	<b>Document applicable N°</b> <b>DAPP-ADMI-006</b>	<b>Version</b> 14	<b>Date d'application</b> 17/04/2024	<b>Nombre de pages :</b> 21	<b>Validation :</b> Directrice Anne RICHARD
	<b>CONTRAT DE SEJOUR</b> <b>DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE</b>				

**Contrat de séjour**

**Document individuel de prise en charge**

**Concerne M, Mme .....**

**EHPAD Albert Trotté**  
**9 rue Albert Trotté Hatton**  
**72160 THORIGNE SUR DUE**  
**Tel : 02 43 89 05 35**  
**Fax : 02 43 89 85 99**

**E-mail : [accueil@ehpadalberttrotte.fr](mailto:accueil@ehpadalberttrotte.fr)**

**Site internet : <https://www.residences-perche-sarthois.fr>**

	Rédaction	Validation	Approbation
<b>NOM PRENOM</b>	Mme RICHARD	M. FILLETTE	Mme CHAILLOUX
<b>FONCTION</b>	Directrice	Représentant des résidents	Présidente du Conseil d'administration
<b>DATE</b>	18/03/2024	11/04/2024	17/04/2024
<b>SIGNATURE</b>	<b>Signé</b>	<b>Signé</b>	<b>Signé</b>

## SOMMAIRE :

<b>I.PREAMBULE</b> .....	5
<b>II.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	6
<b>III.CONTRACTANT</b> .....	7
<b>IV. DURÉE DU SÉJOUR</b> .....	7
<b>V.DÉFINITION AVEC LA PERSONNE ACCOMPAGNEE ET SON REPRÉSENTANT LÉGAL LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE</b> .....	7
<b>VI.CONDITIONS D'ADMISSION</b> .....	8
<b>VII.PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	8
7.1 Prestations d'administration générale .....	8
7.2 Le logement .....	8
7.2.1 Descriptif du logement .....	8
7.2.2 Eau, gaz, électricité, éclairage, chauffage.....	8
7.2.3 Téléphone, télévision et connexion Internet.....	9
7.2.4 Sécurité et hygiène .....	9
7.2.5 Changement de logement .....	9
7.3 Accompagnement de la personne accueillie.....	10
7.3.1 Restauration .....	10
7.3.2 Le linge et son entretien.....	10
7.3.3 Les produits d'hygiène corporelle .....	10
7.4 Prestation d'animation de la vie sociale .....	10
7.5 Autres prestations.....	10
7.6 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne .....	11
7.7 Soins et surveillance médicale et paramédicale .....	11
7.7.1 Information sur l'état de santé, consentement éclairé .....	11
7.7.2 Personne de confiance .....	12
7-7-3 Accueil de la personne accompagnée dans l'unité spécialisée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées .....	12
<b>VIII.COÛT DU SÉJOUR</b> .....	12
8.1 Dépôt de garantie .....	12
8.2 Frais de séjour .....	12
8.3 Aide sociale .....	14
<b>IX.CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION</b> .....	16
9.1 Réservation .....	16
9.2 Facturation de l'hébergement en cas d'hospitalisation .....	16
9.3 Facturation de l'hébergement en cas d'absence pour convenances personnelles .....	16
9.4 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenances personnelles .....	16
9.5 Facturation en cas de résiliation du contrat .....	16
<b>X.DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT</b> .....	16
10.1 Délai de rétractation .....	16
10.2 Révision .....	17
10.3 Résiliation à l'initiative de la personne accompagnée .....	17
10.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement .....	17
10.4.1 Motifs généraux de résiliation .....	17
10.4.2 Modalités particulières de résiliation .....	17
10.5 Résiliation de plein droit .....	18
<b>XI.REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS</b> .....	19
11.1 Régime de sûreté des biens.....	19
11.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayants-droits .....	19
11.2.1 Décès ou départ définitif de la personne accompagnée à titre payant .....	19
11.2.2 Décès ou départ définitif de la personne accompagnée au titre de l'aide sociale légale .....	20
<b>XII.ASSURANCES</b> .....	20
<b>XIII.REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT</b> .....	20
<b>XIV.PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES</b> .....	20
<b>XV.CLAUSES DE CONFORMITE ET SIGNATURE</b> .....	21

**Liste des annexes et avenant :**

Annexe 1	Eléments financiers et prestations sociales	ENRE-ADMI-145
Annexe 2	Liste des documents à fournir à l'admission	DAPP-ADMI-151
Annexe 3	Formulaire de réservation de la chambre	ENRE-ADMI -146
Annexe 4	Etat des lieux d'entrée et de sortie	ENRE-ADMI-050
Annexe 5	Abonnement téléphonique et résiliation	ENRE-ADMI-049
Annexe 6	Attestation de résiliation de location du matériel médical	ENRE-ADMI-147
Annexe 7	Formulaire de désignation d'une personne de confiance	ENRE-ADMI-148
Annexe 8	Formulaire de désignation des référents familiaux	ENRE-ADMI-032
Annexe 9	Formulaire d'autorisation et de droit à l'image	ENRE-ADMI-149
Annexe 10	Recueil anticipé du consentement éclairé pour le bilan biologique en cas d'accident d'exposition au sang	ENRE-ADMI-150
Annexe 11	Modalités d'admission et de réorientation en UPAD	ENRE-ADMI-151
Annexe 12	Consentement Télémédecine	ENRE-ADMI-178
Annexe 13	Libre choix des intervenants médicaux et paramédicaux	ENRE-ADMI-166
Annexe 14	Liberté d'aller et venir	ENRE-ADMI-153
Annexe 15	Attestation sur l'honneur – Hébergement temporaire habilité à l'aide sociale	ENRE-ADMI-226
Avenant 1	Descriptif des objectifs de prise en charge et des prestations adaptées au résident	Document NETSOINS

## I.PREAMBULE

**Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations délivrées ainsi que leur coût prévisionnel.**

La personne accompagnée et/ou son représentant légal sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Conformément à l'article D. 311 du code de l'action sociale et des familles, le contrat de séjour est élaboré dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. **Ce contrat est conclu entre la personne hébergée ou son représentant légal et le représentant de l'établissement.**

**Il est remis à chaque personne accompagnée le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours suivant l'admission. Il doit être signé par les deux parties dans le mois qui suit l'admission. Pour la signature du contrat, la personne hébergée ou son représentant légal peut être accompagnée de la personne de son choix.**

Le contrat de séjour prévoit :

- les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient ;
- la définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;
- la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'avenant mentionné au septième alinéa du présent article ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil incluant la liste des prestations délivrées dont celles relevant du socle de prestations minimales obligatoires de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles)
- selon la catégorie de prise en charge concernée, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;

Enfin, le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, **le contrat de séjour est conclu avec la participation de la personne accompagnée.** En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne accompagnée sont exercés dans les conditions prévues par le code civil pour les majeurs protégés.

Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accompagnée choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, **le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être hébergée.** En cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué statue. Il l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne accompagnée.

**La personne accompagnée a été informée huit jours au moins avant cet entretien de la possibilité de désigner une personne de confiance** en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles. A cet effet, lui a été remis un document **notice d'information** avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension.

Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédure amiable ou lorsqu'elle a échoué, portés selon les cas devant les tribunaux de l'ordre administratif compétents.

Ce document constitue un document individuel de prise en charge tel que prévu à l'article D.311 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dans les cas suivants :

- Pour des admissions en hébergement temporaire de moins de deux mois ;
- Lors du refus de signer le contrat de séjour par la personne accompagnée ou son représentant légal ;
- En cas d'incapacité de la personne accompagnée de signer le contrat de séjour pour un hébergement permanent à durée indéterminée et en l'absence de représentant légal dûment mandaté (incapacité évaluée par le médecin coordonnateur).

## II.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Albert Trotté (EHPAD) est **un établissement autonome appartenant à la Fonction Publique Hospitalière.**

L'EHPAD dispose de 72 places d'hébergement destinées à l'accueil des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, dont 12 places au sein de l'Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD) et 2 places d'hébergement temporaire habilitées à l'aide sociale.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de **l'aide sociale** et répond aux normes pour l'attribution de **l'allocation logement (APL)**.

### III. CONTRACTANT

Le présent contrat est conclu entre :

**Il est conclu entre :**

✓ **D'une part,**

**L'EHPAD « Albert Trotté »** situé 9 rue Albert Trotté Hatton- 72160 Thorigné-sur-Dué

Dénommé ci-après « **l'établissement** »

Représenté par sa Directrice, Mme Anne RICHARD

**Et d'autre part :**

**Mme/M. NOM** ..... **Prénom**.....

Né(e) le ...../...../..... à .....

Demeurant précédemment : .....

Dont l'évaluation AGGIR à l'entrée est de : .....

Admis(e) à occuper une chambre dans l'EHPAD « Albert Trotté »,

Dénommée ci-après « **la personne accompagnée** »

Le cas échéant, représenté(e) par un représentant légal en vertu d'une décision de justice (joindre la photocopie du jugement)

Tuteur     Curateur     Sauvegarde de justice     Mandataire judiciaire

**Mme/M. NOM** ..... **Prénom**.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Dénommé(e) ci-après « **le représentant légal** »

### IV. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent engagement est conclu pour :

Un hébergement permanent à compter du .....

Un hébergement temporaire du ..... au ..... (n'excédant pas 90 jours).

*Si la date d'hébergement est inférieure à 2 mois : signature d'un DIPC (document individuel de prise en charge).*

*Eligible à l'aide dans le cadre de l'hébergement temporaire*

*Non-éligible à l'aide sociale dans le cadre de l'hébergement temporaire*

La date d'entrée de la personne accompagnée est fixée par les deux parties.

Cette date correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si la personne accompagnée décide d'arriver à une date ultérieure.

Si la personne accompagnée décide d'arriver à une date ultérieure, une réservation est possible et sera facturée sur la base de la tarification en vigueur.

### V. DÉFINITION AVEC LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE ET SON REPRÉSENTANT LÉGAL LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie de la personne accompagnée et lui proposent un accompagnement individualisé.

Un avenant à ce contrat est établi dans les six mois suivant la signature du présent contrat afin de préciser les objectifs et les prestations adaptés à la personne accompagnée. Ceux-ci sont actualisés chaque année.

Une annexe au présent contrat de séjour permet également de définir les actions prévues pour assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels de la personne accompagnée en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

## VI.CONDITIONS D'ADMISSION

Les conditions d'admission dans l'établissement sont précisées dans le règlement de fonctionnement de l'établissement annexé au présent contrat.

## VII.PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le document « Règlement de fonctionnement » joint et remis à la personne accompagnée avec le présent contrat.

Les prestations ci-dessous énumérées sont assurées dans les conditions et les limites fixées par le règlement de fonctionnement.

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

### 7.1 Prestations d'administration générale

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

### 7.2 Le logement

#### **7.2.1 Descriptif du logement**

Il est mis à disposition de la personne accompagnée une chambre individuelle ou double, les locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD.

Un état des lieux contradictoire et écrit est dressé à l'entrée et à la sortie de la personne accompagnée dans sa chambre. En cas de dégradation imputable à la personne accompagnée, les frais de remise en état des locaux seront à sa charge.

L'établissement comptabilise quatre chambres partagées. La personne accompagnée a accès à un cabinet de toilette privatif comprenant un lavabo et des toilettes. Certains cabinets de toilette sont équipés de douches.

La personne accompagnée a accès à une salle de bain individuelle ou collective.

La personne accompagnée peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Elle peut amener des effets et du mobilier personnel si elle le désire, dans le respect des normes de sécurité et d'accessibilité. L'établissement prend en charge l'entretien des biens mobiliers et immobiliers à l'exclusion de ceux apportés par la personne accompagnée.

L'établissement assure toutes les tâches d'entretien et de nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour de la personne accompagnée, ainsi que l'entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs.

La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts est également assurée par l'établissement.

La personne accompagnée s'engage à respecter les locaux mis à sa disposition.

#### **7.2.2 Eau, gaz, électricité, éclairage, chauffage**

La fourniture de fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement est à la charge de l'établissement.



### **7.2.3 Téléphone, télévision et connexion Internet**

#### **➤ Téléphone**

Les chambres sont équipées de prises de téléphone.

La réception et l'appel téléphonique sont directs.

L'ouverture de ligne est à demander à l'accueil. L'abonnement et les communications téléphoniques sont à la charge de la personne accompagnée.

La personne accompagnée doit apporter son combiné téléphonique.

#### **➤ Télévision**

Les chambres sont équipées de branchements pour recevoir la télévision.

Toutefois, l'établissement ne fournit pas les téléviseurs ni les décodeurs.

Ces appareils restent le choix personnel de la personne accompagnée et il lui appartient de les apporter dans sa chambre. Leur entretien et les réparations restent strictement à la charge de la personne accompagnée. L'installation sera néanmoins vérifiée par le responsable maintenance de l'établissement.

Des salons communs sont équipés de la télévision.

#### **➤ Accès Internet**

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée aux moyens de communication, y compris internet, dans tout l'établissement incluant la chambre.

### **7.2.4 Sécurité et hygiène**

#### **➤ Usage du tabac/vapotage**

Aux termes de la loi Evin du 10 janvier 1991, complétée par le décret n°9278 du 29 mai 1992 et le décret n° 2006-1836 du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans les espaces publics et collectifs de l'établissement ainsi que dans les chambres équipées d'oxygène, dans les chambres partagées ainsi que dans les lits pour raison de sécurité.

Il est également interdit de vapoter dans tous les espaces collectifs de l'établissement.

#### **➤ Sécurité électrique**

Afin de limiter les risques d'incendie, l'usage des multiprises est formellement interdit. Seuls les prolongateurs sont autorisés.

#### **➤ Animaux domestiques**

Les animaux domestiques des personnes accompagnées ne sont pas acceptés dans l'établissement.

### **7.2.5 Changement de logement**

La personne accompagnée a la possibilité de demander un changement de chambre en cours de séjour. En fonction des disponibilités de l'établissement, il pourra lui être proposé une autre chambre.

Un changement de logement peut également être réalisé en cours de séjour sur décision de l'établissement dans le cadre d'opérations de travaux ou d'entretien du logement ou pour des raisons médicales après avis du médecin coordonnateur. La personne accompagnée est alors informée de cette nécessité, son accord est nécessairement recherché.

## 7.3 Accompagnement de la personne accueillie

### **7.3.1 Restauration**

Le service de restauration assure les petits déjeuners, déjeuners et dîners ainsi que des collations au milieu de l'après-midi et, le cas échéant, une collation nocturne.

Les repas sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé de la personne accompagnée justifie qu'ils soient pris en chambre (avis médical et paramédical).

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance médicale sont pris en compte.

La personne accompagnée peut inviter les personnes de son choix au déjeuner après réservation auprès de l'accueil dans la limite de 6 invités au total pour l'ensemble de l'établissement. L'établissement doit être prévenu au moins cinq jours à l'avance. Le prix du repas est fixé chaque année par le Conseil d'Administration et communiqué aux personnes accompagnées par courrier et par affichage dans l'établissement.

### **7.3.2 Le linge et son entretien**

Le linge personnel doit être fourni dès l'arrivée de la personne accompagnée. La famille doit assurer le remplacement du linge en fonction de son degré d'usure et renouveler la garde-robe en cas de perte d'autonomie, de modification de poids...

L'entretien (lavage et repassage) et le marquage du linge personnel de la personne accompagnée est inclus dans le tarif hébergement.

Une exception est faite pour l'entretien du linge délicat ne supportant ni l'essorage puissant ni le sèche-linge (vêtements contenant du mohair, cachemire, soie,..... ). La responsabilité de l'établissement ne pourra pas être engagée en cas de dégradation de ce linge fragile. Cet entretien spécifique est à la charge de la charge de la personne accompagnée.

Le linge personnel de la personne accompagnée est identifié par des étiquettes fournies et posées sur les vêtements par l'établissement. Le marquage du linge est réalisé par la lingère de l'établissement au moment de l'admission et également lors de tout réassort de linge. Le démarquage n'est pas réalisé par l'établissement.

Les alèses, draps, taies d'oreillers, couvertures, couvre-lit, oreillers, linge de toilette et linge de table sont fournis et entretenus par l'établissement. Il est renouvelé autant que de besoin par l'établissement.

### **7.3.3 Les produits d'hygiène corporelle**

Les produits d'hygiène corporelle (rasoirs, lames, mousse à raser, savon liquide, shampoing,) sont à la charge de la personne accompagnée. Ils doivent être renouvelés aussi souvent que nécessaire.

## 7.4 Prestation d'animation de la vie sociale

Les actions d'animation collectives et autres activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.

L'organisation des activités extérieures à l'EHPAD est incluse dans le prix de journée. Une participation financière peut être demandée pour certaines activités.

## 7.5 Autres prestations

Restent aux frais et à la demande de la personne accompagnée :

- La prestation coiffure réalisée par des intervenants extérieurs à l'établissement. Les tarifs des coiffeurs qui interviennent sont affichés à l'accueil.
- Les soins esthétiques pratiqués par des intervenants extérieurs à l'établissement

- Les interventions des pédicures-podologues pour des soins de pédicurie (hors prescriptions médicales pour les patients en ALD Diabète).

## 7.6 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

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

Les aides qui peuvent être apportées à la personne accompagnée concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien, voire le développement de l'autonomie.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement, notamment les consultations chez les professionnels libéraux ou dans les établissements de santé sont à la charge de la personne accompagnée et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Dans l'hypothèse où l'accompagnant ne peut pas se déplacer, la personne pourra être conduite, soit en véhicule sanitaire léger (si son état le permet), soit en ambulance à ses frais et sur prescription médicale.

## 7.7 Soins et surveillance médicale et paramédicale

L'établissement assure une continuité de son activité 24 heures sur 24 par la présence de personnels de jour et de nuit. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un système d'appel malade.

Les mesures médicales et thérapeutiques individuelles adoptées par l'équipe soignante figurent au sein du dossier médical de la personne accompagnée.

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, chargé notamment :

- du projet de soins, de sa coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des personnes hébergées par l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc ;
- de l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le week-end ;
- des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre une nouvelle personne en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;
- de la bonne tenue du dossier médical.

Enfin, en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les personnes accompagnées par l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de médecin coordonnateur. Les médecins traitants des personnes hébergées concernées sont informés des prescriptions réalisées.

La personne accompagnée est libre de choisir son médecin traitant conditionné à l'accord de ce dernier. Un médecin traitant salarié de l'établissement peut également assurer le suivi médical des personnes accompagnées.

Sur prescription médicale, les prestations suivantes sont assurées sur place : pédicurie (avec prise en charge des frais par l'assurance maladie si ALD Diabète uniquement), kinésithérapie et autres professionnels de santé libéraux selon le choix de la personne accompagnée.

### **7.7.1 Information sur l'état de santé, consentement éclairé**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé dans les conditions prévues par la loi.

S'agissant des majeurs sous tutelle, ce droit est exercé par le tuteur à la personne. Néanmoins, les majeurs sous tutelle ont le droit de recevoir une information et de participer à la prise de décision les concernant,

d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement. Le recueil du consentement est une obligation majeure que l'établissement s'engage à respecter dès l'arrivée de la personne accompagnée et à tous les moments de sa vie en institution.

### **7.7.2 Personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consulté au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle peuvent désigner une personne de confiance à condition d'y être autorisées par le juge ou le conseil de famille quand il est constitué (cf jugement). Si une personne de confiance avait été désignée avant la mesure de tutelle, le juge ou le conseil de famille selon le cas, peut confirmer ou révoquer cette désignation.

Cette désignation est faite par écrit, elle est révocable à tout moment.

Si la personne accompagnée le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette personne peut également être dépositaire des directives anticipées.

Si la personne accompagnée a désigné une personne de confiance, le formulaire de désignation et de révocation de la personne de confiance est remis lors de l'admission et est annexé au présent contrat de séjour. Il est complété par la personne accompagnée elle-même ou par des témoins si elle est dans l'impossibilité physique d'écrire seule.

### **7-7-3 Accueil de la personne accompagnée dans l'unité spécialisée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées**

L'EHPAD dispose d'une Unité d'Hébergement pour Personnes âgées Désorientées (UPAD) de 12 places. L'admission et la sortie des personnes accompagnées à l'UPAD font l'objet de modalités spécifiques et de la rédaction d'une annexe précisant les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires, proposées par le médecin coordonnateur, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure.

## **VIII.COÛT DU SÉJOUR**

L'établissement étant habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacune des personnes qu'il accueille. Elles sont portées à leur connaissance collectivement à travers leur présentation au sein du Conseil de la vie sociale.

### **8.1 Dépôt de garantie**

La personne accompagnée en hébergement définitif doit s'acquitter à l'entrée d'un dépôt de garantie correspondant à 30 jours de frais d'hébergement-

Le montant du dépôt de garantie est précisé en annexe du présent contrat. Ce montant est actualisé chaque année et l'information est communiquée à tout nouvel arrivant.

Il sera restitué à la personne accompagnée ou à son représentant dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier. La date de sortie correspond à la date de réalisation de l'état des lieux contradictoire.

### **8.2 Frais de séjour**

Le prix de journée est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil départemental. Un rattrapage du tarif hébergement est réalisé lorsque celui-ci est fixé après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours par le Président du Conseil Départemental.

Le présent contrat comporte une annexe à caractère informatif et non contractuel relative aux tarifs et conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence et d'hospitalisation. Le tarif des prestations étant susceptible d'évoluer annuellement dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, en cas de modification des prix et des tarifs, l'annexe est mise à jour et l'établissement informe par écrit la personne accompagnée du nouveau montant applicable. Les nouveaux prix et tarifs sont également affichés à l'accueil de l'établissement.

Le coût du séjour est financé par :

- le tarif hébergement
- le tarif dépendance
- le forfait soins

Le tarif journalier payé par la personne accompagnée, sa famille ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance. Le forfait soins est pris en charge par l'Assurance Maladie.

#### ➤ **Frais d'hébergement**

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations décrites dans l'annexe des tarifs et prestations socles conformément à l'annexe 2-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière.

Le tarif journalier est payé mensuellement à terme à échoir, auprès du Trésor Public. A la demande de la personne accompagnée, un prélèvement automatique peut être effectué auprès du secrétariat de l'EHPAD. Un paiement en ligne des factures peut également être effectué via PAYFIP.

Les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées (absences pour convenances personnelles, hospitalisations et décès) sont régularisées le mois suivant.

Une allocation logement est possible selon les conditions de ressource. Les documents sont disponibles sur demande au secrétariat de l'EHPAD.

#### ➤ **Frais liés à l'état de dépendance et à la perte d'autonomie**

Le tarif dépendance représente la participation au financement de l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liés aux soins. Ce tarif peut évoluer selon les évaluations dépendances réalisées à partir de la grille AGGIR, régulièrement réévaluées au cours du séjour. Toute modification fait l'objet d'une information aux personnes accompagnées par courrier.

A l'admission de la personne accompagnée, une évaluation est réalisée par l'équipe soignante et validée par le médecin coordonnateur pour déterminer son niveau de dépendance. En fonction de ce niveau et du niveau des ressources financières, les personnes hébergées peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental. Les personnes accompagnées classées en GIR 5 ou 6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

- *En hébergement définitif*, cette allocation est versée à l'établissement sous forme de dotation globale, et ce uniquement pour les personnes accompagnées ressortissantes du département de la Sarthe. Si la personne accompagnée habite hors département de la Sarthe, l'établissement facture au résident le tarif dépendance en fonction de son niveau de dépendance réévalué chaque année, l'allocation lui étant versée directement.
- *En hébergement temporaire :*  
*Lorsque la personne accompagnée n'est pas éligible au dispositif extra-légal d'aide sociale, l'APA continue à être versée directement à la personne accompagnée, les frais liés à l'état de dépendance*

et à la perte d'autonomie sont facturés à la personne accompagnée en fonction de son GIR réel, évalué de manière régulière par l'équipe soignante.

*Lorsque la personne accompagnée est éligible au dispositif extra-légal d'aide sociale*, le versement de l'APA est suspendu.

**INFORMATION IMPORTANTE** : une attestation d'entrée en EHPAD est fournie par le secrétariat de l'établissement à la personne accompagnée. Cette dernière doit être transmise au Conseil départemental pour arrêter le versement de l'APA en cas d'hébergement définitif et d'hébergement temporaire.

L'APA permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé par arrêté du Président du Conseil départemental, en sus du tarif hébergement. Une participation reste à la charge de la personne accompagnée en fonction de sa perte d'autonomie et du niveau de ses ressources (ticket modérateur).

### ➤ **Frais liés aux soins**

L'établissement ayant opté pour un forfait global de soins dans le cadre de ses relations avec l'Assurance Maladie, cela signifie qu'il prend en charge la quasi-totalité des dépenses de soins.

La prise en charge couvre la rémunération des médecins traitants (sur la base du tarif conventionnel de secteur 1), les produits pharmaceutiques, les actes de laboratoire et de radiologie, sans aucune démarche auprès de l'assurance maladie.

Certaines prestations demeurent cependant exclues du forfait soin de l'établissement, notamment :

- la rémunération des médecins spécialistes exerçant à titre libéral,
- les frais de transports sanitaires,
- les soins dentaires,
- les examens de radiologie nécessitant un équipement lourd (IRM et scanner),
- tous les frais liés à une hospitalisation, y compris en cas de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein de l'EHPAD.

La personne accompagnée est informée que le recours à ces prestations se fera à ses frais, avec remboursement par l'Assurance Maladie, et éventuellement sa mutuelle, dans les conditions fixées par ces organismes.

Pour toutes les personnes accompagnées, les soins infirmiers, la fourniture du petit matériel médical sont compris dans le forfait soins.

Le matériel médical spécifique (exemples : fauteuils roulants, cadres de marche, lits médicalisés, lève-personne, etc...) est fourni par l'établissement. Dans ce cadre, la personne accompagnée ou son représentant légal le cas échéant, s'engagent à mettre fin à la location de ce type de matériels ou d'équipements utilisés à leur ancien domicile lors de l'entrée dans l'établissement.

## 8.3 Aide sociale

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour les personnes accompagnées en hébergement permanent. Le Conseil départemental a habilité à l'aide sociale les deux lits d'hébergement temporaire. **Ces deux régimes d'aide sociale sont distincts et indépendants. Le bénéfice de l'aide sociale applicable dans le cadre de l'hébergement temporaire ne prévaut pas d'une admission à l'aide sociale en hébergement permanent.**

### • **L'aide sociale dans le cadre de l'hébergement permanent**

S'agissant des personnes accompagnées relevant de l'aide sociale, celles-ci sont tenues de participer à leurs frais d'hébergement, dans la limite de 90 % de leurs ressources. Toutefois, une somme minimale mensuelle équivalente à 1% du minimum social annuel doit être laissée à la disposition de l'intéressé (e), au titre de l'argent de poche.

Pour les personnes hébergées dans les établissements sarthois, l'allocation logement et les ressources de l'hébergé sont reversées au compte de l'établissement dans le cadre du désintéressement partiel.

Pour les personnes accompagnées dans des établissements hors du département de la Sarthe, l'allocation logement et les ressources sont à reverser au Département soit par le compte de l'établissement, soit par le bénéficiaire ou son représentant légal.

- ***L'aide sociale dans le cadre de l'hébergement temporaire habilité à l'aide sociale***

Une prestation d'aide sociale extra-légale inscrite au règlement départemental d'aide sociale visant à solvabiliser le financement de l'hébergement temporaire pour les bénéficiaires. Cette prestation n'est pas soumise à la participation des obligés alimentaires ni à la récupération sur succession.

Au titre de l'aide sociale, le Conseil départemental contribue au paiement des frais d'hébergement et de la dépendance moyennant une participation forfaitaire de 20 euros par jour d'hébergement et par bénéficiaire.

Sont éligibles à cette prestation, les personnes répondant aux critères suivants :

- La personne doit avoir 65 ans ou plus ou 60 ans avec certificat d'inaptitude au travail ;
- Le domicile de secours est en Sarthe ;
- Les ressources du bénéficiaire doivent être inférieures au plafond défini par le règlement départemental d'aide sociale (barème révisable au 1<sup>e</sup> janvier de chaque année)
- Ne pas avoir bénéficié de plus de 90 jours, consécutifs ou non, par année civile et par demandeur.

**En cas de non-respect de l'un de ces critères, le bénéficiaire de l'accueil temporaire s'engage à verser l'intégralité des frais de séjour (hébergement et dépendance) à l'établissement.**

Pour les bénéficiaires de l'APA ou de l'ACTP, la prestation est suspendue pendant l'hébergement temporaire. Pour les bénéficiaires de la PCH, la prestation est réduite à hauteur de 10 % du montant antérieurement versé dans les limites d'un montant minimum et d'un montant maximum fixés par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées. Cette réduction intervient au-delà de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier de ce fait son ou ses aides à domicile.

**La demande devra être adressée 1 mois avant le séjour par courrier ou par mail. Tout retard pourra entraîner un refus de prise en charge**

Toute évolution législative ou réglementaire relative à l'aide sociale devra générer un avenant au présent contrat.

## IX.CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence. Des règles différentes s'appliquent en cas d'absence pour convenances personnelles ou d'absence pour hospitalisation.

### 9.1 Réservation

Un tarif réservation égal au tarif hébergement sera appliqué en cas d'entrée différée par rapport à la date prévue pour l'accueil de la personne accompagnée. Sont déduites du tarif de réservation les charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie fixées par le règlement départemental d'aide sociale.

### 9.2 Facturation de l'hébergement en cas d'hospitalisation

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

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, la personne accompagnée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier, sans limitation de durée.

### 9.3 Facturation de l'hébergement en cas d'absence pour convenances personnelles

Pour convenance personnelle, la personne accompagnée dispose d'un droit d'absence de 5 semaines par année civile.

L'absence doit être signalée à l'établissement au moins 48 heures avant le départ.

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure à 72 heures, la personne accompagnée est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, la personne accompagnée est redevable du tarif hébergement minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie fixées par le règlement départemental d'aide sociale.

### 9.4 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenances personnelles

L'établissement n'est pas fondé à facturer le ticket modérateur dépendance en cas d'hospitalisation et ce dès le premier jour d'absence.

En cas d'absence pour convenances personnelles, le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé à condition que la personne accompagnée ait préalablement informé l'établissement de son absence.

### 9.5 Facturation en cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois. A l'échéance du préavis d'un mois, la direction peut procéder à la libération de la chambre.

Le dépôt de garantie est restitué à la personne accompagnée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent la sortie de l'établissement ou le décès, déduction faite de l'éventuelle créance existante.

## X.DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

### 10.1 Délai de rétractation

Conformément à l'article L. 311-4-1 du CASF, la personne accompagnée 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'acquiescement du prix de la durée de séjour effectif.

Passé le délai de rétractation, la personne accompagnée ou son représentant légal peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de 48 heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans en justifier le motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.



## 10.2 Révision

Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'Administration après avis du Conseil de la Vie Sociale, fera l'objet d'un avenant.

## 10.3 Résiliation à l'initiative de la personne accompagnée

Passé le délai de rétractation susmentionné, la personne accompagnée ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. La chambre est libérée au plus tard à la date prévue pour le départ.

## 10.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement

### **10.4.1 Motifs généraux de résiliation**

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

En cas d'inexécution par la personne accompagnée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accompagnée;

- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- Dans le cas où la personne accompagnée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

La Direction de l'établissement peut résilier le contrat de séjour dans l'un des cas susmentionnés sous réserve d'un délai de préavis d'un mois.

### **10.4.2 Modalités particulières de résiliation**

- En cas d'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

**En l'absence de caractère d'urgence**, si l'état de santé de la personne accompagnée ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et le cas échéant, le médecin coordonnateur de l'établissement.

**En cas d'urgence**, la Direction prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant s'il en existe un et le cas échéant, du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé de la personne accompagnée ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, la personne/ou son représentant légal sont informés par la Direction dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après notification de la décision.

- En cas de non-respect du règlement de fonctionnement et du présent contrat : incompatibilité avec la vie en collectivité

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 la Directrice et la personne accompagnée accompagnés éventuellement de la personne de son choix et /ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance.

En cas d'échec de cet entretien, la Directrice sollicite l'avis du Conseil de la Vie Sociale dans un délai de 30 jours avant d'arrêter sa décision définitive quant à la résiliation du contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à la personne accompagnée et/ou à son représentant légal.

Le cas échéant, le logement sera libéré 15 jours après la notification de la décision définitive.

En cas d'urgence, dans le cas où la personne accompagnée met en danger le personnel et/ou les autres personnes accompagnées, la Direction peut convoquer le Conseil de la Vie Sociale en réunion extraordinaire, après avis du médecin coordonnateur et après s'être entretenu avec la personne accompagnée et/ou son représentant légal. Suite à ces avis et à cet entretien, la Direction peut prononcer l'exclusion de la personne accompagnée. La personne accompagnée et s'il en existe un, son représentant légal, sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception de la décision de la Direction.

- En cas de résiliation pour défaut de paiement

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant à la personne accompagnée au titre du contrat de séjour. Le défaut de paiement relève donc d'une inexécution du contrat de séjour et un motif de résiliation de ce dernier.

Tout retard de paiement supérieur ou égal à 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre la Directrice et la personne accompagnée ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée à la personne accompagnée et/ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. A défaut, le contrat de séjour est résilié par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre doit être libérée dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation du contrat de séjour.

### 10.5 Résiliation de plein droit

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès, la facturation continue néanmoins de courir tant que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait et au maximum dans les 5 jours. Sont déduites du tarif de réservation les charges variables de restauration et d'hôtellerie pour un montant fixé par le règlement départemental d'aide sociale.

Le représentant légal et la personne de confiance éventuellement désignée par la personne accompagnée sont immédiatement informés du décès de ce dernier par tous les moyens et en dernier recours par lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre doit être libérée dès que possible. Au-delà de 5 jours, la Direction peut procéder à la libération de la chambre.

## XI. REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS

Le régime de sûreté des biens et du sort des biens mobiliers en cas de départ ou décès applicable est celui prévu par les articles L1113-1 à L1113-10 et R1113-1 à R1113-9 du Code de la Santé Publique.

### 11.1 Régime de sûreté des biens

Toute personne accompagnée est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement. Ce dépôt s'effectue entre les mains du comptable public lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur.

L'établissement est alors responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains d'un comptable public.

Cette responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt classique. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par la personne accompagnée dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par la personne accompagnée restent placés sous sa responsabilité pleine et entière.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par la personne accompagnée y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes. Sa responsabilité ne serait retenue que dans le cas où une faute serait établie à son encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La preuve de la faute est à la charge du demandeur.

La personne accompagnée et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

### 11.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayants-droits

La personne accompagnée et/ou son représentant légal sont informés par le présent article des conditions de retrait et de conservation des objets lui appartenant en cas de décès ou de départ définitif.

#### **11.2.1 Décès ou départ définitif de la personne accompagnée à titre payant**

Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs sont déposés entre les mains du comptable public de l'établissement. Les autres objets sont conservés par l'établissement.

Ils sont remis aux héritiers sur justification de leurs droits, ou au notaire chargé de la succession pendant une année à compter de la date de décès.

Les objets laissés à l'établissement après un départ ou non réclamés par les héritiers d'une personne décédée sont considérés comme abandonnés dès lors qu'un an après le décès ou le départ définitif, l'EHPAD n'aurait reçu aucune information sur les conditions de leur enlèvement ou de leur retrait. Ils sont alors remis à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Pour les autres objets mobiliers, la remise s'effectue auprès de l'autorité administrative chargée du domaine aux fins d'être mis en vente. Le propriétaire ou ses héritiers seront avisés de cette vente.

Le service des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans cette hypothèse les objets deviennent la propriété de l'établissement.

### 11.2.2 Décès ou départ définitif de la personne accompagnée au titre de l'aide sociale légale

Un inventaire est établi, dans les meilleurs délais après le décès, par le personnel de l'établissement.

Le numéraire et les valeurs inactives, objets de valeur sont placés auprès du comptable public qui en délivre quittance.

Les autres objets sont entreposés dans un local dans l'attente de la décision du département d'assistance qui recevra ultérieurement de la trésorerie principale de l'établissement les disponibilités et valeurs inactives évoquées ci-dessus.

## XII.ASSURANCES

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et réglementations en vigueur. Pour autant, cette assurance n'exonère pas les dommages dont pourraient être à l'origine les personnes accompagnées. Ainsi, la personne accompagnée est informée de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance responsabilité civile individuelle, dont elle s'engage à transmettre chaque année une copie à l'établissement.

## XIII.REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

La signature du présent contrat par la personne accompagnée et/ ou son représentant légal vaut acceptation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD en vigueur à la date de signature dudit contrat. Le règlement de fonctionnement est annexé au présent contrat.

## XIV.PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel de l'établissement habilité à traiter ces données.

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

La personne accompagnée, ou son représentant légal, peut accéder aux données la concernant, les rectifier, exercer son droit à la limitation du traitement de ses données, enfin disposer du sort de ses données après son décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, la personne accompagnée ou son représentant légal peut contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à l'EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton – 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité peut être demandé en cas de doutes raisonnables sur l'identité du demandeur.

Si la personne accompagnée ou son représentant légal, après avoir contacté l'établissement, estime que ses droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, elle peut adresser une réclamation à la CNIL.

## XV. CLAUSES DE CONFORMITE ET SIGNATURE

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute modification du contrat de séjour sera faite par voie d'avenant.

Le présent contrat est établi en double exemplaire : le premier est remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal, le second est classé dans le dossier administratif de la personne accompagnée.

Il a fait l'objet d'une lecture conjointe entre les parties suivantes :

**D'une part**, L'EHPAD «Albert Trotté»,

**Et d'autre part :**

La personne accompagnée,

Mme/M. NOM .....Prénom.....

Accompagnée éventuellement par la personne de son choix : .....

Mme/M. NOM .....Prénom.....

Adresse : .....

Lien avec la personne accompagnée : .....

**Ou** « le représentant légal » agissant pour le compte de la personne accompagnée :

Désignation du représentant : .....

Qui attestent avoir pris connaissance de l'ensemble des obligations nées de ce contrat ainsi que des dispositions du règlement de fonctionnement de l'établissement, les approuvent et s'engagent mutuellement à les respecter.

La personne accompagnée ou son représentant légal, par la signature de ce contrat, reconnaissent avoir reçu le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'établissement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Fait à Thorigné-sur- Dué , le .....

La personne accompagnée ou son représentant légal :  
Date et signature, précédées de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »)

La Directrice de l'établissement  
Anne RICHARD

Ce document constitue un document individuel de prise en charge au regard :

- De la demande d'admission en hébergement temporaire de moins de deux mois de M/Mme .....du .....au .....
- Du refus de signature du contrat de séjour proposé pour un hébergement permanent à durée indéterminée par M/Mme .....ou son représentant légal.
- De l'incapacité de M/Mme .....d'engager sa signature pour l'établissement d'un contrat de séjour pour un hébergement permanent à durée indéterminée et en l'absence de représentant légal, incapacité évaluée par le médecin coordonnateur (cf. dossier médical de la personne accompagnée).





**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 1**  
**TARIFS ET PRESTATIONS SOCLES**

Annexe à caractère indicatif et non contractuelle relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation.

**TARIFS en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024**

		Chambre simple	Chambre double
<b>Réservation de chambre</b>	= Prix de journée – charges variables de restauration et d’hôtellerie fixées par le règlement départemental d’aide sociale	<b>56,84 €</b>	<b>54,84 €</b>
<b>Dépôt de garantie</b>	= Prix de la journée X 30 jours	<b>2005,20 €</b>	<b>1945,20 €</b>
<b>Tarif journalier hébergement</b>	Personnes âgées de plus de 60 ans, en hébergement permanent et temporaire	<b>66,84 €</b>	<b>64,84 €</b>
	Personnes âgées de moins de 60 ans, en hébergement permanent et temporaire	<b>86,14 €</b>	
<b>Tarif journalier dépendance</b>	<i>GIR 1 – 2</i>	<b>22,31 €</b>	
	<i>GIR 3 – 4</i>	<b>14,16 €</b>	
	<i>GIR 5 – 6</i>	<b>6,01 €</b>	
<b>Reste à charge journalier</b>	Personnes âgées sarthoises de plus de 65 ans ou de 60 ans ou plus avec un certificat d’inaptitude au travail, en hébergement temporaire habilité à l’aide sociale	<b>20 €</b>	
	Personnes âgées sarthoises de plus de 60 ans, en hébergement permanent	<b>72,85 €</b>	<b>70,85 €</b>
	Personnes âgées de moins de 60 ans en hébergement permanent ou temporaire	<b>86,14 €</b>	
	Personnes âgées de plus de 60 ans en hébergement temporaire :		
	<i>GIR 1 – 2</i>	<b>89,15 €</b>	<b>87,15 €</b>
	<i>GIR 3 – 4</i>	<b>81 €</b>	<b>79 €</b>
	<i>GIR 5 – 6</i>	<b>72,85 €</b>	<b>70,85 €</b>
<b>Absence pour hospitalisation</b>	Au-delà de 72 heures, le forfait hospitalier est déduit du forfait hébergement :		
	<i>Si hospitalisation classique =&gt; déduction du forfait hospitalier général</i>	<b>-20 € / jour</b>	
	<i>Si hospitalisation en psychiatrie =&gt; déduction du forfait hospitalier psychiatre</i>	<b>-15 € / jour</b>	
<b>Absence pour convenance personnelle</b>	Tarif journalier en cas d’absence pour convenance personnelle supérieure à 72h	<b>56,84 €</b>	<b>54,84 €</b>
<b>Décès</b>	Tarif journalier en cas de décès : facturation au maximum pendant 5 jours tant que les effets personnels n’ont pas été libérés de la chambre	<b>56,84 €</b>	<b>54,84 €</b>
<b>REPAS INVITES</b>	Du lundi au samedi	<b>12 €</b>	
	Les dimanches, jours fériés et repas à thème (apéritif compris)	<b>18 €</b>	
	Repas de Noël et du jour de l’an (apéritif compris)	<b>22 €</b>	
	Suppléments :		
	Apéritif :	<b>1 € par personne</b>	
	Vin :	<b>5 € la bouteille</b>	
	Cidre :	<b>3,50 € la bouteille</b>	

## LISTE DES PRESTATIONS SOCLE

Le décret d'application n°2015-1868 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement vient préciser la liste des prestations minimales proposées en EHPAD et comprises dans le prix de journée.

### Prestations d'administration

### Prestations d'accueil hôtelier :

- Mise à disposition d'une chambre avec accès à une salle de bain et des toilettes
- Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour
- Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs
- Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts
- Mise à disposition des connectiques pour l'accès à la télévision et au téléphone
- Accès à Internet au sein de l'établissement et dans la chambre

### Prestations de restauration

- Accès à un service de restauration
- Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne

### Prestations de blanchissage

- Fourniture, pose, renouvellement et entretien du linge plat et du linge de toilette
- Etiquetage et entretien des vêtements non fragiles des personnes accompagnées

### Prestations d'animation de la vie sociale

- Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement
- Organisation des activités extérieures à l'établissement





**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 2**  
**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR A L'ADMISSION**

Madame, Monsieur,

Afin de constituer votre dossier administratif, nous vous remercions de remettre au secrétariat les documents suivants :

**Pour un hébergement définitif :**

- Présentation d'une pièce d'identité
- Copie du livret de famille
- Copie du jugement si mesure de protection juridique
- Copie du dernier avis d'imposition
- Copie de la dernière déclaration d'impôts
- Copie du contrat d'assurance vie (si existant)
- Copie de la notification APA
- Relevé d'identité bancaire
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile
- Carte vitale + attestation carte vitale
- Carte mutuelle
- Traitements et ordonnances en cours

**Pour un hébergement temporaire :**

- Présentation d'une pièce d'identité
- Copie du livret de famille
- Copie du jugement si mesure de protection juridique
- Copie de la notification APA
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile
- Carte vitale + attestation carte vitale
- Carte mutuelle
- Traitements et ordonnances en cours





**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 3**  
**FORMULAIRE DE RESERVATION DE LA CHAMBRE**

Je soussigné (e), M./Mme.....

sollicite la réservation de la chambre n° .....du.....au.....inclus.

- ❖ Je m'engage à payer mes frais de séjour pendant cette réservation jusqu'à mon entrée effective prévue le.....
- ❖ M./Mme.....s'engage à payer les frais de séjour pour la réservation de cette chambre pour mon parent :

Mon lien de parenté est .....

Le tarif réservation est arrêté par le Conseil d'administration sur la base du tarif journalier hébergement à la signature du contrat de séjour duquel sont déduites les charges de restauration et d'hôtellerie fixées par le règlement départemental d'aide sociale.

La facturation prend effet au premier jour de la réservation.

Compte tenu du fait que la chambre ne sera pas occupée, aucun dépôt de garantie ne sera réclamé. La personne accompagnée devra s'en acquitter au moment de son entrée définitive.

En cas de renonciation ou d'annulation de la demande d'hébergement, et ce qu'elles qu'en soient les raisons, la réservation restera due jusqu'au jour de la réception écrite de celle-ci.

La personne accompagnée ou son représentant légal déclarent par la présente en avoir connaissance.

Fait à Thorigné-sur-Dué, le .....

**Signature de la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement habilité à traiter ces données*

*Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*



**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 4**  
**ETAT DES LIEUX D'ENTREE ET DE SORTIE****NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **CHAMBRE N°.....** \_\_\_\_\_**Date d'entrée :** \_\_\_\_\_ **Date de sortie :** \_\_\_\_\_ **Date de retrait des objets personnels :** \_\_\_\_\_

La chambre	Etat à l'entrée	Etat à la sortie	Commentaires
Sols	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Murs	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Plafond	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Electricité	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Luminaires	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Porte	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Placard	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	

Remplir les cases à l'aide de la légende : TB : Très bon état – B : Bon état – P : Etat moyen – M : Mauvais état

Mobilier de la chambre	Etat à l'entrée	Etat à la sortie	Commentaires
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Table de chevet	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Fauteuil de repos	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Table	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Chaise	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Adaptable (si besoin)	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	

Remplir les cases à l'aide de la légende : TB : Très bon état – B : Bon état – P : Etat moyen – M : Mauvais état

La salle de bain	Etat à l'entrée	Etat à la sortie	Commentaires
Sols	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Murs	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Plafond	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Porte	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Luminaires	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
W-C	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Lavabo	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Placard	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Douche	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	
Robinet	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	

Remplir les cases à l'aide de la légende : TB : Très bon état – B : Bon état – P : Etat moyen – M : Mauvais état

Remarques générales :
-----------------------

	Remis à l'entrée	Restitué à la sortie	Commentaires
Clé de la chambre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### Les dons de mobilier et de linge sont soumis à l'accord de la Direction.

Les constatations ci-dessus ont été établies contradictoirement entre les parties. Si nécessaire, le montant de la remise en état des lieux sera retenu sur le dépôt de garantie.

Fait à **Thorigné-sur-Dué**, le ..... en **2** exemplaires.

Date :	Représentant de l'EHPAD :	Personne accompagnée ou représentant légal :
Etat des lieux à l'entrée : Date : ...../...../.....	<i>Nom – prénom - signature</i>	<i>Nom – prénom - signature</i>
Etat des lieux à la sortie : Date : ...../...../.....	<i>Nom – prénom - signature</i>	<i>Nom – prénom - signature</i>

**NB : Les états des lieux d'entrée et de sortie doivent être réalisés aux jours et horaires d'ouverture du secrétariat.**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement habilité à traiter ces données*

*Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 5**  
**ABONNEMENT ET RESILIATION TELEPHONIQUE****ABONNEMENT TELEPHONIQUE**

Je soussigné(e) Mr ou Mme (le résident) .....

Ou (son représentant légal).....

 souhaite bénéficier d'une ligne téléphonique à compter du ..... ne souhaite pas bénéficier de ligne téléphonique

Le.....

**Signature de la personne accompagnée****ou de son représentant légal****RESILIATION DE L'ABONNEMENT TELEPHONIQUE**

Je soussigné(e) Mr ou Mme (la personne accompagnée) .....

Ou (son représentant légal).....

Souhaite résilier la ligne téléphonique de Mr ou Mme (la personne accompagnée) .....

à compter du .....

Le .....

**Signature de la personne accompagnée****ou de son représentant légal**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement habilité à traiter ces données

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :


EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.





	ENRE-ADMI-147	Version 2	Date d'application : 01/01/2023	Page 1/1
	<b>CONTRAT DE SEJOUR/DIPC</b> <b>Annexe 6</b> <b>ATTESTATION DE RESILIATION DE LOCATION DU MATERIEL MEDICAL</b> <b>(Hébergement permanent)</b>			

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de la personne accompagnée) :

---

Certifie :

- Avoir mis fin aux contrats de location de matériel médical.
- Avoir restitué aux différents organismes les matériels médicaux dont je bénéficiais à domicile avant mon entrée en EHPAD.

Fait à Thorigné-sur-Dués, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement habilité à traiter ces données*

*Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*



**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC - Annexe 7  
FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Madame, Monsieur,

Vous êtes hébergé (e), à l'EHPAD Albert Trotté et vous souhaitez être accompagné (e) dans vos démarches. La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance, que vous choisirez librement parmi vos parents, proches, voire votre médecin traitant.

La personne de confiance peut, selon vos souhaits :

- éventuellement vous accompagner dans toutes vos démarches à l'EHPAD;
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.

La personne de confiance peut aussi être consultée par votre médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.

➤ **Personne de confiance et personne à prévenir :**

En entrant à l'EHPAD Albert Trotté, nous vous demandons d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir est distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par **écrit signé** de votre part et a vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

➤ **Vous êtes sous tutelle :**

Si vous êtes sous tutelle, il n'est pas possible de désigner une personne de confiance, sauf si le jugement du juge des tutelles l'indique expressément.

La Directrice,  
Anne RICHARD

\*\*\*\*\*

Je soussigné.e (nom, prénom) résident.e à l'EHPAD Albert Trotté.....

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance  
 Désigne Mme. M (Nom, prénom, adresse, date de naissance, téléphone)

.....  
.....

.....en qualité de « personne de confiance ».

- La personne à prévenir est la même que la personne de confiance.

J'autorise la personne de confiance à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que la personne de confiance pourra être consulté (e) par le médecin responsable au cas où je serai hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée dans cette consultation préalable.

Je peux décider que certaines informations, que je juge confidentielles, ne doivent pas être communiquées par l'équipe médicale à la personne de confiance, je devrais alors l'indiquer précisément.

Je pourrai mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen en utilisant la zone correspondante en bas de ce formulaire.

Fait à Thorigné sur Dué, le...../...../.....

**Signature de la personne accompagnée:**

**Signature de la personne de confiance :**  
(recommandé)

**Révocation de la personne de confiance :**

Date :

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations au recto du présent document pour les besoins de désignation d'une personne de confiance et donc dans le cadre du consentement.

Vous confirmez par ailleurs avoir averti ladite personne de confiance d'avoir confié ses données à cet établissement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif, soignant et médical de l'établissement habilité à traiter ces données

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :

EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



ENRE-ADMI-32

Version 1

Date d'application :  
01/01/2023

Nombre de pages : 1

**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 8**  
**FORMULAIRE DE DESIGNATION DES REFERENTS FAMILIAUX**

Madame, Monsieur,

Vous êtes identifié/e comme proche d'un résident de l'EHPAD. Afin que nous puissions vous contacter, nous vous remercions de nous transmettre vos coordonnées à l'aide du formulaire ci-dessous :

<b>Nom et prénom du résident :</b>
<b>Nom et prénom du référent :</b>
<b>Lien de parenté :</b>
<b>Adresse postale :</b>
<b>N° de téléphone : (fixe et/ou portable)</b>
<b>Adresse mail :</b>

**Je souhaite être identifié/e comme :**

- Première personne à prévenir  
 Personne de confiance

Fait le : ...../ ..... / .....

**Signature du référent du résident :**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins d'information des proches concernant la personne accompagnée et donc dans le cadre de l'obligation contractuelle. Les données collectées (nom, prénom, coordonnées des référents) seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif, médical et soignant habilité à traiter ces données.*

*Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*





ENRE-ADMI-149

Version 3

Date d'application :  
18/03/2024Nombre de pages :  
1**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 9**  
**AUTORISATION ET DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Ou son représentant légal M/ Mme .....

Résidant à l'EHPAD « Albert Trotté »

	Cochez la case correspondante à votre choix	
	Autorise	N'autorise pas
La prise de photographies « portrait » pour alimenter le dossier médical et administratif afin de sécuriser l'accompagnement		
La prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement		
La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants :		
<i>Exposition de photographies au sein de l'établissement</i>		
<i>Publication d'un journal de l'établissement</i>		
<i>Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale</i>		
<i>Diffusion sur le site Internet de l'EHPAD</i>		

Cette autorisation concerne la durée de l'hébergement.

Les photos ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

Fait à Thorigné sur Dué

Date :

**Signature la personne accompagnée****ou de son représentant légal**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour traiter votre autorisation de cession de droit à votre image et donc dans le cadre de votre consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif, soignant et d'animation de l'établissement habilité à traiter ces données

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée et **ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*







ENRE-ADMI-150

Version 2

Date d'application :  
01/01/2023Nombre de pages :  
2**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC****Annexe 10****RECUEIL ANTICIPE DU CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LE BILAN  
BIOLOGIQUE EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES)**

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Né le : .....

Ou son représentant légal M/ Mme .....

- Autorise le prélèvement sanguin pour la réalisation des sérologies VIH, VHC et VHB en cas d'accident d'exposition au sang ou aux liquides biologiques du personnel de l'établissement.
- Autorise la transmission en urgence des résultats biologiques à la victime.

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à Thorigné-sur-Duée

Signature de la personne accompagnée

ou de son représentant légal

**Contexte réglementaire :**

- **Circulaire interministérielle DGS/R12/DHOS/DGT/DSS n°2008-91 du 13 mars 2008** relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : « *Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source* ». [...] *Si celui-ci n'est pas connu, il faut demander en urgence une sérologie VIH à la personne source avec son accord (sauf dans les cas où le consentement ne peut être exprimé).* »
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, celui-ci pouvant être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention/investigation ne peut être réalisée sans que la personne de confiance désignée par le patient ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, n'ait été prévenue (sauf urgence ou impossibilité).* »

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations au recto du présent document pour les besoins de votre encadrement médical et donc dans le cadre de votre consentement.

Les données collectées (nom, prénom, date de naissance, test sanguin, résultat biologique) seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel de l'établissement habilité à traiter ces données.

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée puis pour une durée de 20 ans en archive intermédiaire.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel soignant et médical de l'établissement habilité à traiter ces données

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**


Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :

EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

	ENRE-ADMI-151	Version 2	Date d'application : 01/01/2023	Nombre de pages : 2
	<b>CONTRAT DE SEJOUR/DIPC</b> <b>Annexe 11</b> <b>MODALITES D'ADMISSION ET DE REORIENTATION EN UNITE POUR</b> <b>PERSONNES AGEES DESORIENTEES (UPAD)</b>			

### Personnes concernées :

- les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées avérées compliquées de symptômes psycho comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- les personnes dont le diagnostic a été posé et l'annonce de celui-ci a été faite à l'intéressé (e) ou à son représentant légal.

### Critères d'admission et modalités

- l'évaluation médicale des troubles du comportement a été réalisée,
- une rencontre est organisée avec les proches pour les informer de la nécessité d'admission dans l'unité dédiée,
- l'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation par le médecin coordonnateur. Un avis aura été demandé au médecin traitant et à l'équipe soignante (dont psychologue).

### Critères d'admission et de maintien au sein de l'unité

- personne répondant à la définition de la population concernée,
- personne déambulante (déplacement sans but précis), de façon autonome,
- personne en capacité de participer de façon régulière aux activités proposées (activités ayant pour but de maintenir les acquis cognitifs, voire de les renforcer).

### Critères de réorientation

Toute personne ne répondant plus à l'un des critères d'admission pendant une période suffisamment longue (ex : un trimestre) devra faire l'objet d'une réévaluation en vue de la réorienter vers une unité d'hébergement mieux adaptée à son état de santé. Cette réorientation sera décidée par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice et l'équipe soignante, en concertation avec le médecin traitant.

Je soussigné(e) Mme/ M .....résident (e) à l'EHPAD

Déclare avoir pris connaissance des modalités d'admission, de maintien et de réorientation des personnes de l'unité dédiée Alzheimer.

Fait à Thorigné-sur-Duée ; le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature de la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations au recto du présent document pour les besoins de l'encadrement médical de la personne accompagnée et donc dans le cadre de la sauvegarde de ses intérêts vitaux.

Les données collectées (nom, prénom, représentants légaux, état de santé, comportement) seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement et l'infirmière coordinatrice, habilités à traiter ces données.

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence en UPAD de la personne accompagnée.

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**


Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :

EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

	ENRE-ADMI-178	Version 3	Date d'application : 01/01/2023	Nombre de pages : 2
	<b>CONTRAT DE SEJOUR/DIPC</b> <b>Annexe 12</b> <b>CONSENTEMENT TELEMEDECINE</b>			

Madame, Monsieur,

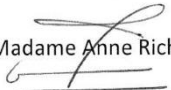
La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (Article L. 6316-1 du Code de la Santé Publique). La télémédecine permet de réaliser un acte médical traditionnel dans des conditions favorisant l'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité.

A l'EHPAD Albert Trotté, la télémédecine recouvre actuellement les champs suivants :

- ✓ **La Télé-expertise**, permettant à un médecin, dit « médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations, ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.  
*L'EHPAD Albert Trotté est engagé dans une expérimentation avec le service de dermatologie du Centre Hospitalier du Mans visant à faciliter le diagnostic et le suivi de différentes pathologies dermatologiques.*
- ✓ **Les Télé-consultations** : il s'agit de consultations réalisées par un médecin (généralistes ou de toute autre spécialité médicale) à distance d'un patient.

J'attire votre attention sur le fait que votre accord est indispensable pour vous permettre de bénéficier des avantages de la télémédecine. Je vous remercie de bien vouloir renseigner le formulaire de consentement ci-après et de me le retourner signé avec le contrat de séjour.

La Directrice,

  
 Madame Anne Richard

.....

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE ECRIT**  
**A L'USAGE DE LA TELEMEDECINE**

Je, soussigné ( e) M. / Mme ....., résident de l'EHPAD Albert Trotté

Né (e) le : ..... / ..... / .....

Ou son représentant légal : M. / Mme .....

Autorise l'usage de procédés de télémédecine et l'accès aux données de mon dossier médical par un professionnel de santé

N'autorise pas l'usage de procédés de télémédecine

Fait à Thorigné sur Dué

**Date :**

**Signature la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations au recto du présent document pour les besoins de votre encadrement médical et donc dans le cadre de votre consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel médical et soignant de l'établissement habilité à traiter ces données.

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée puis pour une durée de 20 ans en archive intermédiaire.

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :

EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



ENRE-ADMI-005

Version 2

Date d'application :  
01/06/2024

Nombre de pages : 1

**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 13**  
**LIBRE CHOIX DES INTERVENANTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX**

Madame, Monsieur,

La réglementation prévoit le principe du libre choix des intervenants médicaux et paramédicaux, et autres professionnels intervenant dans le domaine de la santé pour les personnes accompagnées en EHPAD.

A ce titre, nous vous remercions de nous indiquer ci-dessous votre choix concernant ces intervenants pouvant participer à vos soins en EHPAD :

.....  
**FORMULAIRE DE DESIGNATION DES INTERVENANTS MEDICAUX, PARAMEDICAUX ET AUTRES  
PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE :**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Souhaite désigner les intervenants suivants :**

<b>Médecin traitant :</b>	
<b>Pharmacien :</b>	<input type="checkbox"/> Pharmacie Rossevègue – Thorigné sur Dué <input type="checkbox"/> Autre pharmacie : <i>(Gestion des livraisons des médicaments à assurer par le référent familial)</i>
<b>Kinésithérapeute :</b>	<input type="checkbox"/> Laure Hirbec (kinésithérapeute intervenante de l'EHPAD) <input type="checkbox"/> Autre kinésithérapeute :
<b>Pédicure – podologue :</b>	
<b>Société de transport sanitaire / ambulance :</b>	
<b>Autre.s intervenant.s :</b>	

**Signature la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**



Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de l'encadrement médical de la personne accompagnée et donc dans le cadre de la sauvegarde de ses intérêts vitaux. Les données collectées (nom, prénom, représentants légaux, nom des intervenants) seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel médical et soignant habilités à traiter ces données.

Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée. **Elles ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :

EHPAD Albert Trotté – 9, rue Trotté-Hatton– 72160 THORIGNE-SUR-DUE.

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC**  
**Annexe 14**  
**LIBERTE D'ALLER ET VENIR**

### **CONTRACTANTS**

Entre :

L'EHPAD Albert Trotté, représenté par la Directrice, situé au 9 rue Trotté Hatton- 72160 Thorigné-sur-Dué,

Désigné ci-après « l'établissement »,

Et :

Mme/M. ....

résident de l'établissement Albert Trotté,

Désigné ci-après « la personne hébergée » ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1,

Il est convenu ce qui suit :

### **PREAMBULE**

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

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

Si elle le souhaite, la personne accompagnée et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord de la personne accompagnée, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

**L'annexe est signée lors d'un entretien entre la personne accompagnée et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.**

**I. OBJET DE L'ANNEXE**

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne accompagnée et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure.

Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical de la personne accompagnée et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

**II. EQUIPE MEDICO-SOCIALE AYANT PARTICIPE A L'EVALUATION DE LA PERSONNE HEBERGEE**

L'examen médical de la personne accompagnée est intervenu le ...../...../.....

Il a été réalisé par le docteur Nom : ..... Prénom : .....

- Médecin coordonnateur de l'établissement
- Médecin généraliste de l'établissement
- Médecin traitant de la personne accompagnée.

L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le ...../...../..... afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen de la personne accompagnée, les bénéfices et risques des mesures envisagées. Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>FONCTION</b>

Le présent avenant a été remis par (indiquer nom, prénom, fonction) .....à la personne accompagnée, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance et/ou à son représentant familial le ...../...../.....

La personne accompagnée a émis les observations suivantes :

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

**III. MESURES PARTICULIERES PRISES PAR L'ETABLISSEMENT**

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

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour son intégrité physique et sa sécurité en maintenant le contact avec elle et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

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

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

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière de la personne accompagnée prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel elle exprime son acceptation ou son refus.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire de la personne accompagnée :

**Aucune mesure proposée**

MESURES PROPOSÉES	ACCORD	REFUS	OBSERVATIONS complémentaires	Réévaluation à J+6mois Date : ..../...../.....
<input type="checkbox"/> Intégration Unité Sécurisée (UPAD)				
<input type="checkbox"/> Mise en place d'une montre anti-égarement <input type="checkbox"/> Avec prescription médicale				

**IV. DUREE DE L'ANNEXE**

La présente annexe est conclue pour une durée de ..... Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

**V. EVALUATION DE L'ADAPTATION DES MESURES INDIVIDUELLES MENTIONNEES DANS L'ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR**

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

**VI. MODALITES DE REVISION DE L'ANNEXE**

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

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

Fait en double exemplaire à .....

....., le .....

Signature de la personne accompagnée

Ou de son représentant légal

Ou de son représentant familial


Si incapacité à signer de la personne accompagnée

Signature de la Directrice

ou de son représentant

(indiquer nom du représentant)



	ENRE-ADMI-226	Version 1	Date d'application : 11/10/2023	Nombre de pages : 1
	<b>CONTRAT DE SEJOUR/DIPC</b> <b>Annexe 15</b> <b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR – HEBERGEMENT TEMPORAIRE HABILITE A L'AIDE SOCIALE</b>			

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de la personne accompagnée) :

---

Certifie répondre aux critères pour bénéficier de l'hébergement temporaire habilité à l'aide sociale :

- Avoir 65 ans ou plus ou 60 ans avec certificat d'invalidité au travail ;
- Avoir mon domicile de secours situé en Sarthe ;
- Disposer de ressources inférieures au plafond défini par le règlement départemental d'aide sociale (barème révisable au 1<sup>e</sup> janvier de chaque année)
- Ne pas avoir bénéficié de plus de 90 jours, consécutifs ou non, par année civile et par demandeur.

Et m'engage à verser les frais d'hébergement et les frais de dépendance afférents à mon séjour en cas de refus de mon dossier à l'aide sociale relatif à l'hébergement temporaire.

Fait à Thorigné-sur-Dué, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du la personne accompagnée**

**ou de son représentant légal**

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour les besoins de la gestion administrative de l'adhésion à son établissement et donc dans le cadre de son obligation contractuelle. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel administratif de l'établissement habilité à traiter ces données*

*Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :*

*EHPAD Albert Trotté – 9 rue Trotté Hatton – 72160 Thorigné-sur-Dué*

*Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*





ENRE-ADMI-152

Version 5

Date d'application :  
01/01/2023

Nombre de pages : 4

**CONTRAT DE SEJOUR/DIPC****Avenant 1****DESCRIPTIF DES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE ET DES PRESTATIONS ADAPTEES AU RESIDENT****LE PRESENT AVENANT EST CONCLU ENTRE :**

D'une part l'EHPAD Albert Trotté sis 9 rue Albert Trotté Hatton à Thorigné-sur-Dué (72160),  
Représenté par sa Directrice,  
Dénommé ci-après : « L'établissement ».

Et, d'autre part :

M. ou Mme .....né (e) le ..... / ..... / .....

Dénommé ci-après « La personne accompagnée ».

Le cas échéant, son représentant légal :

M. ou Mme .....né (e) le ..... / ..... / .....  
demeurant.....

**Il est rappelé ce qui suit :**

Le présent avenant a pour objet, conformément au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004, d'élaborer avec la participation de la personne accompagnée ou de son représentant légal, les objectifs et les prestations les mieux adaptés, dans le cadre de la faisabilité technique de l'établissement. Cet avenant sera réactualisé a minima une fois par an.

*Ces objectifs et prestations sont susceptibles d'être modifiés, notamment au regard de l'évolution de l'état de dépendance de la personne accueillie.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, l'EHPAD Albert Trotté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations au recto du présent document pour les besoins de votre encadrement médical et donc dans le cadre de votre consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le personnel médical et soignant de l'établissement habilité à traiter ces données. Les données sont conservées pendant toute la durée de résidence de la personne accompagnée puis pour une durée de 20 ans en archive intermédiaire.*

**Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.** Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, enfin vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@residences-perche-sarthois.fr](mailto:dpo@residences-perche-sarthois.fr), sur place ou par courrier postal à :EHPAD Albert Trotté – 9 rue Trotté-Hatton – 72160 THORIGNE-SUR-DUE. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité.

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

**BILAN DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNE :**

*Cette évaluation réalisée en collaboration avec l'équipe médicale conclut que la personne accompagnée présente le GIR suivant :*

<b>Année N</b> Date : ..... / ..... / .....	<b>Année N+1</b> Date : ..... / ..... / .....	<b>Année N+2</b> Date : ..... / ..... / .....
<b>GIR : <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6</b>	<b>GIR : <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6</b>	<b>GIR : <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6</b>



## LES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE ET PRESTATIONS ADAPTEES A LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

OBJECTIFS PERSONNALISES Année N Date : ..... / ..... / .....	REEVALUATION DU PAP :	
	Indiquer : Atteinte de l'objectif ( <b>O</b> ui/ <b>P</b> artiellement/ <b>N</b> on) et Objectif reconduit / Nouvel objectif	
	Année N+1 Date : ..... / ..... / .....	Année N+2 Date : ..... / ..... / .....
<b>CADRE DE VIE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : Personnalisation du cadre de vie</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
<b>ACTIVITES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : Préservation de l'autonomie intellectuelle et activités occupationnelles : participation aux activités, PASA, accompagnement psychologique</b>		
<i>Participation aux activités réalisées à l'intérieur de l'établissement</i> <input type="checkbox"/> Oui ..... <input type="checkbox"/> Non.....	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
<i>Participation aux activités réalisées à l'extérieur de l'établissement</i> <input type="checkbox"/> Oui ..... <input type="checkbox"/> Non.....	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
<i>Participation au PASA</i> <input type="checkbox"/> Oui ..... <input type="checkbox"/> Non.....	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :

OBJECTIFS PERSONNALISES Date : ..... / ..... / .....	REEVALUATION DES OBJECTIFS :	
	Indiquer : Atteinte de l'objectif (Oui/Partiellement/Non) et Objectif reconduit / Nouvel objectif	
	Année N+1 Date : ..... / ..... / .....	Année N+2 Date : ..... / ..... / .....
<b>AUTONOMIE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : Préservation de l'hygiène– exemples : aide à la toilette, à l'élimination, stimulation....</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
<b>AUTONOMIE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : Prise des repas– exemples : hydratation, aide à la prise alimentaire, stimulation pour manger et se servir, lieu de prise des repas</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
<b>AUTONOMIE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : Préservation de la mobilité : mise à disposition de matériels d'aide aux déplacements et transferts, stimulation à la mobilisation ou marche</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :

<b>OBJECTIFS PERSONNALISES</b> Date : ..... / ..... / .....	<b>REEVALUATION DU PAP :</b> Indiquer : Atteinte de l'objectif ( <b>O</b> ui/ <b>P</b> artiellement/ <b>N</b> on) et Objectif reconduit / Nouvel objectif	
	<b>Année N+1</b> Date : ..... / ..... / .....	<b>Année N+2</b> : Date : ..... / ..... / .....

<b>BIEN ETRE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : estime de soi, habillement, esthétique, coiffeur.....</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :

<b>RELATIONS SOCIALES : lien avec les familles / lien entre personnes accompagnées</b>		
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :
	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :	Objectif atteint : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N – Reconduit : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Nouvel obj :

<i>Nom et fonction des Professionnels présents :</i>	<i>Nom et fonction des Professionnels présents :</i>	<i>Nom et fonction des Professionnels présents :</i>
--	--	--

**La personne accompagnée souhaite informer son référent familial sur son PAP : Oui Non**

**Si oui, Information délivrée le .... / .... / .... à M/Mme :**

<i>Validation personne accompagnée ou représentant légal : ( nom + signature)</i>			
<i>Validation directrice ou représentant : ( nom + signature)</i>			