge du résident.

## 3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE

Le résident bénéficie de la surveillance médicale du médecin de son choix, désigné le jour de son admission lors du recueil des données nominatives.

Si le résident désire changer de médecin en cours de séjour, il complète la *Déclaration de choix du médecin traitant* (modèle caisse d'Assurance Maladie) et doit remettre une copie à l'accueil de l'établissement.

Le résident a le libre choix de son pharmacien. Un accord avec les pharmaciens de Bléré permet une délivrance rapide des traitements requis. Toutefois le libre choix du pharmacien étant la règle de droit, les résidents ou familles peuvent librement choisir leur officine, dans ce cas la famille devra effectuer elle-même l'approvisionnement de l'infirmierie en médicaments.

A l'admission, il appartient au résident d'apporter ses médicaments, son ordonnance complète, sa carte vitale, son attestation de Sécurité sociale ainsi que sa carte de mutuelle.

Le personnel soignant rémunéré et exerçant au sein de l'Etablissement est composé de :

- 1 médecin coordonnateur
- 2 cadres infirmiers
- Infirmières Diplômées d'Etat
- 2 psychologues
- Aides-soignantes
- Aides-médico-psychologiques
- Agents des services hospitaliers

Les infirmières assurent les soins courants à l'ensemble des résidents (température si nécessaire, prise de tension, préparation des médicaments...).

La coordination médicale est assurée par le médecin coordonnateur de l'établissement. Il veille à l'adéquation des besoins médicaux du résident et des moyens de l'établissement en relation avec le médecin traitant choisi.

Pour une meilleure qualité de prise en soins et/ou d'accompagnement de la personne accueillie, le directeur, après avis d'un Conseil pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur, peut décider d'un changement de chambre, de secteur, voire d'un transfert vers un établissement plus adapté, en fonction de sa pathologie.

La nuit, les fins de semaine et les jours fériés, en cas de nécessité, il sera fait appel aux services de garde extérieurs.

En cas d'urgence, l'établissement se réserve le droit de faire appel aux services du SAMU, des pompiers.

## **4. COÛT DU SÉJOUR**

L'établissement a signé une convention tripartite avec l'Agence régionale de santé et le Conseil départemental, dont les décisions tarifaires et budgétaires s'imposent à l'établissement et à chacun des résidents qu'il accueille. Elles peuvent entraîner

une modification du règlement de fonctionnement et/ou du présent contrat, et sont portées à la connaissance des résidents ou de leur représentant légal.

#### **4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT**

Les frais d'hébergement sont facturables selon une tarification fixée par un Arrêté du Président du Conseil Départemental d'Indre et Loire sur proposition de l'établissement.

Le prix de journée prend effet à la date de l'arrêté de tarification fixé par le Conseil Départemental.

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 à échoir, auprès du Trésor Public.

Le prix de journée comprend entre autre :

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

#### ***Pour les résidents relevant de l'aide sociale***

La demande d'aide sociale est instruite par les services du Conseil Départemental du lieu de résidence de la personne accueillie.

Les frais de séjour sont facturés directement au service d'aide sociale.

Le résident bénéficiant de l'aide sociale autorise le Trésor Public à percevoir ses pensions, rentes et autres revenus.

Le Comptable du Trésor reverse 10% des revenus personnels au titre de l'argent de poche sans que ce montant ne soit inférieur à 1% du minimum social annuel.

Durant la période d'instruction du dossier par les services de l'aide sociale, la tarification est établie à l'ordre du résident. A titre de provision le résident verse au Receveur de l'établissement le montant (90 %) de ses revenus mensuels.

Dès réception de l'accord ou du refus d'admission au bénéfice de l'aide sociale, le dossier est régularisé.

En fonction des ressources, une allocation logement pourra être demandée (se renseigner auprès du Secrétariat).

## **4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE**

Ils englobent les produits d'incontinence, 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, sur proposition de l'établissement.

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 résident à l'un des groupes est déterminée, après l'entrée dans l'établissement, par l'équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Une actualisation du GIR est effectuée une fois par an.

### **4.2.1 RESIDENTS RESSORTISSANT DE L'INDRE ET LOIRE**

Le « ticket modérateur » est à la charge du résident, c'est à dire le montant du tarif dépendance du GIR 5 /6. Il est payable en terme à échoir.

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, il est pris en charge dans les mêmes conditions que le tarif hébergement.

En fonction des ressources du résident, le Conseil Départemental prend en charge la différence pour le GIR 1 /2 et le GIR 3 /4 qu'il verse directement à l'établissement au titre de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

### **4.2.2 RESIDENTS PROVENANT D'AUTRES DEPARTEMENTS**

Le mode de gestion de l'APA varie selon les départements. Le résident doit alors constituer un dossier auprès des services compétents de son lieu de résidence.

Lorsque l'APA est versée au résident, l'établissement facture l'intégralité du tarif correspondant à son GIR.

### **4.2.3 RESIDENTS DE MOINS DE 60 ANS**

Il est facturé un tarif moyen arrêté par le Président du Conseil Départemental.

## **4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS**

L'établissement a opté pour l'option tarifaire globale.

En conséquence, les honoraires des médecins généralistes intervenants dans l'établissement, les analyses de biologie, les actes de radiologie conventionnels et dispositifs médicaux sont pris en charge par l'établissement ; déduction faite des diverses franchises médicales.

Ces dispositions peuvent être modifiées selon l'évolution de la réglementation.

#### 4.4 TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS<sup>1</sup>

PRESTATION	A LA CHARGE DU RESIDENT	A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT
Honoraire des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement	Non	Oui
Honoraire des autres auxiliaires médicaux intervenant dans l'établissement (sauf pédicure)	Non	Oui
Honoraire des médecins spécialistes libéraux	Oui	Non
Honoraire des chirurgiens-dentistes	Oui	Non
Frais de prothèse dentaire, soins conservateur dentaire	Oui	Non
Transport sanitaire (ambulance, VSL...)	Oui	Non
Séances de dialyse	Oui	Non
Analyse de biologie	Non	Oui
Acte de radiologie conventionnelle	Non	Oui
Coronarographie et radiothérapie (sans hospitalisation)	Oui	Non
Scanner, IRM, scintigraphie	Oui	Non
Consultation externe à l'hôpital	Oui	Non
Frais d'hospitalisation	Oui	Non
Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux	Oui	Non
Médicaments réservés à l'usage hospitalier	Oui	Non

<sup>1</sup> Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314.161 du CASF en application des articles L.314-8 et R. 314-162 du même code

DISPOSITIFS MEDICAUX	A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT	A LA CHARGE DU RESIDENT
Abaisse langue, masques, gants stériles, garrots, compresses, bandes et pansements, fils à suture	Oui	Non
Accessoires pour électro-cardiogramme		
Autopiqueurs et accessoires		
Aspirateur à mucosité, crachoirs		
Etui pénien		
Poche à urine		
Réactifs (urines, sang)		
Seringues et stylo injecteur d'insuline		
Sonde naso-gastrique		
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées		
Sondes urinaires, sondes vésicales		
Pompe pour nutrition entérale		
Thermomètre électronique		
Béquille et canne anglaise		
Déambulateur		
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Soulève malade		
Matelas (simple, d'aide à la prévention d'escarres)		
Pèse-personne		
Appareil de verticalisation		

Les actes non pris en charge par l'établissement peuvent être remboursés par la Sécurité sociale ou un organisme complémentaire (mutuelles).

Il est important de se renseigner auprès de votre mutuelle sur les différentes prises en charge offertes, notamment celles concernant les transports sanitaires.

Les contrats de location des fauteuils roulants / déambulateurs devront être résiliés à la date d'entrée dans l'établissement.

## 5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

Les modalités de facturation, en cas d'hospitalisation ou d'absence personnelle, se présentent comme suit :

### 5.1 HOSPITALISATION

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier jusqu'au 24<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation. Au-delà, le tarif hébergement s'applique en totalité.

Hospitalisation de moins de 3 jours	Hospitalisation du 4 <sup>ème</sup> au 24 <sup>ème</sup> jour	Hospitalisation au-delà du 24 <sup>ème</sup> jour
Tarif hébergement	Tarif hébergement minoré du forfait hospitalier (23€/jour)	Tarif hébergement

Concernant le tarif dépendance, il sera fait application du règlement départemental en vigueur.

### 5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Le résident peut sortir librement tous les jours. Certaines restrictions peuvent néanmoins être apportées par l'équipe médicale et par le Directeur, après information à la famille ou au représentant légal si le résident n'est pas en état d'exprimer son consentement.

En cas d'absence au moment d'un repas ou pour une nuit, il est demandé au résident ou à sa famille d'en informer préalablement le personnel soignant.

Pour les absences de plus d'une journée, le résident doit avertir l'infirmière responsable du service au moins 3 jours avant son départ, afin que celle-ci puisse préparer les médicaments pour la durée de son absence.

En cas de retour programmé du résident après la fermeture des portes (22 heures), il convient d'utiliser la sonnette placée à l'entrée principale.

Le résident a droit à 35 jours de congés par an proratisés selon la date d'entrée et valables sur l'année civile.

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieures à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieures à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental.

Concernant le tarif dépendance, il sera fait application du règlement départemental en vigueur.

### **5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION**

Un prix de journée réservation (hébergement moins le forfait hospitalier) est instauré pour une période glissante de 1 mois, permettant aux personnes qui le souhaitent de réserver une place. A l'issue de cette période, la facturation complète des frais de séjour sera effectuée.

## **6. RÉSILIATION DU CONTRAT**

### **6.1 DELAI DE RETRACTATION**

Conformément à l'article L.311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

### **6.2 RÉSILIATION VOLONTAIRE**

Le résident ou son représentant légal peut résilier à tout moment le contrat de séjour.

Passé le délai de rétractation, le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, dans le respect du même titre XI du livre Ier du code civil, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation à la direction de l'établissement, il 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 fixé à trente jours à compter de la date de réception de la demande de résiliation.

Le logement est libéré au plus tard le dernier jour du préavis.

La facturation court jusqu'à échéance du préavis. Si la chambre n'est pas libérée à l'issue du préavis, la facturation se poursuit.

### **6.3 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT**

#### ***6.3.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL OU AUX CONDITIONS D'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT***

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction et le médecin coordonnateur prennent

toute mesure appropriée en concertation avec le résident 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.

Le logement est libéré au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre.

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

**En cas d'urgence**, le Directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et / ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après notification de la décision.

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

### ***6.3.2 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 le médecin coordonnateur, le cadre de santé 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 30 jours sa décision définitive quant à la résiliation du Contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification de la décision.

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

### ***6.3.3 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 au résident ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après la date de notification.

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

#### **6.3.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS**

Le décès met fin au contrat de plein droit.

Le représentant légal, le référent familial et/ou la personne de confiance désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens, le cas échéant par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les dispositions à prendre en cas de décès, précisées dans le recueil de données lors de l'admission et modifiables en cours de séjour.

Après décès, la personne peut reposer dans la chambre mortuaire dans la limite de 72 heures. Si le départ du défunt ne peut intervenir dans ce délai, il est demandé un transfert au funérarium.

Les frais d'obsèques sont à la charge des familles ou des héritiers du résident décédé. Au cas où aucun héritier ne se ferait connaître, l'établissement fait procéder aux obsèques en prélevant la somme nécessaire sur les fonds personnels du résident (dans la limite des sommes détenues ou en compte).

Pour les résidents pris en charge à l'aide sociale, une somme de 1 932 euros au 01/06/2024 est réservée aux obsèques. Le montant de cette somme est réévalué chaque année suivant le règlement de l'aide sociale.

Quand le décès survient au sein d'un couple en chambre double, le conjoint ou compagnon survivant accepte la venue d'un nouveau résident dans la chambre ou emménage, en fonction des disponibilités, dans une chambre individuelle qui lui est proposée par l'établissement.

Sauf dispositions spéciales ou testamentaires dont la direction aura connaissance, l'inventaire des biens laissés dans sa chambre par le résident décédé, sera fait par 2 représentants de l'établissement. Les ayants droits seront invités à assister à l'inventaire. La qualité de ces derniers sera attestée par un certificat d'hérédité ou un acte notarié.

Le logement est libéré dès que possible, dans un délai maximum de 8 jours.

Dès le 9<sup>ème</sup> jour, l'établissement dispose de la chambre et dégage toute responsabilité concernant les biens et effets personnels du défunt. A ce titre la famille, les proches et le représentant légal sont invités à retirer les meubles, les effets personnels du défunt résident dans ce délai. L'établissement se réserve le droit de procéder à la libération des locaux en cas de carence des familles et de facturer le cas échéant des droits de gardiennage du mobilier.

La facturation s'arrête lorsque la chambre est libérée, vide de meubles et d'effets personnels.

## 7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES

En qualité d'établissement à caractère 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 du résident 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, le résident 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, le résident :  
(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.

Le résident, 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 résident ou à son représentant légal pour permettre un retrait éventuel.

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

*Recours :*

### Les personnes qualifiées

En vue de l'aider à faire valoir ses droits, le résident ou son représentant légal peut aussi faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisit 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 Départemental.

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



## 8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR (résident)

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 ;
- La loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation ;
- La loi n°2015-1773 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- 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.

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 le résident et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer du résident ou s'il y a lieu du débiteur de secours et/ou de l'obligé alimentaire (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- L'autorisation d'apport de meubles et appareils divers (**annexe 3**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 4**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 5**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 6**)
- Critères d'entrée et de sortie de l'unité Alzheimer (**annexe 7**)
- Demande d'accord relatif à la Prestation pharmaceutique (**annexe 8**)
- Consentement éclairé à la réalisation de sérologies en cas d'Accident d'Exposition au Sang (**annexe 9**)
- Etat des lieux (**annexe 10**)

- **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 le résident en a souscrit une.

• **TARIFS JOURNALIERS DE L'EHPAD**

- **TARIFS JOURNALIERS A COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2026 - RESIDENT PAYANT**

	TARIFS HEBERGEMENT	GIR (Groupe Iso- Ressource)	TARIFS DEPENDANCE par GIR	APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)	TARIFS JOURNALIERS (Hébergement + Dépendance - APA)
Chambre simple	67.29 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	72.93 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	72.93 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	72.93 €
Chambre double	56.64 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	62.28 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	62.28 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	62.28 €
Résident de moins de 60 ans	67.29 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	16.61 €	-	83.90 €

Chambre simple : 31 jours à 72.93 €, soit **2 260.83 €**      Chambre double : 31 jours à 62.28 €, soit **1 930.68 €**

**Dépôt de garantie au 01/04/2026** : Chambre simple : 30 jours à 67.29 €, soit **2 018.70 €**

Chambre double : 30 jours à 56.64 €, soit **1 699.20 €**

- **TARIFS JOURNALIERS A COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2026 - RESIDENT A L'AIDE SOCIALE**

	TARIFS HEBERGEMENT	GIR (Groupe Iso- Ressource)	TARIFS DEPENDANCE par GIR	APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)	TARIFS JOURNALIERS (Hébergement + Dépendance - APA)
Chambre simple	64.09 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	69.73 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	69.73 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	69.73 €
Chambre double	53.94 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	59.58 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	59.58 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	59.58 €
Résident de moins de 60 ans	64.09 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	16.61 €	-	80.70 €

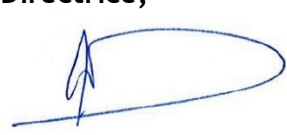
- **TARIFS DES PRESTATIONS AUTRES A COMPTER DU 1<sup>er</sup> FEVRIER 2025**

REPAS	
Repas accompagnant - Jours ordinaires	11.00 €
Repas accompagnant - Dimanches et jours fériés	16.00 €
Repas accompagnant enfant (jusqu'à 12 ans) - Jours ordinaires	5.50 €
Repas accompagnant enfant (jusqu'à 12 ans) - Dimanches et jours fériés	7.90 €
TELEPHONIE	
Abonnement téléphonique mensuel	12.00 €
Unité de consommation téléphonique (* Hors appels à l'étranger et numéros spéciaux)	0.00 € *
DIVERS	
Photocopies	0.15 €

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 \_\_\_\_\_

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

EXEMPLAIRE RESIDENT

## 8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR (EHPAD)

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.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation ;
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- 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.

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 le résident et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer du résident ou s'il y a lieu du débiteur de secours et/ou de l'obligé alimentaire (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- L'autorisation d'apport de meubles et appareils divers (**annexe 3**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 4**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 5**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 6**)
- Critères d'entrée et de sortie de l'unité Alzheimer (**annexe 7**)
- Demande d'accord relatif à la Prestation pharmaceutique (**annexe 8**)
- Consentement éclairé à la réalisation de sérologies en cas d'Accident d'Exposition au Sang (**annexe 9**)
- Etat des lieux (**annexe 10**)

- **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 le résident en a souscrit une.

• **TARIFS JOURNALIERS DE L'EHPAD**

- **TARIFS JOURNALIERS A COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2026 - RESIDENT PAYANT**

	TARIFS HEBERGEMENT	GIR (Groupe Iso- Ressource)	TARIFS DEPENDANCE par GIR	APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)	TARIFS JOURNALIERS (Hébergement + Dépendance - APA)
Chambre simple	67.29 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	72.93 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	72.93 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	72.93 €
Chambre double	56.64 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	62.28 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	62.28 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	62.28 €
Résident de moins de 60 ans	67.29 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	16.61 €	-	83.90 €

Chambre simple : 31 jours à 72.93 €, soit **2 260.83 €**      Chambre double : 31 jours à 62.28 €, soit **1 930.68 €**

**Dépôt de garantie au 01/04/2026** : Chambre simple : 30 jours à 67.29 €, soit **2 018.70 €**

Chambre double : 30 jours à 56.64 €, soit **1 699.20 €**

- **TARIFS JOURNALIERS A COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2026 - RESIDENT A L'AIDE SOCIALE**

	TARIFS HEBERGEMENT	GIR (Groupe Iso- Ressource)	TARIFS DEPENDANCE par GIR	APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)	TARIFS JOURNALIERS (Hébergement + Dépendance - APA)
Chambre simple	64.09 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	69.73 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	69.73 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	69.73 €
Chambre double	53.94 €	GIR 1/2	20.94 €	15.30 €	59.58 €
		GIR 3/4	13.29 €	7.65 €	59.58 €
		GIR 5/6	5.64 €	0.00 €	59.58 €
Résident de moins de 60 ans	64.09 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	16.61 €	-	80.70 €

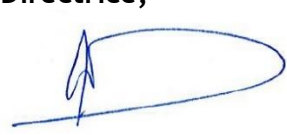
- **TARIFS DES PRESTATIONS AUTRES A COMPTER DU 1<sup>er</sup> FEVRIER 2025**

REPAS	
Repas accompagnant - Jours ordinaires	11.00 €
Repas accompagnant - Dimanches et jours fériés	16.00 €
Repas accompagnant enfant (jusqu'à 12 ans) - Jours ordinaires	5.50 €
Repas accompagnant enfant (jusqu'à 12 ans) - Dimanches et jours fériés	7.90 €
TELEPHONIE	
Abonnement téléphonique mensuel	12.00 €
Unité de consommation téléphonique (* Hors appels à l'étranger et numéros spéciaux)	0.00 € *
DIVERS	
Photocopies	0.15 €

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 \_\_\_\_\_

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

EXEMPLAIRE EHPAD

# ENGAGEMENT DE PAYER

## A COMPLETER PAR LE NOUVEAU RESIDENT OU SON REPRESENTANT

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

Agissant en qualité de :

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M \_\_\_\_\_ ,

résident 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.*

---

---

---

---

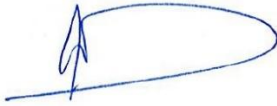
### A remplir en cas de demande d'aide sociale :

Déclare avoir fait une demande d'Aide Sociale et dans l'attente de la décision de la commission d'Aide Sociale,

(cochez la case correspondante à votre choix)

- m'engage à reverser 90% de mes pensions, rentes, retraites au Comptable du Trésor Public.
- autorise le Comptable du Trésor Public à percevoir en mon nom et place, mes pensions, rentes et retraites.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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



# ENGAGEMENT DE PAYER

## A COMPLETER PAR LE NOUVEAU RESIDENT OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), M.....

Agissant en qualité de :

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M \_\_\_\_\_ ,

résident 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.*

---

---

---

### A remplir en cas de demande d'aide sociale :

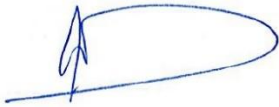
Déclare avoir fait une demande d'Aide Sociale et dans l'attente de la décision de la commission d'Aide Sociale,

*(cochez la case correspondante à votre choix)*

m'engage à reverser 90% de mes pensions, rentes, retraites au Comptable du Trésor Public.

autorise le Comptable du Trésor Public à percevoir en mon nom et place, mes pensions, rentes et retraites.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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



# ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante)

de débiteur de secours (conjoint)

d'obligé alimentaire (article 205, 206, 207 du Code civil)

**Vu le Contrat de Séjour et l'absence de prise en charge de l'Aide Sociale,**

**Mention manuscrite obligatoire à recopier**

*m'engage, en accord avec mes co- obligés alimentaires, en application de l'article R 132-9 et suivant du Code de l'action sociale et des familles, à payer des frais de séjour établis sur les bases précisées par le présent contrat.*

---

---

---

---

---

Bléré, le \_\_\_\_\_

Signature(s) :



# ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante)

de débiteur de secours (conjoint)

d'obligé alimentaire (article 205, 206, 207 du Code civil)

**Vu le Contrat de Séjour et l'absence de prise en charge de l'Aide Sociale,**

**Mention manuscrite obligatoire à recopier**

*m'engage, en accord avec mes co- obligés alimentaires, en application de l'article R 132-9 et suivant du Code de l'action sociale et des familles, à payer des frais de séjour établis sur les bases précisées par le présent contrat.*

---

---

---

---

---

---

Bléré, le \_\_\_\_\_

Signature(s) :



## Je soussigné(e)



♦ Mes nom et prénom : \_\_\_\_\_

♦ Agissant en qualité de :  Résident

Référent de \_\_\_\_\_

Représentant légal de \_\_\_\_\_



♦ Résidant à l'EHPAD L'Auverdière et La Courtille située au 25 avenue Carnot 37150 Bléré.

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, je donne mon accord pour utiliser mon image à l'EHPAD L'Auverdière et La Courtille.

## Pour réaliser des :

Photos    Vidéos    Enregistrements audio

## Lors des événements suivants :

- Activités quotidiennes
- Animations
- Sorties organisées par l'établissement

## Je consens à ce que cette image soit utilisée pour :

- Intégration dans le dossier médical informatisé (DMI) et sur les piluliers de médicaments (traitement de données de santé indépendamment du droit à l'image pour des usages de communication, il est fortement recommandé d'accepter l'intégration de la photo dans le DMI, car cela contribue à sécuriser l'administration du médicament et l'identification du résident.)
- Documents de communication de l'EHPAD (journal EHPAD, flyer, affiches)
- Exposition de photographies au sein de l'établissement
- Publication sur les réseaux sociaux de l'établissement
- Publication sur le site internet de l'établissement
- Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale et partenaires

Mon autorisation est valable uniquement pour ces types d'événements.  
*L'article 9 du Code civil dispose que chacun a droit au respect de sa vie privée. Il est donc interdit d'utiliser mon image pour autre chose que ce que j'ai écrit et sans mon autorisation.*

*Conformément au Règlement Général de Protection des Données, RGPD, et à la loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et d'effacement sur mon image.*

*Je peux changer d'avis quant à l'utilisation et la diffusion de mon image en adressant une demande écrite à la direction de l'EHPAD. Ce retrait n'aura pas d'effet rétroactif.*

*Il m'est également interdit de prendre en photo ou de filmer d'autres résidents sans leur accord préalable, ou celui de leur représentant légal.*

## Cette image peut être utilisée jusqu'à :



- Cette autorisation est valable un an. Sans information de ma part elle sera reconduite tacitement.

## Je confirme que :

- J'ai compris à quoi va servir mon image.
- J'ai compris jusqu'à quand mon image peut être utilisée.
- J'ai été parfaitement informé (e) de mes droits concernant cette image.

## Pour conclure :



- ◆ Ville :

---



- ◆ Date :

---



- ◆ « Lu et approuvé » :

---

- ◆ Signature :

# AUTORISATION D'APPORTER DU PETIT MOBILIER PERSONNEL ET/OU APPAREILS ELECTRIQUES

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ N° de chambre : \_\_\_\_\_

L'EHPAD de Bléré est classé : E.R.P de type « U » de 4<sup>ème</sup> catégorie.

Dans ce cadre, la législation impose des normes très rigoureuses quant à la sécurité incendie. Cela implique que la chambre soit équipée dans le respect de ces normes. Vous avez demandé l'autorisation d'apporter du mobilier personnel et/ou des appareils électriques. Vous devez savoir que l'entretien et la maintenance seront à votre charge et qu'en cas de dégradation, l'établissement dégage toute responsabilité.

Il s'agit de :

Description précise et état du mobilier et/ou des appareils électriques :

~~/~~

Cette liste engagera la famille dans le cadre de l'article 6.2.4 du présent contrat et en cas de dysfonctionnement des appareils.

Justificatifs répondant aux normes de sécurité + photocopies

~~/~~

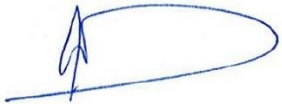
Observations du service technique

~~/~~

Date de dépôt :

Date de retrait :

Fait à BLÉRÉ, le \_\_\_\_\_

Signature du résident ou de son représentant, précédé de la mention « lu et approuvé »	Signature du service technique	Signature de la Directrice d'établissement
(Nom, prénom) + signature		



# **DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessible au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

**Je soussigné(e) Mme, M. :**

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

**désigne comme personne de confiance :**

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone (privé, professionnel, portable) : .....

Mail : .....

➔ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés 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 BLERE, le \_\_\_\_\_

**Signatures (du résident et de la personne de confiance)**



# **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**

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique

**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**



## Attestation à conserver par l'établissement relative à l'information sur la personne de confiance

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : BELFILS Aude

Fonction(s) dans : Directrice

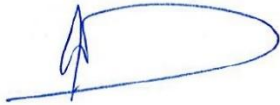
atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Attestation signée à ....., le .....

**Signature du Directeur  
ou de son représentant**



**Cosignature de la personne accueillie**



# FORMULAIRES A DESTINATION DES TMOINS DE DESIGNATION ET DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

## Formulaire de désignation

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.

**Témoïn 1 :**

**Témoïn 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 de :

Nom et prénom :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du témoin 1:

Signature du témoin 2

Cosignature de la personne de confiance :

### **Partie facultative**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

atteste également que :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

- 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 1:

Signature du témoin 2

Cosignature de la personne de confiance :

### **Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance**

**Témoïn 1 :**

**Témoïn 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 \_\_\_\_\_

Cosignature du Témoin 1 :

Témoin 2 :

*ANNEXE 4.3 : Témoin(s) de la désignation et/ou révocation de la personne de confiance*



# DIRECTIVES ANTICIPEES

1- Veillez lire les instructions à de l'arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique (remis par le secrétariat)

## 2- Identité

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II et du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge :  Oui  Non  
○ Du conseil de famille :  Oui  Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

## 3- Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant au point 4 ci-après.

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 ou attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en la fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours).

Je les écris ci-après :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature :

ANNEXE 5 - Directives anticipées



#### 4- La rédaction de mes directives anticipées (2 modèles A et B selon les cas)

##### 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 A 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 A 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 arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de ma vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse que soient entrepris notamment :
  - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : \_\_\_\_\_
  - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : \_\_\_\_\_
  - Une intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_
  - Autres : \_\_\_\_\_
- 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) : \_\_\_\_\_
  - Dialyse rénale : \_\_\_\_\_
  - Alimentation et hydratation artificielles : \_\_\_\_\_
  - 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 ceux-ci dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

---

---

---

3 A 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 :

**La rédaction de mes directives anticipées (suite)**

**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 A 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 A 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 arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant pas 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 cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielle etc.).

- .....  
- .....  
- .....

3 A 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 :



## La rédaction de mes directives anticipées (suite)

### **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 prénom :

\_\_\_\_\_  
Qualité (lien avec la personne)\_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du témoin 1 :

### **Témoin 2**

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

\_\_\_\_\_  
Qualité (lien avec la personne)\_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du témoin 2 :



## Rédaction des directives anticipées (suite)

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné

Nom Prénom \_\_\_\_\_

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

→ Déclare annuler mes directives anticipées datées du \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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 du formulaire précédent.



**1** Principe de non-discrimination

J'ai le droit à la même prise en soins et au respect quelque soit mon origine, mon apparence physique, mon orientation sexuelle, mon handicap, mon âge et mes opinions.



**2** Droit à la prise en charge ou à un accompagnement adapté

L'EHPAD de Bléré me propose un accompagnement adapté à mes besoins et à mes souhaits.



**3** Droit à l'information

J'ai le droit de recevoir et de comprendre les informations sur ce qui me concerne, sur mon accompagnement et sur l'établissement.



**4** Droit de choisir

Je décide par moi-même et on m'explique bien avant de faire mon choix.

Je peux aussi me faire aider par mon représentant légal ou une personne de mon choix.



**12** Droit à la dignité et à l'intimité

Je dois être respecté comme je suis. Toute personne doit respecter :

- Mon intimité;
- Mes sentiments;
- Mes habitudes de vie;
- Ma vie privée.



**11** Droit à la pratique religieuse

Je peux pratiquer ma religion dans le respect des autres. Je dois respecter les autres religions



# CHARTRE des droits et libertés de la personne accueillie



**5** Droit de renonciation



J'ai le droit de changer d'avis. J'ai le droit de demander la modification de mon projet personnalisé. J'ai le droit de demander le changement de mes aides.

**6** Droit au respect des liens familiaux

Si je le souhaite, je peux :

- Inviter mes proches dans l'établissement;
- Voir ou téléphoner à mes proches;
- Sortir visiter mes proches.

Parfois un juge peut limiter les contacts pour mon bien-être.



**10** Droits civiques

J'ai des droits civiques. Je suis un citoyen. Par exemple, j'ai le droit de voter.



**9** Principe de prévention et de soutien

Si je le souhaite, j'ai le droit d'être soutenu dans mes projets soit par les professionnels, soit par mes proches tout au long de mon parcours y compris dans les moments difficiles de ma vie. Mon accompagnement doit me permettre de me sentir bien.

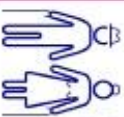


**8** Droit à l'autonomie

J'ai le droit :

- De circuler librement;
- D'entrer et sortir;
- De faire ce que je veux de mes affaires et de mon argent en toute sécurité.

Tout en respectant en respectant mon projet, les règles de l'EHPAD et les lois



**7** Droit à la protection

L'EHPAD de Bléré assure ma protection et ma sécurité dans la limite du respect de mes propres droits. Mes informations restent confidentielles.



Mise à jour le 06/07/2025



# CHARTRE BIENTRAITANCE

Cette charte est issue d'un travail collaboratif entre agents membre du groupe Bientraitance, résidents et membres du Conseil de la Vie Sociale. C'est une vision partagée de la démarche Bientraitance dans laquelle est engagée l'établissement.



## Gestion des émotions

Nous sommes conscients des émotions parfois intenses que peuvent traverser les résidents ainsi que nos collègues.

Nous nous engageons à gérer autant que possible nos propres émotions avec professionnalisme. Il est essentiel d'adopter une attitude calme et apaisante, particulièrement en période de stress, de fatigue ou de mal-être, pour garantir une atmosphère rassurante pour chaque résident et au sein de l'équipe.

Lorsqu'une situation devient trop complexe à gérer seul, il est primordial de passer le relais à un collègue pour assurer une prise en soins optimale et préserver le bien-être collectif.



## Discretion et secret professionnel

Le respect de la confidentialité des informations relatives aux résidents à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement est une obligation légale.

Nous nous engageons à préserver le secret professionnel et à ne divulguer aucune information concernant l'identité, la santé, la vie privée ou les relations personnelles des résidents, sauf dans les cas prévus par la loi. Lorsqu'un membre du personnel est proche

d'un résident, il doit rester dans son rôle de proche et ne pas accéder aux informations réservées aux soignants, garantissant ainsi l'équité et la protection des droits de chaque résident.



## Communication en équipe pluridisciplinaire

Une communication fluide et respectueuse entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire est essentielle pour garantir une prise en soins de qualité des résidents.

Les transmissions écrites jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins, elles doivent être précises, complètes, lues et mises à jour afin de garantir une prise en soins cohérente et adaptée aux besoins de chaque résident.



## Communication auprès des résidents et de leurs proches

Pour nous, une communication respectueuse, incluant généralement l'usage du vouvoiement et du nom de famille, est essentielle pour préserver la dignité des résidents et favoriser leur bien-être. Cependant, si le résident exprime le souhait d'être appelé par son prénom ou tutoyé et que cette préférence est tracée, nous respectons cette demande.

Il est important d'écouter activement les résidents, de faire preuve d'empathie envers eux, de les impliquer dans leurs projets de vie. De plus, une communication régulière, honnête et respectueuse avec les proches permet de les informer, de recueillir leurs attentes et de renforcer le lien de confiance, assurant ainsi une prise en soins de qualité.



## Considération dignité et consentement

Chaque résident est traité avec respect, en étant reconnu dans sa singularité, quel que soit son âge, sa santé ou son degré de dépendance. Le respect de ses choix et valeurs est essentiel. Nous veillons à respecter ses préférences en matière d'hygiène, d'habillement, de propreté et de goût alimentaire, en tenant compte de ses habitudes passées ou des informations des proches. Son consentement doit être recherché et respecté à chaque

étape, ainsi que son droit de refuser toute intervention ou soin. Et ce, tout au long de son séjour au sein de l'établissement.



### Respect et équité

Dans le cadre de l'accompagnement des résidents, nous veillons à garantir une équité de traitement, sans discrimination ni préférence. Nous agissons dans le respect des différences culturelles, sociales et individuelles. Nous adoptons une attitude de neutralité et de bienveillance, en évitant tout jugement de valeur sur les choix de vie, les habitudes ou les relations entretenues. Chaque résident bénéficie des mêmes droits et opportunités d'accès aux soins et aux services.



### Intimité et espace de vie privé

Chaque résident doit pouvoir préserver sa chambre comme étant un espace de vie privé et personnel où son intimité est respectée. Nous nous engageons à frapper à la porte de la chambre du résident, à attendre son accord avant d'entrer et à nous présenter.



### L'importance des premiers jours

Pour garantir un accompagnement adapté et serein dès le début de son séjour, il est essentiel pour nous de prendre en compte et de respecter les habitudes de vie du résident, en particulier durant les premiers jours d'accueil. Nous intégrons également le résident en tant que co-auteur de son projet de vie, en lui permettant de participer activement à la définition de ses besoins et de ses souhaits. Nous maintenons cette approche collaborative de manière continue durant toute la durée du séjour du résident.



### La gestion de la douleur

La gestion de la douleur est une de nos priorités. Elle repose sur la prise en compte de l'expression de la douleur qu'elle soit verbale ou non verbale, l'évaluation régulière et le suivi personnalisé de chaque résident. Ceci afin d'assurer son confort et son bien-être, dans le respect de sa dignité, et ce durant l'ensemble de son séjour.



### Accompagnement de la fin de vie

La fin de vie est un moment difficile pour les résidents et leurs proches. Nous évitons de sursolliciter les familles, nous cherchons à leur offrir un soutien adapté en leur permettant de rester présents et impliqués jusqu'au bout si tel est leur souhait. Cette étape peut également être complexe pour les soignants. Ils ont la possibilité de passer le relais à un collègue ou aux équipes mobiles de soins palliatifs. Les soignants peuvent aussi accompagner le résident jusqu'à la fin, en respectant ses souhaits, y compris pour les soins de présentation si cela est demandé. Une attention particulière est portée aux résidents isolés, pour leur garantir un accompagnement humain et bienveillant.



### Les Bonnes pratiques

Nous respectons le cadre médical (prescriptions, plan de soins, projet de vie individuel). Nous nous tenons informés des bonnes pratiques et recommandations, notamment au travers des protocoles. Les analyses de situations et les retours d'expérience permettent d'ajuster les pratiques et de mettre à jour régulièrement les protocoles internes, assurant une amélioration continue des soins.



### Futurs résidents et proches des résidents

Nous attendons de vous, futurs résidents et proches, de la courtoisie et de la tolérance dans vos demandes. Soyez respectueux et patients envers le personnel, surtout pendant les week-ends et les vacances, où l'effectif est réduit et l'organisation des soins peut varier. Nous vous demandons de comprendre que certaines situations, comme les toilettes, peuvent être gérées différemment. Nous vous encourageons à vous adapter aux conditions de la vie en collectivité, en respectant les histoires de vie et en faisant preuve de compréhension envers les troubles des autres résidents. Enfin, il est important de souligner le rôle essentiel des proches de résidents. Pour cela, respectez toujours leur refus, et ne cherchez pas à répondre à leur place s'ils peuvent s'exprimer.

Et n'oublions pas : « *Ce n'est pas parfait, mais c'est fait par eux !* » *Crédit : Formation Montessori*

## **CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DE L'Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD) DE BLERE**

- L'entrée et la sortie dans l'unité sont soumises à des critères prédéfinis, mentionnés dans l'avenant au contrat de séjour.
- Un projet de soin individualisé est mis en place à l'entrée de la personne et réévalué périodiquement. Il consiste au recensement des acquis et des besoins de la personne âgée accueillie afin de lui proposer une prise en charge globale adaptée à son mode de vie, son histoire et ses capacités cognitives... Dès lors que la participation aux activités occupationnelles devient impossible, qu'il y a perte d'autonomie et / ou la survenue d'une pathologie entraînant une dépendance physique importante ou requérant des soins particuliers, le maintien au sein de l'unité n'est plus adapté et une sortie est alors programmée. Cette sortie est entérinée lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire.
- Chaque résident a binôme soignant référent.
- Les traitements sont instaurés par les médecins traitants. Les traitements sont dispensés par les aides-soignantes après préparation et vérification par la pharmacie. Le personnel ne fait qu'informer des modifications de comportement et de toute survenue de nouveaux symptômes. Le personnel infirmier se charge de prendre contact avec les familles pour leur notifier les changements survenus dans l'état de santé de leur proche, les rendez-vous médicaux et les changements significatifs de traitement.
- Le lever est fonction de la personne et de son rythme. Il n'y a pas d'horaire défini.
- Le coucher est fonction de la personne, de son rythme et des saisons.
- La plupart des résidents ont dans leur chambre des lits « Alzheimer » qui peuvent descendre très bas pour éviter les chutes. Il est convenu qu'ils sont positionnés en journée en fonction de la mobilité de chaque résident afin de leur faciliter les transferts et redescendus au plus bas au coucher afin de limiter les risques de chute pendant la nuit.
- Les repas : ils sont en règle générale pris en commun dans le salon sauf si la personne est trop fatiguée. Auquel cas, ils peuvent avoir lieu en chambre. Les personnes qui ne seraient pas levées au moment du repas en commun auront leur repas servi à leur convenance. De même, certains résidents prennent des repas fragmentés tout au long de la journée.

Les familles ne sont pas autorisées à assister aux repas pour la tranquillité de l'ensemble des résidents sauf cas exceptionnel laissé à l'appréciation du personnel.

- La toilette : chaque résident est accompagné pour son lever et sa toilette en fonction de son heure de réveil. Il n'y a pas d'obligation de douche. Elle est cependant proposée au moins une fois par semaine minimum.
- Le linge doit être marqué et le résident doit être suffisamment pourvu afin de pallier aux changements qui peuvent avoir lieu plusieurs fois par jour. Son entretien est confié à la lingerie sauf si les familles souhaitent s'en occuper.
- Les protections anatomiques : elles sont changées autant de fois que l'état de santé du résident le nécessite.
- Les personnes sont libres de déambuler au sein de l'unité de jour comme de nuit.

- Les objets personnels : chacun est libre d'avoir des objets personnels au sein de l'unité mais compte tenu du caractère particulier de la pathologie, il est possible que les objets circulent et soient retrouvés dans d'autres chambres voire même perdus. Le personnel ne peut être tenu pour responsable mais doit rester vigilant. Les objets de valeur doivent être signalés dès l'entrée et inscrits sur l'inventaire.
- Les activités : la personne âgée est encouragée à conserver des activités. En fonction des capacités de chacun et de l'état de santé, des activités sont proposées. Toutefois, lors des ateliers, il est demandé aux familles de ne pas déranger leur bon déroulement et de bien vouloir soit s'isoler dans les chambres de leur proche soit de sortir de l'unité afin de ne pas perturber l'attention des résidents.
- La personne âgée en fin de vie et sa famille : soins, assistance et accompagnement sont procurés à la personne âgée en fin de vie ainsi qu'à sa famille. Toutefois, le lieu de vie n'a pas vocation à être un lieu de fin de vie. C'est pourquoi, faisant suite aux critères prédéfinis de sortie, la personne en fin de vie peut être orientée dans un autre service où des soins appropriés à son état lui seront dispensés.

# CRITÈRES D'ENTRÉE ET DE SORTIE DES UNITÉS ALZHEIMER

## CRITÈRE D'ENTRÉE

Le médecin coordonnateur après étude du dossier en commission d'admission reçoit la famille ou les aidants et le futur résident pour échange et évaluation psychotechnique de celui-ci.

Les critères sont :

- Maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée
- Troubles du comportement :
  - o déambulation, errance
  - o agitation, agressivité
  - o idées délirantes, hallucinations
- Capacités cognitives préservées pour participer aux activités de la vie quotidienne et aux animations proposées

Il s'agit dans tous les cas d'une décision reposant sur des avis pluridisciplinaires.

## CRITÈRE DE SORTIE

Il s'agit également d'une décision du médecin coordonnateur reposant sur des avis pluridisciplinaires.

Les critères sont :

- o Grande dépendance physique ou psychique comme par exemple toilette complète au lit nécessitant l'utilisation d'appareils de manutention
- Diminution et / ou disparition des troubles du comportement sur plusieurs évaluations (dont le NPI) sur environ 3 semaines. L'objectif étant d'évaluer si un changement de lieu de vie ne sera pas responsable de la réapparition des troubles ou de l'apparition de nouveaux troubles
- Apathie totale (passivité)
- Non participation aux activités proposées





Aude BELFILS  
À  
L'ensemble des familles des résidents  
hébergés dans l'unité Alzheimer

Madame, Monsieur,

Il vous a été proposé d'admettre votre parent dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD de Bléré : il s'agit d'une unité accueillant des personnes âgées atteintes d'une pathologie requérant un encadrement renforcé, dans des locaux spécialisés.

Ce service est destiné exclusivement aux malades présentant des troubles des fonctions supérieures associées à des troubles du comportement social et une déambulation avec ou sans risque d'errance et nécessitant des moyens de structure et en personnel importants.

La maladie évoluant, il se peut qu'un jour votre parent ne réponde plus aux critères de la prise en charge spécifique de ce service.

L'impossibilité de participation aux activités occupationnelles, la perte de mobilité et/ou la survenue d'une pathologie entraînant une dépendance physique importante ou requérant des soins particuliers (troubles locomoteurs, assistance nutritionnelle, soins infirmiers complexes...) ne nous permettront plus dans ce cas le maintien de votre parent au sein de l'unité. Ce sont des critères de sortie du service Alzheimer.

Les patients concernés seront transférés dans une chambre au sein de l'EHPAD.

Toute sortie fera l'objet d'un accompagnement pour le patient et sa famille, ce qui permettra une continuité et un lien entre le résident, sa famille, l'unité Alzheimer et le nouveau service d'accueil et un maintien de la qualité des soins.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Aude BELFILS  
Directrice

Je soussigné(e) ..... certifie avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

Date :

Signature précédée de la mention  
« lu et approuvé »



**Demande d'accord relatif à la Prestation pharmaceutique**

Madame, Monsieur,

Toute personne a le libre choix de son pharmacien. Afin de promouvoir la meilleure prestation pharmaceutique au profit des résidents, l'établissement dans lequel vous êtes accueilli(e) **est conventionné avec une pharmacie d'officine**. La convention signée reste à votre disposition pour prise de connaissance et peut vous être adressée par email sur demande.

Si vous souhaitez bénéficier de cette prestation, nous vous remercions de compléter le formulaire de demande ci-dessous :

Je soussigné(e), Madame\*, Monsieur\* .....,

résident dans l'établissement ou son représentant légal,

Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EHPAD dans une démarche conventionnelle de qualité, de sécurité et de traçabilité de la prise en charge médicamenteuse,

Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé (accompagnés de toutes les informations nécessaires à leur administration et à la coordination des soins avec les équipes soignantes et médicales) par le pharmacien d'officine engagé par convention (dans le respect des objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de sa prestation),

Le résident ou son représentant légal demandant **ce service gracieux** au sein de notre établissement **ne renonce pas** à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.

Fait à ..... le .....

Signature :

\*Rayer la mention inutile

**Consentement éclairé à la réalisation de sérologies en cas d'Accident d'Exposition au Sang**

Madame, Monsieur,

Pendant votre séjour dans l'établissement, si un membre du personnel est victime d'un accident par piqûre, coupure ou projection, il peut être mis en contact avec votre sang (ou autre liquide biologique).

Ce type d'accident l'expose à un risque minime, mais non totalement absent, de contamination par certains virus dont vous pouvez être porteur (porteuse) à votre insu (hépatite B et C, VIH).

Si ce risque est avéré, il est nécessaire de mettre en route très rapidement un traitement préventif pour le soignant potentiellement contaminé.

Ainsi conformément aux préconisations, nous vous demandons en amont, uniquement en cas d'accident, si vous consentez que soit pratiqué un prélèvement sanguin pour obtenir les sérologies de diagnostic de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

Cela permettra de pouvoir décider, sans aucune perte de temps, de la mise en route d'un traitement préventif au soignant, la prise rapide de ce traitement conditionnant son efficacité.

Le résultat des diagnostics vous sera communiqué à votre demande par le médecin traitant ou médecin le médecin coordonnateur de l'établissement.

A cet effet, nous comptons sur votre compréhension et vous incitons fortement à remplir la déclaration suivante :

---

Je, soussigné(e), Madame\*, Monsieur\* .....,  
résident dans l'établissement ou son représentant légal,

- Déclare avoir compris les informations qui m'ont été données et avoir pu obtenir tous les renseignements qui étaient nécessaires à ma décision,
- Accepte la réalisation de prélèvements sanguins mentionnés ci-dessus pendant la durée de mon séjour.

Je me réserve le droit de retirer mon accord au cours de ma prise en charge et d'en faire part au personnel de l'établissement.

Fait à ..... le .....

Signature :

\*Rayer la mention inutile

# ÉTAT DES LIEUX

UNITÉ \_\_\_\_\_ ET CHAMBRE N° \_\_\_\_\_

Le résident dispose :

D'une chambre individuelle

D'une chambre à deux lits

qui comprend :

## Équipement sanitaire :

État :

neuf

moyen

usagé

Lavabo

WC

Douche

## Équipement général :

État :

neuf

moyen

usagé

Sonnette d'appel

Prise de télévision

Prise téléphonique

Prises électriques

## Mobilier :

État :

neuf

moyen

usagé

1 lit à hauteur variable

1 chevet

1 fauteuil

1 chaise

1 commode

Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

Fait à BLÉRÉ, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

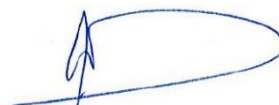
Le résident

ou son représentant

Précédé de la mention

« Lu et approuvé »

la Directrice d'établissement





# ÉTAT DES LIEUX

UNITÉ \_\_\_\_\_ ET CHAMBRE N° \_\_\_\_\_

Le résident dispose :

D'une chambre individuelle

D'une chambre à deux lits

qui comprend :

## Équipement sanitaire :

État :

neuf

moyen

usagé

Lavabo

WC

Douche

## Équipement général :

État :

neuf

moyen

usagé

Sonnette d'appel

Prise de télévision

Prise téléphonique

Prises électriques

## Mobilier :

État :

neuf

moyen

usagé

1 lit à hauteur variable

1 chevet

1 fauteuil

1 chaise

1 commode

Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

Fait à BLÉRÉ, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Le résident

ou son représentant

Précédé de la mention

« Lu et approuvé »

la Directrice d'établissement

