



DAPP-ADMI-001

Version 9

Date
d'application
09.03.2026

Nombre de
pages : 48

CONTRAT DE SÉJOUR

EPISMS Bodin-Crapez

CONTRAT DE SÉJOUR

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DEFINITION AVEC L'USAGER OU SON REPRESENTANT LEGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE	3
ARTICLE 2 – DURÉE DU SEJOUR	6
ARTICLE 3 - PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ETABLISSEMENT	6
ARTICLE 4 - LES SOINS MEDICAUX ET LES AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE	10
ARTICLE 5 - LES CONDITIONS FINANCIÈRES DU SEJOUR	13
ARTICLE 6 - LES CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION	15
ARTICLE 7 - LES CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT	16
ARTICLE 8 - LES RESPONSABILITÉS RESPECTIVES DE L'ETABLISSEMENT ET DU RÉSIDENT POUR LES BIEN ET OBJETS PERSONNELS.....	18
ARTICLE 9 - ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR	19
ANNEXES	21

ARTICLE 1 - DEFINITION AVEC L'USAGER OU SON REPRESENTANT LEGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

L'E.P.I.S.M.S Bodin-Crapez est un établissement public intercommunal social et médico-social. Il est composé des deux sites :

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, **E.H.P.A.D. Alain et Jean CRAPEZ**, est un établissement public, siège social de l'EPISMS, dépositaire d'une autorisation de l'ARS et du Conseil Départemental en date du 10/11/2023. Cet établissement accueille des personnes âgées dépendantes en hébergement permanent qui peuvent présenter ou non des troubles du comportement.

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, **E.H.P.A.D. Marie-Louise BODIN**, est un établissement public, dépositaire d'une autorisation de l'ARS et du Conseil Départemental en date du 10/11/2023. Cet établissement accueille des personnes âgées dépendantes en hébergement permanent qui peuvent présenter ou non des troubles du comportement.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.).

L'établissement répond également, aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

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

Ce contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement 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 offertes ainsi que leur coût prévisionnel (article L 311-4 CASF).

Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner de la personne de confiance désignée en l'application de l'article L 311-5-1 du CASF, la Directrice de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui, recherche le consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application de l'article 459-2 du code civil relatif à la protection juridique des personnes majeures. Il informe la personne accueillie de ses droits et s'assure de leur compréhension.

Préalablement à cet entretien, il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance au sens de l'article L311-5 du CASF.

Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, mais souhaite malgré tout être accueillie dans l'établissement, il est rédigé un document individuel de prise en charge, tel que prévu à l'article 1 du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004.

Le contrat est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Il les cite en références et ne peut y contrevenir. Il est remis à chaque personne et le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission.

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 judiciaire ou administratif compétents.

Les conditions d'admission

L'établissement peut accueillir dans des chambres individuelles toute personne de moins de 60 ans, à titre exceptionnel, si une dérogation est accordée par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

La décision d'admission est prise par La Directrice de l'établissement, après consultation et avis du médecin coordonnateur, du cadre de santé et du psychologue de l'établissement après accord de la personne accueillie suite à l'entretien individuel avec La Directrice ou son représentant. La réalisation de l'entretien et la recherche de l'accord pour être accueilli sont formalisés en annexe.

L'avis du médecin coordonnateur de l'établissement est donné après consultation du certificat médical du médecin traitant du résident, ou du médecin du dernier établissement sanitaire où il a été reçu (dossier médical comprenant une évaluation de l'autonomie du demandeur).

Le résident doit constituer **un dossier administratif** complet comprenant les pièces référencées dans l'annexe 1, à remettre avant l'entrée.

Il appartient au résident ou à son représentant légal d'effectuer les démarches administratives (demande d'allocation logement, d'aide personnalisée à l'autonomie, branchement téléphone, changement d'adresse). Le secrétariat de l'établissement peut toutefois informer, conseiller et orienter le résident ou sa famille.

En outre, le résident doit produire **un dossier médical** constitué des pièces référencées dans l'annexe 1, à remettre avant l'entrée.

Le résident a le libre choix de :

- Son médecin traitant
- Son ambulancier
- Son kinésithérapeute
- ...

Le résident peut, dès son entrée dans l'établissement, désigner une personne de son choix comme personne de confiance (cf : annexe 3)

La personne de confiance choisit par le résident est : _____

L'EPISMS BODIN-CRAPEZ disposent d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des résidents et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service.

Les informations recueillies lors l'entrée du résident, feront l'objet, sauf opposition justifiée de sa part, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale et paramédicale qui suit le résident ainsi que pour les données administratives, au service de facturation et aux autorités compétentes. Une charte RDPD est remise au résident pour signature (annexe 23).

Vous pouvez obtenir communication des données vous concernant en vous adressant au directeur de l'établissement (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Les objectifs de la prise en charge

L'établissement travaille en vue du maintien de l'autonomie de la personne accueillie en rédigeant un projet d'accompagnement personnalisé dans les 2 mois de l'arrivée du résident. Ce projet doit être signé par le(a) résident(e) ou son représentant légal et fait l'objet d'un additif à ce contrat.

Le contrat de séjour est conclu entre les parties suivantes ainsi dénommées :

D'une part,

EPISMS BODIN-CRAPEZ
Site Marie-Louise BODIN
17 Rue de la Borde
72150 LE GRAND LUCE

EPISMS BODIN-CRAPEZ
Site Alain et Jean CRAPEZ
9 Rue Fernand Crapez
72250 PARIGNE-L'EVEQUE

Dénommé ci-après : **l'établissement**

Et d'autre part,

Mr/Mme _____

Né(e) le _____ à _____

Dont l'adresse antérieure est _____

De nationalité _____

Dénommé ci-après : **le résident**

Ou son (sa) représentant (e) légal (e) :

Mr/Mme _____

(En cas de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice, joindre une copie du jugement)

Et un membre de sa famille, ou personne de confiance :

Mr/Mme _____

(Nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, lien de parenté, ou personne de confiance)

Il est convenu ce qui suit,

ARTICLE 2 – DURÉE DU SEJOUR

Le présent contrat est signé pour une durée indéterminée, à compter du : _____

Le présent séjour a été précédé d'une période de réservation du _____ au _____

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties.

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

En cas de départ volontaire, (cf. article 7)

ARTICLE 3 - PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ETABLISSEMENT

Les modalités et les conditions de fonctionnement sont définies de manière plus précise dans le règlement de fonctionnement remis en même temps que le présent contrat.

Tout changement doit faire l'objet d'un avenant signé et annexé au présent contrat.

3.1 - Dispositions relatives aux prestations minimales d'hébergement – dit socle de prestations- au sens de l'article L 342-2 du CASF

3.1.1 - La chambre, le mobilier et les locaux collectifs

L'établissement ne comporte que des chambres individuelles avec salle de bain et toilettes privés.

A la date de la signature du contrat, la chambre attribuée à Mr/Mme _____ porte le numéro _____ située à l'E.H.P.A.D ou l'U.P.A.D.

La description précise des équipements figure sur l'état des lieux écrit et dressé à l'entrée (annexe 17). Il doit être mis à jour par la famille si des objets sont apportés ou retirés en cours de séjour.

Cependant pour l'E.H.P.A.D CRAPEZ, Mr/Mme _____ prend note que la chambre attribuée est l'une des deux chambres composant un appartement pour couples. Celle-ci devra être libérée et suivie d'un changement de chambre, si le besoin de réunir un couple en cours de séjour ou pour une admission, intervient.

Sur demande du résident, une clé de la chambre lui est remise lors de la prise de possession des lieux (cf. annexe 21).

Par ailleurs, le résident peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire, dans la limite de la taille de la chambre et après vérification du service technique (respect des normes pour la sécurité incendie ☞ **les multiprises sont interdites ; seules les réglettes avec 3 prises maximum sont autorisées.**

Les cadres et photos doivent être fixés par le service technique.

Un changement de chambre peut être décidé aussi par l'établissement, selon l'état de santé du résident, ou si son état n'est plus adapté au service. Les personnes admises dans l'unité pour personnes âgées désorientées pourront déménager et changer de service, après avis de l'équipe pluridisciplinaire et tenue d'une réunion de synthèse.

Les critères d'admission et de sortie de l'U.P.A.D sont : l'existence d'un syndrome démentiel, une déambulation importante pouvant entraîner la mise en danger du résident, la capacité à participer aux activités de la vie quotidienne et/ou occupationnelles. L'absence d'un ou plusieurs de ces critères peut conduire au changement de service (E.H.P.A.D).

Les locaux collectifs sont à disposition des personnes accueillies.

3.1.2 - La restauration

L'établissement assure la nourriture et la boisson courante : petit déjeuner, déjeuner, goûter ou rafraîchissement et dîner.

Une collation nocturne est disponible si besoin.

Le petit déjeuner est servi en chambre. Les repas (déjeuner et dîner) sont servis en salle à manger, sauf si l'état de santé ou de fatigue du résident justifie qu'ils soient servis en chambre.

Les mesures diététiques et alimentaires particulières, prescrites sur ordonnance, compatibles avec les contraintes du service, sont respectées par l'établissement. Les familles et proches doivent veiller à ne pas compromettre ces mesures nutritionnelles mises en place.

Pour des raisons de sécurité alimentaire, il est formellement interdit aux familles d'apporter des aliments à risque (huîtres, rillettes...).

En cas d'absence ou retard du résident aux repas, le service doit être prévenu.

3.1.3 - La fourniture et l'entretien du linge plat et de toilette

L'établissement fournit et entretient :

- Les draps ;
- Les taies d'oreillers ;
- Les couvertures ;
- Le dessus de lit ;
- Le linge de toilette ;
- Le marquage du linge du résident prévu dans le trousseau (étiquettes thermo collantes) (cf : annexe 22)

3.1.4 - Animation

- Les actions d'animation collectives ou celles régulièrement organisées dans l'enceinte de l'établissement sont incluses dans les prestations fournies.
L'organisation d'activités extérieures ponctuelles sont signalées au cas par cas et peuvent donner lieu à une participation financière si cela est nécessaire.
- Concernant les résidents atteints de troubles cognitifs, une autorisation de participation est requise pour les activités extérieures à l'établissement.

3.1.5 Courrier :

Le courrier reçu est distribué dans la journée du lundi au vendredi.

Une boîte aux lettres est mise à disposition du résident ou de sa famille dans le hall de l'EHPAD ; La clé est remise contre signature (cf. annexe 21)

Le samedi, seuls les journaux sont distribués.

Pour le départ du courrier : BODIN ⇔ bureau de l'accueil
CRAPEZ ⇔ boîte aux lettres (face aux ascenseurs)

3.1.6 – Autres prestations

- L'eau, le gaz, l'électricité et le chauffage

Ces prestations sont fournies par l'établissement.

- L'entretien courant du logement et de parties communes

Le personnel de l'établissement assure l'entretien courant de la chambre, des sanitaires et des locaux communs.

- La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts

L'établissement se charge de faire effectuer les réparations et/ou améliorations à réaliser dans la chambre.

En fonction du type et de la durée des travaux à réaliser, le résident peut être temporairement hébergé dans une autre chambre de l'établissement. Le résident ou son représentant légal sera informé des travaux à exécuter. Dans ce cas, le résident ou son représentant légal ne pourra pas demander une minoration du montant des frais de séjour.

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

Chaque chambre dispose des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone.

- Prestations d'administration générale

Les prestations d'administration générale telles que la gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration du contrat de séjour, son suivi, ses annexes et ses avenants, les prestations comptables, juridiques et budgétaires sont assurées dans le cadre du socle des prestations.

3.1.7 – Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

Cf. ARTICLE 4

3.2 - Les prestations fournies par l'établissement ne relevant pas du socle de prestations

À ce jour, l'entretien du linge de table et du linge personnel est assuré par l'établissement sans surcoût, à la condition qu'il soit en bon état. Le linge des résidents est marqué par l'établissement selon la liste du trousseau (Annexe 20).

Pour le bien être du résident, les quantités demandées doivent être respectées.

Les lingères sont en droit de refuser du linge s'il est sale, déchiré, décousu, sans boutons.

L'établissement n'assure pas le nettoyage du linge fragile, ni le nettoyage à sec.

La famille peut, si elle le souhaite, assurer l'entretien du linge personnel du résident. Dans ce cas, le résident ne pourra prétendre à aucune diminution du tarif du socle de prestations.

Le trousseau doit être tenu à jour tout au long du séjour.

L'établissement ne sera pas tenu responsable des pertes de linge.

3.3 - Dispositions relatives aux prestations restant à la charge du résident

3.3.1 - La constitution et le renouvellement du trousseau

Le résident doit disposer d'un trousseau comme indiqué à l'annexe 20 jointe au présent contrat. Tout nouveau linge apporté après l'entrée devra impérativement être remis à la lingerie. Le trousseau doit être renouvelé par le résident ou le représentant légal au fur et à mesure des besoins, des saisons et vérifié au moins une fois par an.

3.3.2 - Le téléphone, la wifi et la télévision

Le téléphone :

Les chambres sont pré-équipées :

L'établissement s'est doté d'un nouveau réseau de téléphone. Il nous est désormais possible de proposer aux résidents une ligne téléphonique personnelle associée à notre réseau.

Vos avantages :

- Connection par nos soins sous 48 heures, aucun frais de mise en service
- Pas besoin de box
- Téléphone illimité sur fixes et mobiles vers la France + Europe (hors international et numéros spéciaux)
- Les tarifs sont révisables annuellement par le Conseil d'Administration. (cf. annexe 24)

Attention : La portabilité du numéro antérieur est possible mais reste à la charge du résident. Les chambres sont pré-équipées.

Toutefois, s'il le souhaite le résident peut solliciter l'installation du téléphone dans sa chambre auprès de l'opérateur de son choix. La ligne est directe, personnelle et a un numéro propre.

Les frais d'accès au réseau, l'abonnement ainsi que les communications téléphoniques sont à la charge du résident.

Le poste téléphonique ainsi que les câbles nécessaires au branchement puis les codes nécessaires à l'installation ne sont pas fournis par l'établissement dans les deux possibilités.

La Wifi :

La wifi est disponible **sur les deux sites**. Tarifs (cf. annexe 24)

La télévision :

Le résident peut installer son téléviseur personnel dans sa chambre, il doit prévoir une prise antenne TV mâle/femelle et faire une recherche de chaînes. Il n'est pas prévu d'équipement pour parabole.

3.3.3 - La restauration des accompagnants

Bien que la restauration ne soit pas notre vocation première, le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner lorsque le service le permet. Un maximum de 3 à 4 personnes sera accepté.

L'établissement se laisse la possibilité de refuser la réservation si le nombre de réservation est trop élevé pour le même jour.

Le secrétariat, le service cuisine ou l'hôtellerie doivent être prévenus au plus tard 48 heures avant l'invitation à déjeuner des parents ou amis.

Les repas seront pris en compagnie du résident dans la salle à manger dédiée de 12h00 à 14h00. Les horaires doivent être respectés.

Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année par voie d'affichage. Celui-ci est à la charge des familles qui doivent s'en acquitter, le jour même, auprès du secrétariat ou des agents de service, **obligatoirement** par chèque à l'ordre du Trésor Public. (cf. annexe 8)

3.3.4 - Les détériorations dûment constatées par la Direction

Le résident veillera au respect de sa chambre en évitant toutes détériorations de nature immobilière ou mobilière. Celles-ci, en effet, pourraient lui être facturées, après que la direction de notre établissement les aura constatées.

3.3.5 - Coiffure

Le résident peut faire appel à un coiffeur de son choix. Ce dernier peut utiliser le local prévu à cet effet, Il doit prévenir le service de leur passage.

Ces prestations sont à la charge du résident.

Les tarifs et les horaires sont affichés sur la porte du salon de coiffure. Adressez-vous auprès du personnel pour les prises de rendez-vous.

3.3.6 - Pédicure

Un pédicure intervient régulièrement sur l'établissement, cependant chaque résident est libre d'appeler le pédicure de son choix.

Ces prestations sont à la charge du résident (*les tarifs sont affichés sur le tableau « informations destinées aux résidents et aux familles »*). Adressez-vous aux soignants pour les prises de rendez-vous).

ARTICLE 4 - LES SOINS MÉDICAUX ET LES AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Les charges afférentes aux soins et au suivi médical sont financées par l'Assurance Maladie.

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur, les médicaments restent à la charge du résident.

Il est recommandé au résident de souscrire une assurance maladie complémentaire auprès de la mutuelle ou de l'assureur de leur choix. Une mutuelle lui sera également fort utile pour s'acquitter des frais de transport sanitaire ou d'hospitalisation.

L'établissement assure une permanence soignante 24h/24. La nuit, il n'y a pas de présence médicale, ni infirmière. Un binôme composé d'une aide-soignante et d'un agent de service hospitalier est présent pour l'ensemble de l'établissement et assure des rondes régulières.

Médecins généralistes et spécialistes

Le libre choix du médecin, de même que le libre choix des intervenants paramédicaux libéraux est garanti au résident dans le cadre des modalités réglementaires en vigueur.

La liste des intervenants médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement (cf. annexe 11).

L'établissement ayant opté pour un tarif partiel, les honoraires des médecins libéraux, de kinésithérapeutes, de biologie et de radiographies ne sont pas pris en charge par l'établissement.

Les frais induits par les soins des médecins spécialistes, des intervenants paramédicaux et ceux réalisés par les centres hospitaliers lors des hospitalisations (pédicure, dentiste, transport sanitaire) ne font pas partie des frais de séjour. La famille sera informée des rendez-vous afin qu'elle puisse s'organiser si elle souhaite l'y emmener.

Médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est chargé de la coordination des soins (participation aux transmissions, projet individualisé, rédaction des protocoles, participation aux instances et collaboration avec les différents intervenants extérieurs).

Si nécessaire, le médecin coordonnateur peut être sollicité par tout résident ou ses proches. Il ne se substitue pas au médecin traitant mais peut être amené à prodiguer des soins en cas d'urgence.

Le médecin coordonnateur intervient à hauteur de 20% par semaine dans l'établissement. Il est chargé :

- Du projet de soins : il est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement (professionnels de santé libéraux, établissement de santé, secteur psychiatrique...).
- De l'organisation et la permanence des soins. Il informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, la connaissance et qui sont liés au dispositif de permanence des soins prévus aux articles R.6315-1 à R.6315-7 du code de la santé publique.
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement.
- De l'évaluation des soins : il élabore le dossier médical, le dossier de soins. Il remplit les grilles d'évaluation de la dépendance. Il rédige un rapport d'activité médical annuel. Il participe à la sensibilisation à la gérontologie des médecins traitants et des professionnels de l'établissement.
- En cas d'urgence ou de risques vitaux nécessitant une organisation adaptée des soins, il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Pharmacie

Conformément aux recommandations de l'ARS relatives à la sécurisation du circuit du médicament, l'établissement a signé une convention avec la pharmacie de la Chartre sur le Loir qui en tant que pharmacien référent gère :

- La préparation des médicaments « système Manrex Robotik ». Le pharmacien édite pour chaque pilulier un plan de traitement avec l'identité du résident, son numéro de chambre, sa photo, la période couverte, les noms des médicaments et leur DCI, le rythme et horaire d'administration et le nom du médecin prescripteur.
- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale.
- La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (art. R. 4235-48 du CSP).

Afin de respecter le libre choix du pharmacien qui est un des droits du résident ou de son représentant légal (art. L. 5126-6-1 du CSP), les résidents et leurs familles restent libres de s'approvisionner par leurs propres moyens auprès d'une officine de leur choix.

Soins paramédicaux

L'établissement a opté pour l'option tarifaire partielle, seuls les coûts du médecin coordonnateur et des infirmières libérales sont couverts par le budget de la structure, de même que certaines fournitures (fauteuils roulants, déambulateurs...) et petits matériels médicaux.

Le reste est à la charge du résident, y compris les frais de transport pour les consultations à l'extérieur de l'établissement.

Le résident peut choisir le professionnel de santé libéral de son choix, dès lors que ce dernier a signé un contrat avec l'établissement. La liste des professionnels de santé intervenants dans l'établissement est annexée au présent document.

Le médecin traitant choisi par le résident est : **Dr** _____ ou aucun médecin n'a été désigné à la signature du contrat (cf. Annexe 11)

Le résident doit avancer les frais liés aux interventions médicales avant remboursement par l'assurance maladie et le cas échéant, sa mutuelle.

Soins de télémédecine

Avec l'autorisation du résident, l'établissement peut avoir recours à la télémédecine si le médecin traitant le juge nécessaire dans la prise en charge.

La télémédecine permet d'améliorer les soins dont peut bénéficier le résident au sein de l'établissement en lui évitant de se déplacer pour une consultation.

L'exercice de la télémédecine est une pratique encadrée par la loi (article L.6316-1 du Code de la Santé Publique et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010).

Tout acte de télémédecine requiert le consentement du résident. Ce dernier peut indiquer son choix d'accepter ou non de bénéficier de ce type de prise en charge en remplissant ou non l'autorisation de recours à la télémédecine jointe en annexe 14 du présent contrat.

Incontinence

L'établissement fournit les protections à usage unique pour l'incontinence suivant les protocoles établis (**hors hospitalisation**). Toutefois, le but de l'établissement est de préserver l'autonomie de la personne et a donc une gestion active de l'incontinence.

L'accomplissement des actes essentiels de la vie

En fonction de l'observation et de l'évaluation de la perte d'autonomie, le personnel de l'établissement est amené à apporter au résident une aide partielle ou totale.

Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, l'alimentation, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement), en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie (certains déplacements à l'extérieur de l'établissement, ateliers d'animation...).

La liberté d'aller et venir

Toutes restriction de cette liberté est soumise à une prescription médicale ou découle du choix du résident ou de sa famille. (cf. annexe 28)

Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies dans le cadre d'une procédure collégiale. (Article L311-4-1 du CASF).

Droit aux risques :

La Charte Européenne des personnes âgées en institution précise :

« Nous reconnaissons à la personne âgées le droit au risque, la possibilité de prendre les responsabilités de son choix, et de les assumer quel que soit son handicap.

Il faut garder à l'esprit que le résident et lui seul, sait ce qui le rend heureux (ou pourrait le rendre heureux).

Le droit au risque est une condition de la liberté humaine.

Prendre en charge un résident, ce n'est pas le protéger de tout risque, c'est lui reconnaître le droit à évaluer les risques que comporte son choix de vie.

Interdire au résident tout risque, c'est en quelque sorte lui refuser le droit à la vie ».

L'EHPAD n'est pas tenu de garantir le risque zéro ni une sécurité totale mais il est par contre tenu à une obligation de précaution, de prévention, de prudence et de dialogue avec le résident et sa famille.

ARTICLE 5 - LES CONDITIONS FINANCIÈRES DU SEJOUR

L'établissement a signé un C.P.O.M avec le Conseil Départemental et l'État dont les décisions tarifaires et budgétaires annuelles sont imposées à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge. Elles font l'objet d'une modification annuelle portée à la connaissance des résidents ou de leur représentant légal par voie d'affichage dans l'établissement.

5.1 Les différents tarifs.

Les modifications liées à l'évolution de la réglementation feront l'objet d'un avenant au présent contrat.

5.1.1 - Le tarif journalier hébergement

Il s'agit d'un tarif unique applicable à l'ensemble des résidents de plus de soixante ans quelle que soit la catégorie (autonome, en perte d'autonomie ou dépendante) et quelles que soient les conditions d'hébergement (EHPAD ou UPAD).

➡ **Le tarif hébergement** est dû pour chaque journée de séjour dans l'établissement.

Le tarif journalier hébergement est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental de la Sarthe. Il s'applique de plein droit à la date fixée par cet arrêté, sans qu'il soit nécessaire de passer un avenant au présent contrat.

Le tarif journalier hébergement est porté à la connaissance des résidents par voie d'affichage et par mail.

➡ **Le tarif de réservation** s'applique dans les cas suivants (tarif hébergement – frais de repas) :

➔ **Réservation avant l'entrée du Résident dans l'établissement** (chambre mise à la disposition d'un Résident dont l'entrée est différée).

A la date du présent contrat les tarifs sont : (cf. annexe 8)

5.1.2 - Le tarif journalier dépendance

Le tarif journalier dépendance est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental de la Sarthe.

Chaque résident fait l'objet d'une évaluation de son degré de dépendance à l'aide de la grille AGIRR.

Pour les personnes âgées de plus de soixante ans, il existe trois tarifs différents :

- ➡ Un tarif applicable aux résidents classés dans un **GIR 1 ou 2**.
- ➡ Un tarif applicable aux résidents classés dans un **GIR 3 ou 4**.
- ➡ Un tarif applicable aux résidents classés dans un **GIR 5 ou 6**.

Le bénéficiaire âgé de plus de soixante ans doit être classé dans un GIR 1, 2, 3, ou 4 pour bénéficier de l'APA.

Les personnes de moins de 60 ans ne bénéficient pas de l'APA.

⇒ **Les personnes domiciliées dans le département de la Sarthe avant leur entrée en institution** bénéficient de l'APA, s'ils remplissent les conditions requises. Cette allocation permet de couvrir le coût du tarif dépendance, déduction faite du ticket modérateur restant à la charge du résident et correspondant au montant du tarif GIR 5/6. Pour ces personnes, l'APA est versée directement à l'établissement mensuellement sous forme de dotation globale.

Le montant journalier des frais de séjour incombant au résident correspond au tarif hébergement auquel s'ajoute le tarif dépendance GIR 5/6.

⇒ **Pour les personnes domiciliées hors du département de la Sarthe avant l'entrée en institution**, la demande d'APA doit être faite auprès du département d'origine.

Le montant journalier des frais de séjour correspond au tarif hébergement auquel s'ajoute le tarif dépendance dont relève le résident, lorsqu'il perçoit directement l'APA.

A la date du présent contrat le tarif dépendance est : (cf. annexe 8)

5.2 Les conditions de facturation et de paiement.

Conformément à la réglementation, la facturation des frais de séjour se fait **à terme à échoir** (exemple : frais de séjour de novembre : facturés début novembre)

Dans le cas d'une annulation de la réservation, pour quelque motif que ce soit, la facturation des frais de réservation reste acquise à l'établissement

DÉPOT DE GARANTIE

A titre de dépôt de garantie, Mr/Mme _____ verse **une somme correspondant à 31 jours x prix de journée** (cf. annexe 8).

La restitution des fonds, déduction faite des créances non réglées à la date de sortie et du montant des réparations occasionnées par dégradations qu'aurait subi le logement et constatées par l'état des lieux, interviendra dans les trente jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

En cas de décès, le dépôt de garantie versé à l'entrée est restitué par l'office notarial en charge du règlement de la succession, déduction faites des créances en cours.

Les frais d'hébergement font l'objet d'un avis des sommes à payer, le prélèvement automatique **obligatoire** intervient entre le 10 et 15 du mois en cours.

Le signataire du présent contrat dénommé le résident ou le représentant légal ainsi que la personne se portant caution s'engage à régler la totalité des frais dus à l'établissement à partir de la date d'entrée ou de la réservation.

En cas de défaillance du résident ou de son représentant légal, les membres de la famille (cosignataire) pourront être sollicités (engagement solidaire de règlement des frais de séjour) (cf. annexe 8).

Cas particulier des personnes bénéficiant de l'Aide Sociale

Un résident peut bénéficier de l'Aide Sociale

- soit à son entrée
- soit au cours de son séjour

Dans les deux cas, le résident doit s'acquitter **du dépôt de garantie dès l'admission** et de ses frais de séjour dans la limite de 90% de ses ressources. 10% des revenus personnels restent donc à sa disposition sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

A cette fin, le résident :

- doit fournir toutes les pièces justificatives nécessaires qui lui sont demandées ;
- doit s'engager à reverser auprès de la Paierie Départementale du Mans, les 90% de ses ressources et la totalité de l'aide au logement.

Ainsi, dès l'entrée dans l'établissement, dans l'hypothèse d'une demande d'aide sociale, le résident devra signer une déclaration par laquelle il s'engage à payer une provision tous les trimestres à terme échu (cf. annexe 9).

Dès notification de la décision de la commission d'admission à l'aide sociale fixant votre taux de participation, la provision est régularisée.

Toute évolution législative ou réglementaire concernant l'habilitation à l'aide sociale s'applique au contrat de séjour.

La facturation des frais de séjour cesse :

- ◆ A la libération de la chambre, en cas de décès
- ◆ A la fin du préavis s'il y a lieu, en cas de départ à l'initiative du résident ou de sa famille.

5.3 L'obligation alimentaire et devoir de secours.

Conformément à la réglementation, les enfants doivent une obligation de secours à leur parent. Les membres de la famille pourront être sollicités pour participer au paiement des frais de séjour, y compris dans le cadre de l'aide sociale.

Par ailleurs, l'obligation alimentaire et devoir de secours inclut la fourniture de tous les biens de consommation indispensables au résident (nécessaire de toilettes, argent de poche, etc.).

Un recours devant le juge des affaires familiales pourra être engagé si les circonstances l'exigent, afin de répartir le reste à charge entre les enfants.

ARTICLE 6 - CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

6.1 Hospitalisation

Le tarif d'hospitalisation au-delà de 72 H est le tarif de séjour fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental, **minoré du montant du forfait hospitalier**. Le tarif du GIR 5-6 n'est plus facturé au résident hospitalisé à partir du premier jour d'hospitalisation, de ce fait les protections ne seront pas fournies par l'EHPAD.

6.2 Absence pour convenance personnelle

Maintien de la chambre lorsque le résident s'absente sur une durée supérieure à 72h.

Le tarif pour une absence est de : tarif hébergement – frais de repas.

6.3 Facturation en cas de résiliation de contrat (Cf. Article 7 – Les conditions de résiliation du contrat)

- ⇒ **A la date du présent contrat les tarifs sont :** (cf. annexe 8)

ARTICLE 7 - LES CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT

7.1 La résiliation à l'initiative du résident.

Le contrat de séjour peut être résilié à tout moment à l'initiative du résident ou de son représentant légal.

Dans les 15 premiers jours suivant la signature du contrat ou l'admission, la résiliation du contrat peut intervenir sur simple demande, sans autre contrepartie que l'acquiescement de la durée du séjour effectif. Elle ne donnera lieu à aucun préavis.

Au-delà de ces 15 jours, la résiliation du contrat devra se faire par lettre recommandée avec accusé de réception. Le délai de préavis est d'un mois. La personne accueillie dispose d'un délai de réflexion de 48 heures, pour retirer sa décision de résiliation sans avoir à en justifier le motif.

Au cours de ce mois, et en accord avec les parties, un état des lieux contradictoire sera fait et sera comparé à l'état des lieux réalisé à l'entrée du résident.

Le logement doit être libéré à la date prévue pour le départ. Le paiement est dû jusqu'à la fin du préavis. Toutefois, le préavis sera interrompu dès qu'une autre personne intégrera la chambre.

7.2 La résiliation à la demande de l'établissement.

7.2.1 La résiliation du contrat à la demande de l'établissement peut intervenir en cas d'inexécution par la personne accueillie 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 accueillie.

▪ Défaut de paiement.

Le Comptable du Trésor est chargé du recouvrement du règlement des frais de séjour. En cas de non-paiement il peut engager des poursuites.

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

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

La régularisation doit intervenir dans les plus brefs délais (15 jours maximum) à partir de la notification du retard. A défaut, la chambre est libérée dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

La Directrice peut de sa propre autorité saisir le juge aux affaires familiales et le Conseil Départemental pour effectuer une demande d'aide sociale.

▪ Incompatibilité avec la vie en collectivité ou non-respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat.

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Les faits doivent être établis et portés à la connaissance du résident et de son représentant légal par lettre recommandée. Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits, un entretien personnalisé sera organisé entre le responsable de l'E.H.P.A.D et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix.

En cas d'échec de cet entretien, La Directrice dans un délai de 30 jours arrête sa décision définitive quant à la résiliation du contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou son représentant légal.

La chambre est libérée dans un délai de trente jours après la date de notification de la décision.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

7.2.2 La résiliation du contrat à la demande de la résidence peut intervenir en cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;

7.2.3 La résiliation du contrat à la demande de la résidence peut intervenir dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans l'établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

▪ Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement.

Si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans la résidence, et en l'absence de caractère d'urgence, le résident ou son représentant légal en sont avisés, de préférence par lettre recommandée avec avis de réception. Dans le même temps, La Directrice de la résidence ou la personne mandatée par le gestionnaire de la résidence prend toutes mesures appropriées, en concertation avec les parties intéressées, sur avis médical.

En cas d'urgence, La Directrice de la résidence ou la personne mandatée par le gestionnaire de la résidence est habilitée pour prendre toutes mesures appropriées, sur avis du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de la résidence.

Le résident ou son représentant légal, est averti par La Directrice de la résidence ou la personne mandatée par le gestionnaire, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

Le cas d'urgence provient de trois situations particulières :

- Les sorties répétées liées à la dégradation de l'état de santé du résident, dont la détermination se fera en accord avec le médecin traitant de la personne âgée et de ses représentants officiels ;
- Les violences répétées sur les personnels ou les autres résidents liées à la dégradation de l'état de santé du résident (cf. le règlement de fonctionnement remis à l'entrée au résident et/ou à ses représentants officiels) ;
- D'un besoin médical nouveau qui nécessite des personnels qualifiés 24h/24, besoin médical établi, par écrit, en accord et en parfaite harmonie entre le médecin coordonnateur de la résidence et le médecin traitant du résident.

La résiliation ne sera effective que lorsque le résident aura trouvé une autre institution susceptible de le recevoir.

7.3 **La résiliation pour décès**

Les membres de la famille et/ou le représentant légal sont immédiatement informés du décès du résident.

La chambre doit être libérée dès que possible. La tarification prévue est établie jusqu'à ce que la chambre soit libérée dans la limite de 6 jours.

La Directrice peut procéder à la libération de la chambre. Les meubles pourront être placés par l'établissement dans un lieu approprié, dans les 3 jours qui suivent ce décès, et conservés à la disposition de la famille pendant 8 jours. La famille en sera informée.

Dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur le logement, à cause de faits imputables au résident, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation jusqu'à libération du logement.

ARTICLE 8 - LES RESPONSABILITÉS RESPECTIVES DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU RÉSIDENT POUR LES BIENS ET OBJETS PERSONNELS

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

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée.

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, le résident doit, soit souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents dont il justifie chaque année auprès de l'établissement.

Au titre de l'assurance des biens et objets personnels, le résident a souscrit une assurance dommages dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement,

Le résident 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.

En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières..., l'établissement ne dispose pas d'un coffre dédié à cet effet, et ne peut en accepter le dépôt.

ARTICLE 9 – ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité.

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.

Fait à _____

Le ____ / ____ /20____

La Directrice,

Le Résident,

La famille pour information
Ou son représentant légal

« Lu et approuvé »

« Lu et approuvé »

ANNEXES

- ⇒ Annexe 1 ⇒ Documents à fournir avant l'entrée
- ⇒ Annexe 2 ⇒ Liste des personnes à contacter dans l'ordre de priorité
- ⇒ Annexe 3 ⇒ Désignation d'une personne de confiance
- ⇒ Annexe 4 ⇒ Principales missions de la personne de confiance
- ⇒ Annexe 5 ⇒ Attestation de remise de l'information sur la personne de confiance
- ⇒ Annexe 6 ⇒ Entretien de consentement à être accueilli(e)
- ⇒ Annexe 7 ⇒ Changement d'unité (Transfert UPAD vers EHPAD et EHPAD vers UPAD)
- ⇒ Annexe 8 ⇒ Les tarifs journaliers
- ⇒ Annexe 9 ⇒ Engagement de payer
- ⇒ Annexe 10 ⇒ Engagement de provision à l'aide sociale
- ⇒ Annexe 11 ⇒ Choix du médecin traitant et intervenant médicaux
- ⇒ Annexe 12 ⇒ Attestation de propriété de matériel médical
- ⇒ Annexe 13 ⇒ Attestation d'accord de prélèvements sérologiques
- ⇒ Annexe 14 ⇒ Intervenants et Aromathérapie dans les soins
- ⇒ Annexe 15 ⇒ Autorisation pour la télémedecine
- ⇒ Annexe 16 ⇒ Dossier Médical Partagé (D.M.P)
- ⇒ Annexe 17 ⇒ Les dispositions en cas d'hospitalisation
- ⇒ Annexe 18 ⇒ Recueil des souhaits en cas de décès
- ⇒ Annexe 19 ⇒ État des lieux d'entrée
- ⇒ Annexe 20 ⇒ Fiche inventaire du mobilier
- ⇒ Annexe 21 ⇒ Attestation de remise des clés
- ⇒ Annexe 22 ⇒ Trousseau de linge
- ⇒ Annexe 23 ⇒ Autorisation de diffusion d'image
- ⇒ Annexe 24 ⇒ Identification de la chambre du résident
- ⇒ Annexe 25 ⇒ Abonnement ligne téléphonique : réseau SITE BODIN ou SITE CRAPEZ
- ⇒ Annexe 26 ⇒ Contrôle effectué dans l'espace privatif
- ⇒ Annexe 27 ⇒ Charte RGPD
- ⇒ Annexe 28 ⇒ Restrictions d'aller et venir

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION**Liste des pièces administratives à fournir avant l'entrée :**

- Copie du livret de famille en intégralité
- Copie de la carte d'identité (recto-verso)
- 1 photo récente
- Carte de Mutuelle de l'année en cours
- Carte Vitale (recto-verso)
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Copie de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice
- Copie le cas échéant, de l'attribution de l'APA
- Copie de l'assurance de responsabilité civile et dommages accidents (A renouveler tous les ans)
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Copie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
- Copie d'un justificatif du domicile (EDF par exemple)
- Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne, **pour le règlement par prélèvement automatique**
- Chèque dépôt de garantie d'un montant égal au prix d'un mois d'hébergement, établi à l'ordre du Trésor Public
- Dernière ordonnance et traitement en cours
- Noms et adresses des médecins spécialistes qui ont l'habitude de suivre l'état de santé
- Les directives anticipées du résident.
- Les comptes rendus d'hospitalisations, des examens complémentaires et des consultations spécialisées
- La carte de groupe sanguin et de vaccinations (attestation COVID...)

LISTE DES PERSONNES A CONTACTER (PAR ORDRE DE PRIORITE)
--

Nom et prénom du résident : _____

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse mail :	
Lien de parenté avec le résident :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse mail :	
Lien de parenté avec le résident :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse mail :	
Lien de parenté avec le résident :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse mail :	
Lien de parenté avec le résident :	

Fait à, _____

Le ____ / ____ /20 ____

Signature

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
--

Je soussigné(e), (Nom et prénom du résident) _____

Désigne Mr/Mme (nom et prénom) _____

Tél. _____ Email _____

Lien avec le résident (parent, proche, médecin traitant) _____

Pour m'assister en cas de besoin **en qualité de personne de confiance** (Art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

- Jusqu'à ce que j'en décide autrement
 Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté, que Mr/Mme _____

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté ;
- ne recevra pas d'information que je juge confidentielle et que j'aurais indiquée au médecin ;
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord ;
- je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à _____, Le ____/____/20____

Signature du résident

Signature de la personne désignée

Le résident ne souhaite pas désigner une personne de confiance

**PRINCIPALES MISSIONS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
MENTIONNÉE À L'ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

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

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.

La personne de confiance peut, si vous le souhaitez :

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

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

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

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous lui avez confiées ou bien, elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

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

ATTESTATION DE REMISE DE L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné, La Directrice de l'EPISMS BODIN-CRAPEZ, atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom de la personne accueillie : _____

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20 ____

La Directrice

Signature de la personne accueillie

ACCORD DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Je soussigné (e) (NOM, Prénom du résident) _____

Certifie avoir été reçu (e) par Mme (NOM, Prénom, Fonction)

_____,

lors d'un entretien réalisé le ____ / ____ /20 ____ visant à recueillir mon consentement pour être admis (e) au sein de l'établissement.

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20 ____

Signature du résident ou de son représentant

CHANGEMENT D'UNITÉ

DE L'EHPAD VERS L'UPAD

Je soussigné(e) Mr/Mme _____ certifie avoir connaissance que mon (ma) parent(e) Mr/Mme _____ peut-être amené(e) à changer de service (passage côté UPAD) lors de son séjour **si son comportement venait à changer** comme :

- Développement des troubles cognitifs nécessitant l'unité sécurisée
- Aggravation des troubles cognitifs :
 - Déambulation pathologique
 - Agitation, désorientation...
 - Sorties inopinées

DE L'UPAD VERS L'EHPAD

Si les critères de son admission en UPAD **ne sont plus existants**, comme :

- ⇒ Déambulation pathologique
- ⇒ Altération des capacités physiques
- ⇒ Bénéfices des activités spécifiques de l'UPAD

Dans les deux cas :

Je prends note qu'un avenant au contrat de séjour sera signé par moi-même et la direction et qu'un nouvel état des lieux sera réalisé afin de mettre à jour son dossier administratif.

Fait à _____, le ____ / ____ /20____

Signature
de la famille
« Lu et approuvé »

Signature
de son représentant légal
« Lu et approuvé »

TARIF JOURNALIER 2026

Le prix de journée comprend deux parties, **l'hébergement et la dépendance**.

Ces tarifs sont fixés tous les ans par le Président du Conseil Départemental.

▪ **Pour les personnes dont le domicile de secours¹ est en Sarthe :**

Tarifs journaliers 2026	EPISMS BODIN-CRAPEZ
Hébergement	64.96 €
Dépendance (<i>correspond au GIR 5-6 et s'ajoute au tarif hébergement</i>)	6.23 €
Prix de journée total	71.19 €
Réservation (<i>tarif hébergement – frais repas</i>)	54.96€
Dépôt de garantie (<i>31 jours x tarif hébergement</i>)	2 013.76 €

L'APA des GIR 1-2 et 3-4 est déjà déduite de ce prix de journée, car elle est versée directement à l'établissement par le Conseil Départemental de la Sarthe.

▪ **Pour les personnes venant des autres départements, le tarif journalier est, en fonction de leur dépendance, de :**

Tarifs journaliers 2026	EPISMS BODIN-CRAPEZ
GIR 1-2	23.13 €
GIR 3-4	14.68 €
GIR 5-6	6.23 €

Ces résidents perçoivent directement l'APA du Département de leur résidence d'origine.

¹Le domicile de secours est celui qui sert à déterminer le département dont relève la personne, c'est le dernier domicile occupé depuis au moins 3 mois

▪ **Tarifs repas invité :**

Tarifs repas invité	EPISMS BODIN-CRAPEZ
Semaine	14.00 €
Dimanche et jour férié	16.00 €

ENGAGEMENT DE PAYER

Monsieur ou Madame (Nom-Prénom du résident) _____
est admis(e) comme résident(e) de l'E.P.I.S.M.S BODIN-CRAPEZ

Site Marie Louise BODIN
72150 Le Grand-Lucé

Site Alain et Jean Crapez
72250 Parigné l'Evêque

dans le service de :

EHPAD

UPAD

Je soussigné(e) NOM _____ Prénom _____

Domicilié(e) à _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

M'engageant en qualité de :

Représentant légal

Parent (préciser le degré) _____

Autre (à préciser) _____

DECLARE

1. Reconnaître être informé(e) du prix de journée (à la date de l'engagement – Annexe 7)
2. M'engager :
 - En cas de demande d'aide sociale, à assurer trimestriellement le règlement des frais à la **PAIERIE DEPARTEMENTALE DU MANS, 33 AVENUE DU GENERAL DE GAULLE, 72002 LE MANS CEDEX 1**
 - En cas de rejet de la demande d'aide sociale, à régler le montant correspondant à l'insuffisance des ressources de Mr/Mme _____, à partir de la date du dépôt de la demande ;
 - En cas d'admission partielle à l'aide sociale, à régler le montant de la contribution fixée par la Commission d'Aide sociale ;
3. Avoir pris connaissance que le minimum de ressources prévu par l'article L132-3 du Code de la famille et de l'aide sociale doit être laissé à la disposition de Mr/Mme _____ en cas d'admission à l'aide sociale
4. Avoir été informé(e) que les tarifs peuvent être modifiés chaque année par arrêté.

Le ____ / ____ / 20 ____

Signature du résident ou de son représentant
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

ENGAGEMENT DE PROVISION A L'AIDE SOCIALE
--

Je soussigné(e) Mr/Mme _____
 représentant légal, parent (lien de parenté à préciser) _____

- 1) Certifie avoir déposé une demande d'aide sociale à la Mairie de _____
 le ____ / ____ /20 ____

Concernant :

Mr - Mme _____ résident(e) de

Site Marie-Louise BODIN

Site Alain et Jean CRAPEZ

depuis le ____ / ____ /20 ____

- 2) M'engage à reverser, chaque trimestre, à terme échu, auprès de la :

PAIERIE DÉPARTEMENTALE DU MANS

33 avenue du Général de Gaulle

72002 LE MANS CEDEX 1

90% de mes (ses) ressources et l'intégralité de l'allocation logement.

Fait à _____

Le ____ / ____ /20 ____

Signature

Copie transmise à la Paierie Départementale du Mans le : _____

CHOIX DU MEDECIN TRAITANT ET INTERVENANTS MEDICAUX

RAPPEL : Les résidents ont le libre choix de leur médecin traitant ainsi que des intervenants extérieurs.

Nom et Prénom du résident _____

Médecin traitant actuel Nom : _____ Coordonnées : _____

Le conservez-vous (ne répondez qu'après avoir obtenu son accord) ? Oui Non

Sinon, proposez-vous un autre médecin (ne répondez qu'après avoir obtenu son accord) ? Oui Non

Nom : _____ **Coordonnées :** _____

Pour information, dans le cas où vous n'auriez pas ou plus de médecin traitant vous trouverez ci-dessous la liste des médecins intervenants déjà dans la structure. Vous pouvez les contacter.

MEDECIN COORDONNATEUR	POSTE A POURVOIR		
MEDECINS LIBERAUX			
SITE MARIE-LOUISE BODIN		SITE ALAIN ET JEAN CRAPEZ	
Dr NGA	72150 LE GRAND LUCE, 02.43.61.51.36	Dr BAKALIAN	72220 ST MARS D'OUTILLE, 02.43.42.91.98
Dr VOICU	72150 COURDEMANCHE, 02.52.50.00.72	Dr LACHIVER	72460 SAVIGNE L'EVEQUE, 02.43.27.47.01
		Dr OUATTARA	72110 ST COSME EN VAIRAIS 02.43.97.17.88
KINESITHEAPEUTES LIBERAUX			
Dr KLICH	72150 LE GRAND LUCE	Mme JEANNEAU	72250 PARIGNE L'EVEQUE, 02.43.86.05.65
PEDICURES			
Dr KORNESTSKY	72000 LE MANS 02.43.84.92.67	Mme LIVET	72000 LE MANS 02.43.50.04.02
Dr GRONDIN	72250 PARIGNE L'EVEQUE 06.10.07.47.68		
AMBULANCES			
ALISE AMBULANCES	72150 LE GRAND LUCE 02.43.40.90.31	ALIZE AMBULANCES	72250 PARIGNE L'EVEQUE 02.43.75.80.95
ALPHA AMBULANCES	72250 PARIGNE L'EVEQUE 02.43.40.94.30	ALPHA AMBULANCES	72250 PARIGNE L'EVEQUE 02.43.75.21.31

ATTESTATION DE PROPRIETE DE MATERIEL MEDICAL

Je soussigné(e) Mr/ Mme (nom du résident) _____ certifie être propriétaire du matériel médical suivant :

Fauteuil roulant (marque) : _____

Déambulateur : _____

Montauban : _____

Canne : _____

Autre : _____

Et que ce matériel n'est pas sous contrat de location. En cas de location de matériel médical à domicile avant l'entrée dans l'établissement, la famille s'engage à résilier ces contrats de location et à prendre en charge les frais engendrés par la location.

« Je prends connaissance que si ces articles ne sont pas rendus, les « indus » sécurité sociale dont serait redevable l'EHPAD, pourront m'être réclamés par cette dernière par un titre de recette dudit montant ».

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20____

Signature du résident ou de son représentant

ATTESTATION D'ACCORD DE PRELEVEMENTS SEROLOGIQUES

Je soussigné(e) Mr/Mme (nom du résident) _____

autorise la réalisation d'un prélèvement sanguin dans le cas où un soignant aurait été victime d'un accident d'exposition au sang pour lequel je serais concerné.

n'autorise pas la réalisation d'un prélèvement sanguin dans le cas où un soignant aurait été victime d'un accident d'exposition au sang pour lequel je serais concerné.

La recherche porte sur les sérologies VIH, VHC et VHB (virus du sida et des hépatites C et B), elle permettra une prise en charge rapide de l'agent.

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20____

Signature du résident ou de son représentant

INTERVENANTS ET AROMATHERAPIE DANS LES SOINS

Mr/ Mme _____ résident(e) / enfant / tuteur

de Mr/Mme _____

Autorise l'établissement à prendre rendez-vous pour :

Coiffeur Oui (fréquence _____) Non

Pédicure Oui (fréquence _____) Non

Autorise l'établissement à utiliser l'aromathérapie (huiles essentielles) dans les soins.

Oui

Non

Fait à _____,

Le ____/____/20____

Signature du résident ou de son représentant

AUTORISATION POUR LA TELEMEDECINE

Je soussigné(e) Mr/Mme _____ résident(e) / enfant / tuteur

de Mr/Mme _____

Autorise la consultation par télémedecine

Autorise la consultation par télémedecine du majeur protégé

Mr - Mme _____

N'autorise pas la consultation par télémedecine

Fait à _____

Le ____/____/20____

Signature du résident ou de son représentant

DOSSIER MEDICAL PARTAGE (D.M.P)

Je soussigné(e) Mr / Mme,

- Autorise la création et la consultation de mon Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
- Autorise la création et la consultation du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
du protégé majeur Mr / Mme.....
- Autorise la création et la consultation du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
de mon parent Mr / Mme.....
- N'autorise pas la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20____

Signature du résident ou de son représentant

DISPOSITIONS EN CAS D'HOSPITALISATION
--

Ce questionnaire nous permettra de répondre au mieux aux souhaits du résident en cas de problème de santé.

NOM et Prénom du résident : _____

- Si un médecin est appelé **de nuit**, la personne de confiance souhaite-t-elle être prévenue **dans la nuit** ? OUI NON

Informations complémentaires :

- En cas d'hospitalisation **de nuit**, la famille souhaite-t-elle être prévenue :
- Immédiatement OUI NON
 - Le lendemain en début de journée ? OUI NON

Informations complémentaires :

- En cas d'hospitalisation, vers quel établissement de soins le résident doit-il être dirigé ?

Précisez le lieu : _____

(Sauf urgence : dans ce cas, prise en charge par le SAMU.)

Informations complémentaires :

- En cas de décès, vous référez à la fiche « Recueil de souhaits en cas de décès » (cf : Annexe 16)

Le ____/____/20____

Par : _____

Signature du résident ou de son représentant

RECUEIL DES SOUHAITS EN CAS DE DECES

Nom et Prénom du résident : _____

Chambre n° : _____

Quel membre de la famille ou tuteur doit-on prévenir :

Nom :

Téléphone :

Voulez-vous être prévenu :

La nuit (22h00 à 6h00) : OUI NON

Le jour (6h00 à 21h00) : OUI NON

Quel membre de la famille ou tuteur doit-on prévenir :

Nom :

Téléphone :

Voulez-vous être prévenu :

La nuit (22h00 à 6h00) : OUI NON

Le jour (6h00 à 21h00) : OUI NON

Contrat d'obsèques OUI NON

Coordonnées des pompes funèbres :

Vêtements choisis :

Bijoux à laisser : _____

Autres : _____

Les bijoux sont laissés systématiquement sur le défunt, sauf avis contraire à préciser :

Souhaits particuliers :

- Don du corps
- Don d'organe
- Crémation
- Porte un pacemaker
- Soins de conservation
- Autres _____

Elaboré le : _____ / _____ /20 _____

Par Mr – Mme _____

Préciser le lien avec le (la) résident(e) :

Signature

ETAT DES LIEUX D'ENTREE ET DE SORTIE

Chambre n°

M / Mme

Inventaire réalisé par :

		Date inventaire :		Date inventaire :	
		<u>A l'arrivée du Résident</u>		<u>Au départ du Résident</u>	
<u>Vérifier le fonctionnement</u>		Commentaires		Commentaires	
Electrique	luminaires, prises, interrupteur	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Robinetterie	lavabo, douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Sanitaires	chasse d'eau	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Volets, fenêtres	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Portes	entrée	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	cabinet de toilette	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<u>Vérifier l'état</u>		-	-	-	-
	Murs	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Sol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mobilier	lit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	table/ bureau	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	chaise, fauteuil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	placards	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Luminaires	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Rideaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Sanitaires	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Réfection du lit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<u>Mettre à disposition</u>		-	-	-	-
	Carafe d'eau et verre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Linge et/ou papier toilette	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Après vérification de la chambre, la porte est fermée à clé.

Arrivée	
Signature du résident ou de son représentant	Signature de l'agent

Départ	
Signature du résident ou de son représentant	Signature de l'agent

FICHE D'INVENTAIRE DU MOBILIER

Nom et prénom du résident : _____ ch n° _____

MOBILIER ET ACCESSOIRES FOURNIS PAR L'ETABLISSEMENT

- 1 lit médicalisé
- 1 table
- 1 chaise
- 1 armoire avec penderie et étagère

Remarques : les cintres ne sont pas fournis par l'établissement.

MOBILIER ET ACCESSOIRES APPORTÉS PAR LE (LA) RÉSIDENT(E) AU DÉBUT DU SÉJOUR

-
-
-
-
-
-
-
-

BIJOUX SIGNALÉS PAR LA FAMILLE A L'ENTRÉE ET CONSTAT EFFECTUÉ PAR LE PERSONNEL (facultatif)

-
-
-
-

Remarques :

- En cas de survenue de désorientation, il est fortement recommandé à la famille de récupérer tout objet de valeur.
- Si le futur résident porte des lunettes **et/ou** possède un appareil dentaire, merci d'y faire graver ses initiales.

Fait à _____,

Le ____ / ____ / 20____

Signature de l'agent

Signature du résident et/ou de sa
Famille /ou de son représentant légal

ATTESTATION DE REMISE DES CLES

Je soussigné (e) Nom et Prénom (du résident) : _____

Certifie avoir reçu la clé de la chambre n° _____ du _____ Étage

Je prends note qu'en cas de perte, la clé sera refaite à mes frais.

Certifie laisser la clé de la chambre n° _____ au secrétariat de l'EHPAD

Fait à _____

Le ____ / ____ /20____

Signature du résident ou de son représentant
(jour de remise)

Clé rendue le ____ / ____ /20____

Signature

BOÎTE AUX LETTRES

Je soussigné (e) Mr/Mme _____ (famille, personne de confiance, tuteur)

Certifie avoir reçu la clé de la boîte aux lettres n° _____ de Mr/Mme _____

Je prends note qu'en cas de perte, la clé sera refaite à mes frais.

Le ____ / ____ /20____

Signature

Clé rendue le ____ / ____ /20____

Signature

TROUSSEAU DE LINGE

Mr/Mme _____

Ch n° _____

FEMME	Quantité demandée	Quantité fournie	HOMME	Quantité demandée	Quantité fournie
Chemises de corps	6		Maillots de corps	6	
Slips coton (selon incontinence)	6		Slips coton (selon incontinence)	6	
Soutien-gorge* / combinaisons *	3		Paires de chaussettes	6	
Collants, bas, chaussettes	6		Pantalons	3 à 4 par saison	
Robes, jupes, pantalons, calçons	3 à 4 par saison		Chemises – chemisettes – polo*	3 à 4 par saison	
Chemisiers, Pulls, gilets	4		Pulls – gilets – sweat*	4	
Robe de chambre	2		Robe de chambre	2	
Chemises de nuits ou pyjamas	4		Pyjamas	4	
Chaussures	1 par saison		Chaussures	1 par saison	
Chaussons lavables	2 par saison		Chaussons lavables	2 par saison	
Chapeau été Bonnet/écharpe/gants	1		Chapeau été Bonnet/écharpe/gants	1	
Veste ou manteau	1 par saison		Veste ou manteau	1 par saison	
Petit sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1		Petit sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1	
Trousse de toilette**	1		Trousse de toilette**	1	
Chemise de nuit à pressions ouverte sur toute la longueur (casaque) – si besoin			Chemise de nuit à pressions ouverte sur toute la longueur (casaque) – si besoin		
Grenouillères - si besoin			Grenouillères - si besoin		

* Selon les habitudes du résident

** Le nécessaire de toilette doit comprendre : trousse de toilette, savon, brosse à dents, dentifrice, boîte pour prothèse dentaire, shampoing, eau de toilette, coton tige, mouchoirs en papier, spray auditif, brosse, peigne, rasoir, ciseaux à ongles... **Ces produits sont à renouveler régulièrement.**

Le présent trousseau devra être renouvelé par le résident ou son représentant légal au fur et à mesure des besoins et des saisons, et vérifié au moins une fois par an (le linge usagé ou plus adapté sera remis au représentant légal en vue de son remplacement).

Les « vêtements pure laine » ne sont pas entretenus par l'établissement (tolérance 30 % laine).

L'établissement n'assume pas le nettoyage à sec. De manière générale, éviter les textiles fragiles demandant un entretien particulier et/ou à basse température.

Le résident ou son représentant
Signature
« Lu et approuvé »

Le ____ / ____ /20 ____

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

Je soussigné(e) Mr/Mme _____, résident(e) :

- autorise l'affichage de mes photos dans l'établissement prises lors des animations
- autorise l'affichage de ma photo d'identité dans le logiciel de soins NETSoins
- autorise la publication de mes photos sur le site internet de l'établissement.
- n'autorise pas l'affichage et la publication de mes photos.

Fait à _____, le ____/____/20____

Le résident ou son représentant
Signature

IDENTIFICATION DE LA CHAMBRE DU RÉSIDENT

Je soussigné(e) Mr/ Mme _____ résident(e) / enfant / tuteur
de Mr/Mme _____

- autorise l'affichage de mon « **nom et prénom** » sur la porte d'entrée de ma chambre
- autorise l'affichage du « **nom et prénom** » de mon parent ou du majeur protégé sur la porte d'entrée de sa chambre
- n'autorise pas l'affichage du « **nom et prénom** » sur la porte d'entrée de la chambre

Fait à _____, le ____/____/20____

Le résident ou son représentant
Signature

ABONNEMENT RESEAUX DE L'EHPAD

Je soussigné(e) Mr/Mme _____ certifie vouloir souscrire un abonnement au réseau interne de l'établissement.

Site Marie-louise Bodin			Site Alain et Jean Crapez		
Prestation proposée	Tarifs	Cocher votre choix	Prestations proposées	Tarifs	Cocher votre choix
Téléphone	15 €		Téléphone	15 €	
Wifi	20 €		Wifi	20 €	
Téléphone + wifi	30 €		Téléphone + wifi	30 €	

Je suis informé(e) que le montant mensuel est indiqué dans le tableau ci-dessus. Ces prix peuvent être réévalués par le Conseil d'Administration.

Une facture spécifique vous sera adressée avec prélèvement automatique obligatoire au début de chaque mois.

Je sais que je peux résilier par courrier à tout moment sans frais, le mois en cours reste facturé dans son intégralité.

Tout non-paiement entrainera ipso facto une interruption de la ligne dans un délai d'un mois.

Fait à _____, le ____ / ____ /20____

Signature
du de la résident(e)
« Lu et approuvé »

Signature
de la famille
« Lu et approuvé »

Signature
de son représentant
« Lu et approuvé »

CONTRÔLE EFFECTUÉ DANS L'ESPACE PRIVATIF

Cette annexe est rédigée en conformité avec l'article L. 311-4 et L.313-13-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et le Décret n° 2025-1395 du 29 décembre 2025.

Nom et prénom de la personne accueillie : Mr/Mme _____

Nom et prénom du représentant légal (le cas échéant) : Mr/Mme _____

La loi prévoit que les autorités compétentes qui délivrent les autorisations d'activités, telles que l'Agence Régionale de Santé, la Préfecture (représentant de l'Etat) ou le Conseil Départemental, peuvent faire des contrôles dans l'établissement qui vous accompagne.

Dans ce cadre, des inspecteurs peuvent venir contrôler votre espace privé, à condition que vous ayez donné (ou votre représentant légal) par écrit, votre accord de principe.

Cet accord est donné par la signature de ce document, annexé à votre contrat de séjour.

Les contrôles de votre espace privé, de quoi s'agit-il ?

Les contrôles des autorités ont pour objectif de :

- ⇒ Vérifier que l'établissement respecte la loi
- ⇒ Vérifier que vos droits et votre sécurité sont respectés

Votre espace privé signifie : votre chambre ou tout lieu qui vous est réservé.

Accord de principe : Même si vous avez donné votre accord à ce document, **vous avez le droit de refuser le contrôle, le jour même**. Refuser n'entraîne aucune sanction ni modification de votre accompagnement.

Le contrôle doit être effectué **en votre présence**.

Accord de principe ou refus de contrôle dans votre espace privé (cocher la case de votre choix)

J'accepte les contrôles effectués dans mon espace privé, dans les conditions prévues par l'article L.313-3-1 du CASF.

Je refuse les contrôles effectués dans mon espace privé, dans les conditions prévues par l'article L.313-3-1 du CASF.

Fait à _____, le ____ / ____ /20____

Signature
du de la résident(e)

Signature
de son représentant

CHARTRE RGPD RESIDENTS/FAMILLES

Le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (règlement général sur la protection des données – RGPD), prévoit une information sur les conditions de collecte, de conservation et de traitement des données à caractère personnel vous concernant, strictement nécessaire à votre accompagnement.

Le responsable du traitement de vos données est l'EPISMS BODIN-CRAPEZ.

1. COLLECTE DES DONNEES PERSONNELLES

- Vos données personnelles sont utilisées **uniquement pour des besoins précis toujours en lien avec nos différents métiers** d'accueil, de gestion, d'accompagnement et de soins ;
- Nous ne recueillons que les données qui nous sont nécessaires pour vous assurer **un service de qualité** ;
- Nous respectons la **durée autorisée** pour conserver vos données conformément à la loi ;
- Vos données sont communiquées uniquement à nos partenaires, à l'administration fiscale et sociale qui en ont une utilité dans le cadre de **leur mission réglementaire**.

2. UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES

- Vos données et celles de vos proches sont utilisées dans le cadre de **nos missions** ;
- Elles sont nécessaires à la mise en place de votre **contrat de séjour** et à son exécution ;
- Les données à caractère personnel sont **collectées de façon pertinente** et nous nous bornons à ne collecter que les informations qui nous sont nécessaires.

3. CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

- Nous nous engageons à conserver les données à caractère personnel selon **la durée légale en vigueur** ;
- Vos données sont conservées sur notre **serveur informatique sécurisé et dans nos dossiers papiers dont l'accès est restreint au personnel concerné**.

4. DROIT A LA MODIFICATION, RECTIFICATION OU RETRAIT DE VOS DONNEES

Vous disposez des droits suivants :

- **Un droit d'accès à vos données** : la personne concernée a le droit de demander des informations sur les données collectées et de connaître son usage,
- **Un droit de rectification** : la personne concernée a le droit de demander que ses données soient rectifiées ou complétées,
- **Un droit d'effacement** : la personne concernée a le droit de demander l'effacement définitif de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires,
- **Un droit de portabilité** : la personne concernée a le droit de demander à récupérer ses données afin de les transmettre à un autre établissement,
- **Un droit d'opposition** : la personne concernée a le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données notamment à des fins commerciales,

- **Un droit à la limitation du traitement** : la personne concernée a le droit de demander que ses données soient utilisées à un traitement spécifique,
- **Un droit de retrait** : la personne concernée a le droit de retirer son consentement pour tous les traitements pour lesquels ils avaient été recueillis,
- **Un droit de réclamation auprès de la CNIL** : la personne concernée peut porter réclamation auprès de la CNIL si elle estime que le traitement de ses données constitue une violation du règlement général de protection des données,
- **Un droit de recours juridictionnel** : la personne concernée peut former un recours juridictionnel soit contre l'autorité de contrôle (CNIL) soit contre le responsable du traitement des données.

Pour rappel, l'accès aux données médicales (dossier de soins...) est règlementé par la loi du 4 mars 2002.

5. EXERCICE DE VOS DROITS

- Vous pouvez exercer vos droits en nous adressant un mail à l'adresse suivante : secretariatbodin@gmail.com / secretariatcrapez@gmail.com
- △ ***Afin d'éviter qu'une personne se faisant passer pour vous puisse avoir accès à vos données personnelles, vous devez justifier de votre identité en joignant à votre demande une copie d'une pièce d'identité. Cette copie sera détruite dès que la vérification sera faite.***
- Vous pouvez également prendre rendez-vous auprès des secrétaires des sites BODIN et/ou CRAPEZ.

**Accord de principe ou refus de collecte, conservation et traitement des données personnelles
(cocher la case de votre choix)**

J'accepte la collecte, la conservation et le traitement de mes données personnelles dans le cadre de mon accompagnement, conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 (RGPD)

Je refuse la collecte, la conservation et le traitement de mes données personnelles dans le cadre de mon accompagnement, conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 (RGPD)

Fait à _____,

Le ____ / ____ /20 ____

Signature
du de la résident(e)

Signature
de son représentant

RESTRICTIONS D'ALLER ET VENIR

Entre :

L'E.P.I.S.M.S BODIN-CRAPEZ

- Site BODIN, 17 rue de la Borde, 72150 LE GRAND LUCE
- Site CRAPEZ, 9 rue Fernand Crapez, 72250 PARIGNE L'EVEQUE

Désigné ci-après « l'établissement »

Et :

Mme/Mr _____ , désigné ci-après « le résident »

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre.

L'article 8 de la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, garantit au résident le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement.

Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité et de la sécurité de la personne.

L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L.311-4-1 du CASF est un document à portée individuelle, mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert.

Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

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

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

L'annexe est signée lors d'un entretien entre le résident (et, le cas échéant, en présence de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance) et La Directrice de l'établissement ou son représentant.

Article 1 – Objet de l’annexe

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, propose au Directeur de l’établissement pour assurer l’intégrité, la sécurité du résident et soutenir l’exercice de sa liberté d’aller et venir au sein de la structure.

Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur ou à défaut le médecin traitant, et l’équipe médico-sociale de l’établissement, en fonction des besoins identifiés à la suite de l’examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures.

Ces mesures sont élaborées conformément au cadre institutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

Article 2 - Equipe médico-sociale ayant participé à l’évaluation du résident

L’examen médical du résident a été réalisé le par le Dr

L’équipe médico-sociale de l’établissement s’est réunie le afin d’évaluer les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

-
-
-

Le projet d’annexe au contrat de séjour a été remis par....., au résident, à son représentant légal, ou le cas échéant, à sa personne de confiance le.....

Le résident a émis les observations suivantes :

Article 3 - Mesures particulières prises par l'établissement

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

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique ou la sécurité du résident, en maintenant le contact avec lui et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements.

Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

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

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

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

Mesures proposées	Accord	Absence d'accord	Observations

Article 4 – Durée de l'annexe

La présent annexe est conclue pour une durée de 6 mois. Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les 6 mois.

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

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe.

Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été de manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

Article 6 – Modalités de révision de l'annexe

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

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 de médecin coordonnateur.

Fait le,

A

Madame/ Monsieur

La Directrice de l'établissement