



Contrat de séjour

EHPAD Abel MAURICE



Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

16 Avenue Jean-Baptiste Gauthier BP 35
38520 LE BOURG D'OISANS

TEL: 04.76.80.00.12
FAX: 04.76.80.23.84
Http: www.oisans-retraite.com
E.mail : accueil@oisans-retraite.com

PREAMBULE

Ne pas parler de dépendance à la réservation

Le contrat de séjour a vocation à définir les objectifs et la nature 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 offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

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

Ce contrat est conclu entre la personne hébergée ou son représentant légal et le représentant de l'établissement.

Il est remis à chaque personne hébergée et le cas échéant, à son représentant légal, au cours de la procédure d'admission. Il doit être signé par les deux parties dans les quinze jours qui suivent l'admission.

Dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, la personne signataire peut exercer par écrit un droit de rétractation sans avoir à respecter un délai de préavis.

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 la personne hébergée ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;
- la mention des prestations d'accompagnement et de soins les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'élaboration du projet personnalisé ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil ;
- 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 ainsi que les conditions de participation des obligés alimentaires identifiés.

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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Il se doit également de respecter le Règlement départemental d'aide sociale de l'Isère.

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 hébergée.

En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne hébergée 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 hébergée 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 (membres de la commission d'admission) 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 hébergée.

La personne hébergée 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.

A cet effet, lui a été remise une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension.

La délivrance de l'information sur la personne de confiance est attestée par un document daté et signé par le directeur de l'établissement ou son représentant et la personne hébergée et, le cas échéant, son représentant légal.

Une copie du document est remise à ces derniers.

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.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'EHPAD Résidence Abel MAURICE de Bourg d'Oisans est un Etablissement médico-social public autonome qui accueille des personnes âgées dépendantes en séjour permanent ou temporaire, en priorité du canton de l'Oisans et du Département de l'Isère mais il peut aussi recevoir d'autres personnes dans la limite des places disponibles.

L'Etablissement dispose de :

- 84 places d'hébergement permanent dit « classique » ;
- 15 places d'hébergement permanent en Unité Psycho-Gériatrique (UPG) (Service « Le Chardon bleu) à destination de personnes présentant un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ;
- 2 places d'hébergement temporaire ;
- 1 place d'hébergement dit de « répit » pour des séjours de trois semaines renouvelables pour soutenir les proches aidants qui doivent faire face à des événements imprévus ou pour s'octroyer un temps de repos.
- 14 places au sein d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) à destination des personnes hébergées à l'EHPAD et présentant certains troubles cognitifs ;
- 5 places d'accueil de jour (Service « L'Eau d'Olle ») à destination de personnes ne résidant pas à l'EHPAD pour un accompagnement en journée.

Soit au total 101 places d'hébergement.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions pour pouvoir en bénéficier.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance.

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

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I - CONTRACTANT POUR UNE ADMISSION..... | 7 |
| II - DEFINITION AVEC LA PERSONNE HEBERGEE ET SON REPRESENTANT LEGAL LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT..... | 7 |
| III – LES CONDITIONS D'ADMISSION..... | 8 |
| III. 1 Conditions d'admission en hébergement dit « classique »..... | 8 |
| III. 2 Conditions d'admission en UPG..... | 8 |
| III. 3 Dossier administratif et dossier médical..... | 8 |
| IV – PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT..... | 9 |
| IV. 1 Prestations d'administration générale..... | 9 |
| IV. 2 Prestations d'accueil hôtelier..... | 9 |
| IV. 3 Prestations de restauration..... | 10 |
| IV. 4 Prestations de blanchissage..... | 11 |
| IV. 5 Prestations d'animation de la vie sociale | 11 |
| IV. 6 Autres Prestations..... | 11 |
| IV. 7 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne..... | 11 |
| IV. 8 Soins et surveillance médicale et paramédicale..... | 12 |
| IV. 9 La personne de confiance..... | 12 |
| IV.10 Les directives anticipées..... | 13 |
| V - COÛT DU SÉJOUR..... | 13 |

| | |
|---|----|
| V. 1 Frais d'hébergement..... | 13 |
| V. 2 Frais liés à la perte d'autonomie..... | 14 |
| V. 3 Frais liés aux soins..... | 14 |

VI – CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION.....15

| | |
|--|----|
| VI. 1 Frais de réservation..... | 15 |
| VI. 2 Hospitalisation..... | 15 |
| VI. 3 Absences pour convenances personnelles..... | 15 |
| VI. 4 Facturation dans l'attente d'une admission à l'aide sociale..... | 16 |
| VI. 5 Facturation en cas de résiliation du contrat à l'initiative de la personne hébergée..... | 16 |
| VII. 6 Facturation jusqu'à la libération de la chambre..... | 16 |

VII - DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT.....17

| | |
|---|----|
| VII. 1 Délai de rétractation..... | 17 |
| VII. 2 Révision..... | 17 |
| VII. 3 Résiliation volontaire à l'initiative de la personne hébergée..... | 17 |
| VII. 4 Résiliation à l'initiative de l'établissement..... | 17 |
| a) Motifs généraux de résiliation..... | 17 |
| b) Modalités particulières de résiliation..... | 18 |
| VII. 5 Résiliation de plein droit..... | 18 |

VIII - REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DEPART OU DE DECES.....19

| | |
|---|----|
| VIII. 1 Régime de sûreté des biens..... | 19 |
| VIII. 2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès..... | 19 |
| VIII. 3 Certification de la délivrance d'informations sur le régime des biens..... | 20 |

IX – ASSURANCES.....21

X - REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT.....21

XI - ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR.....21

I - CONTRACTANT POUR UNE ADMISSION

Le présent contrat, établi en double exemplaires, définit les objectifs et la nature de l'accompagnement de la personne hébergée (séjour permanent, temporaire ou de répit).

Il est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD Abel MAURICE représenté par Madame Sylviane COLOVRAY-ROUQUET, Directrice et Madame Marie TIXIER, Directrice déléguée,

Et d'autre part,

Mme/M

Ci-après dénommé(e) « la personne hébergée »

Le cas échéant, représenté par M ou Mme (indiquer le nom, prénom, adresse)

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

Dénommé ci-après « **Le Représentant Légal** » (préciser tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ; joindre photocopie du jugement).

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée déterminée de mois du.....au.....renouvelable par tacite reconduction (au-delà de 6 mois, le contrat devient automatiquement un contrat à durée indéterminée) avec réservation à compter du.....
- un hébergement de répit du.....au.....avec réservation à compter du.....

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

II - DEFINITION AVEC LA PERSONNE HEBERGEE ET/OU SON REPRESENTANT LEGAL LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie de la personne hébergée et lui proposent un accompagnement individualisé (projet personnalisé).

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 hébergée. Ceux-ci sont actualisés chaque année.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Principaux axes de l'accompagnement définis au moment de l'admission, avec la personne hébergée et/ou son représentant légal, dans l'attente de l'élaboration du projet personnalisé de la personne hébergée :

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

III – LES CONDITIONS D'ADMISSION

III. 1 Conditions d'admission

L'Etablissement reçoit des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans qui n'exercent plus d'activité professionnelle ; toutefois, l'admission de personnes âgées de moins de 60 ans pourra être prononcée après étude des cas particuliers.

Il n'accueille pas les personnes âgées souffrant de détérioration psychique grave.

L'admission est prononcée par le Directeur, après avis de la commission d'admission constituée du médecin coordonnateur, du cadre de santé et de la psychologue. Ces avis sont donnés après la visite médicale de pré-admission. La signature du présent contrat ainsi que la présentation d'un dossier d'admission complet sont également nécessaires.

Au cours de cette procédure, un entretien et une visite des lieux avec le résident, la famille et l'équipe sont proposés.

En fonction du dossier médical et de l'état de santé du patient, une admission en UPG peut être indiquée.

Lorsque les « déambulations » et/ou les troubles psycho-comportementaux ne nécessitent plus un accompagnement à l'UPG, la direction se réserve la possibilité de transférer le résident en hébergement « classique » après en avoir informé la famille.

III. 3 Dossier administratif et dossier médical

Le dossier administratif comportera :

- un relevé d'identité bancaire ou postal ainsi que le mandat de prélèvement SEPA ;
- la notification du Conseil Départemental du versement de l'APA à domicile, le cas échéant ;

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

- le livret de famille complet ou extrait d'acte de naissance, carte d'identité,
- la carte d'assuré social + l'attestation + la carte de mutuelle mise à jour annuellement,
- l'attestation d'assurance responsabilité civile, mise à jour annuellement
- la dernière déclaration d'impôt sur les revenus,
- le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- le jugement de curatelle ou de tutelle s'il y a lieu,
- les justificatifs récents de toutes les ressources, en particulier l'identification précise (dénomination, adresse) des caisses de retraite et des organismes versant des retraites, pensions, rentes ou toute autre ressource ainsi que les montants mensuels versés,
- la photographie récente du résident,
- l'engagement de régler le prix de journée d'hébergement ainsi que la participation au tarif dépendance, pour les résidents payants et leurs débiteurs alimentaires,
- l'engagement de payer de chaque obligé alimentaire en cas de défaillance financière du résident,
- le formulaire de désignation de la personne de confiance pour ceux qui souhaitent en désigner une,
- les directives anticipées sous pli cacheté le cas échéant,
- le document relatif à la liberté d'aller et venir de la personne hébergée,
- le formulaire attestant la résiliation de la location de matériel médical à domicile,
- le formulaire de déclaration du choix de médecin traitant,
- la conduite à tenir en cas de décès,
- le formulaire de droit à l'image,
- l'accusé de réception et de lecture du règlement de fonctionnement de l'établissement
- pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le formulaire d'engagement à constituer une provision en attente de la décision d'aide sociale,
- la photocopie des cartes d'allocataire ou attestation de versement de l'allocation logement.

Le dossier médical comportera

- la fiche médicale remplie par le Médecin du résident,
- les ordonnance(s) récente(s) du Médecin traitant et de Médecins spécialistes,
- les résultats des derniers comptes-rendus médicaux, biologiques ou radiologiques,
- les dates des prochains rendez-vous médicaux s'il y a lieu,
- une radiographie pulmonaire de moins de 6 mois
- carnet de vaccination si possible.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

IV – PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le document "Règlement de fonctionnement" joint et remis au résident ou à son représentant légal avec le présent contrat. Les prestations ci-dessous énumérées sont assurées dans les conditions et les limites fixées par ce règlement de fonctionnement.

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

IV. 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.

Sont également inclus :

- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement et inventaire des objets des résidents ;
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance.

IV. 2 Prestations d'accueil hôtelier

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle équipée du mobilier de base comprenant sanitaires et lit, de locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD.

La personne hébergée a accès à une salle de bain individuelle comprenant a minima un lavabo et des toilettes.

La fourniture des produits pour la toilette (rasoir, lames, mousse à raser, savon liquide, shampooing ...) est aux frais de la personne hébergée.

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée aux moyens de communication, y compris Internet, au moins dans une partie de l'établissement (voir avec l'animatrice).

La chambre est dotée des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone. L'abonnement et les communications téléphoniques ainsi que la redevance TV sont à la charge du résident.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci et les conditions liées aux règles de sécurité incendie. Il peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire. L'ajout d'un chauffage d'appoint individuel n'est pas autorisé.

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

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

L'établissement assure toutes les tâches d'entretien et de nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour de la personne hébergée, 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.

Les animaux domestiques ne sont pas acceptés à l'EHPAD.

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

En cas de dégradations répétées et/ou volontaires, les frais de réparation seront à la charge du Résident.

A noter également qu'un changement de chambre peut intervenir durant le séjour du Résident (à la demande du résident ou selon l'évolution de son état de santé).

Pour des raisons de sécurité, il est formellement interdit de fumer dans les chambres et dans toute autre partie des bâtiments.

IV. 3 Prestations de restauration

Le service de restauration assure les petits déjeuners, déjeuners et dîners ainsi qu'une collation dans l'après-midi.

Les repas sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé de la personne hébergée justifie qu'ils soient pris en chambre.

Seuls les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, les denrées alimentaires périssables ne sont pas autorisées dans les logements, dans la mesure où elles ne peuvent être gardées dans des conditions garantissant une bonne conservation.

La personne hébergée peut inviter les personnes de son choix au déjeuner. Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année, dans l'avenant à ce contrat et affiché dans l'établissement.

IV. 4 Prestations de blanchissage

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

L'entretien du linge personnel de la personne hébergée est inclus dans le tarif hébergement. Cette prestation est assurée par l'établissement dans les conditions précisées par le livret d'accueil.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Le linge personnel de la personne hébergée doit être impérativement marqué et renouvelé aussi souvent que nécessaire.

Une prestation « marquage du linge » est proposé aux familles qui le souhaitent moyennant le paiement d'une somme forfaitaire ou unitaire fixée par le Conseil d'Administration.

Le linge délicat est à exclure ainsi que tout le linge nécessitant un lavage à basse température. De ce fait ce type de vêtement doit être impérativement entretenue par la famille.

Aucune prestation de pressing ne sera prise en charge par l'EHPAD.

Le trousseau figurant en annexe est donné à titre indicatif.

IV. 5 Prestations d'animation de la vie sociale

Les actions d'animation collectives et autres activités organisées dans l'enceinte de l'établissement sont gratuites pour les personnes accueillies.

Pour certaines activités extérieures, une participation peut être demandée mais l'organisation en elle-même de ces activités extérieures n'est pas facturée.

IV. 6 Autres Prestations

Les prestations de coiffure, de pédicurie, d'esthétique sont assurées par des intervenants extérieurs, sur demande des résidents ou des familles et sont au frais de la personne hébergée.

IV. 7 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

L'établissement accompagnera 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 hébergée 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 médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge de la personne hébergée 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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

IV. 8 Soins et surveillance médicale et paramédicale

L'établissement assure une permanence 24 heures sur 24 par la présence de personnels de nuit et d'un système d'appel malade.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale ainsi qu'à la prise en charge des soins sont inscrites dans le règlement de fonctionnement remis à la personne hébergée lors de la signature du présent contrat.

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

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

- du projet de soins, de sa coordination avec les professionnels 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 un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;
- 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 résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

La personne hébergée a le libre choix de son médecin traitant conditionné cependant à l'accord de ce dernier. La personne hébergée est informée qu'un contrat doit être signé entre le médecin traitant exerçant à titre libéral et l'EHPAD.

Sur prescription médicale, certaines prestations peuvent être effectuées dans l'établissement (kinésithérapie par exemple).

IV. 9 La personne de confiance

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

Le formulaire de désignation de la personne de confiance ainsi que la notice d'information et les différents documents qui s'y rapportent sont annexés au présent contrat de séjour.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

A son entrée, le résident doit préciser s'il souhaite que soient prises des dispositions particulières, en cas de décès dans l'établissement.

IV.10 Les directives anticipées

Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont les volontés de la personne hébergée, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux qu'elle souhaite ou non, si un jour elle ne peut plus communiquer. Elles concernent les conditions de fin de vie, c'est- à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux. C'est également l'occasion pour la personne hébergée de désigner sa "personne de confiance" : personne qui est le témoin de ses souhaits, volontés, convictions.

La rédaction de ces directives n'est pas un devoir mais un droit. Le médecin coordonnateur de l'établissement est disponible pour assister les personnes dans leur rédaction si besoin. Si la personne n'est plus en capacité d'écrire, elle peut demander à quelqu'un de le faire devant la personne hébergée et devant 2 témoins.

Un formulaire de rédaction se trouve en annexe de ce livret d'accueil.

Enfin, un guide de la Haute Autorité de Santé qui explique les directives anticipées et comment les rédiger est disponible sur internet ou en demandant à l'accueil de l'EHPAD.

V - COÛT DU SÉJOUR

Le coût du séjour est financé par le tarif hébergement, le tarif dépendance et par le forfait soins. Le tarif journalier payé par la personne hébergée, sa famille ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance. La facturation du tarif journalier démarre à compter de l'entrée dans l'établissement, c'est-à-dire le jour où le bénéfice des prestations hébergement commencent.

Par ailleurs, un tarif dit de « réservation » sera facturé dès le jour de réservation de la chambre, et donc avant l'entrée de la personne hébergée dans l'établissement.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, 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 et par affichage dans l'établissement. Elles font également l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance de la personne hébergée et de son représentant légal le cas échéant. Toutes modifications leur sont communiquées. Ce document organise le rattrapage du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1^{er} janvier de l'année en cours par le Président du Conseil départemental.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Tous les résidents âgés de 60 ans et plus doivent s'acquitter du tarif hébergement et du tarif prévention (tarif dépendance GIR 5&6).

Le tarif journalier est payé mensuellement à terme échu, soit le dernier jour de chaque mois auprès de Monsieur ou Madame le Receveur de l'établissement (Trésor Public DE Bourg d'Oisans) au plus tard le 30 du mois suivant. Le prélèvement automatique sera proposé en priorité aux résidents.

Le résident payant (ou son représentant légal) s'engage par écrit à régler le prix de journée d'hébergement ainsi que le tarif dépendance. L'engagement de payer est annexé au présent contrat (annexe 2).

Toute évolution législative ou réglementaire concernant l'habilitation à l'aide sociale rend caduque le présent contrat et conduit à la conclusion d'un nouveau contrat de séjour.

V. 1 Frais d'hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien, d'activités de la vie sociale de l'établissement.

V. 2 Frais liés 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.

En fonction de leur perte d'autonomie (évaluée à partir de la grille AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les personnes hébergées peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

Cette allocation 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 du résident en fonction de sa perte d'autonomie et du niveau de ses ressources.

L'APA peut être versée directement à l'établissement, si elle ne l'est pas, elle est payée mensuellement et à terme échu.

A chaque changement de GIR la personne hébergée ainsi que le Conseil Départemental en sont informés.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Si l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) est versée directement à l'établissement, seul le montant correspondant au tarif des GIR 5 et 6 et le cas échéant le ticket modérateur restera à la charge de la personne hébergée (pour les résidents dont le domicile de secours se situe dans l'Isère).

V. 3 Frais liés aux soins

Option forfait global sans pharmacie à usage intérieur :

Le forfait global octroyé par l'Agence régionale de santé comprend la rémunération des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes...), le financement des analyses médicales au laboratoire et celui du matériel médical.

Le matériel médical étant fourni par l'établissement, la personne hébergée ou son représentant légal le cas échéant, s'engagent à mettre fin à la location de matériels ou d'équipements de l'ancien domicile lors de l'entrée dans l'établissement (lit médicalisé, fauteuil roulant, lève personne...) déclaration sur l'honneur à signer lors de l'admission du résident.

VI – CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

6.1 Frais de réservation :

En cas de réservation d'une chambre, le tarif réservation fixé par le Conseil d'administration sera appliqué quel que soit l'âge du résident, minoré du forfait hospitalier, dans la limite de 10 jours. Au-delà des 10 jours, ce même tarif plein s'applique jusqu'à l'entrée effective du résident, alors non minoré du forfait hospitalier.

Les frais de réservation restent à la charge du Résident même si celui-ci sollicite le bénéfice de l'Aide Sociale le jour de son admission.

6.2 Hospitalisation :

Hospitalisation de moins de 72 heures :

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

Le tarif dépendance est minoré dès le premier jour d'absence, l'établissement ne facture plus la part correspondant au GIR 5-6 et au ticket modérateur. Si bien que le reste à charge « dépendance » est ramené à 0 euro.

Hospitalisation entre 72 heures et 30 jours :

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Le tarif dépendance reste minoré de la part correspondant au GIR 5-6 et au ticket modérateur. Si bien que le reste à charge « dépendance » est ramené à 0 euro.

Hospitalisation à partir du 31^{ème} jour d'absence :

Au-delà du trentième jour d'hospitalisation, le résident ou ses ayants-droits doivent s'acquitter également du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier et le tarif dépendance reste minoré de la part correspondant au GIR 5-6 et au ticket modérateur.

Il est également possible de demander à libérer sa chambre. Ce choix est à formuler par écrit.

En cas de libération de la chambre, l'établissement s'engage à accueillir prioritairement le résident à sa sortie d'hospitalisation.

Pour les résidents admis à l'Aide Sociale, les frais de séjour ne sont plus couverts par l'Aide Sociale.

6.3 Absences pour convenances personnelles :

L'établissement doit être prévenu par écrit au plus tard 48 heures avant le départ effectif.

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

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier, pour une durée maximale de 35 jours continus ou discontinus par année civile. Au-delà, il est redevable du tarif hébergement sans aucune minoration.

Le tarif dépendance correspondant au GIR 5 – 6 et au ticket modérateur n'est pas facturé dès le premier jour d'absences pour convenances personnelles. Si bien que le reste à charge « dépendance » est ramené à 0 euro.

6.4 Facturation dans l'attente d'une admission à l'Aide Sociale:

Compte tenu des délais et de l'incertitude quant à la décision prise par les services du Conseil Départemental, le résident (ou son représentant) s'engage à verser au cours de la période d'instruction de son dossier de demande d'aide sociale, 90% de ses ressources à Monsieur le Receveur du Centre des finances publiques de Bourg d'Oisans.

En l'absence de communication du récépissé de demande d'Aide-Sociale auprès du CCAS compétent dans un délai d'une semaine après l'entrée du résident, la facturation sera établie comme payante.

En cas de rejet de la demande d'aide sociale, le résident (ou son représentant) s'engage à régler ses frais de séjour dans leur totalité depuis la date d'entrée.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

6.5 Facturation en cas de résiliation du contrat à l'initiative de la personne hébergée :

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis.

Si le préavis est effectif (résident encore présent à l'EHPAD Abel Maurice), la facturation des frais de séjour se poursuit pendant toute la durée du préavis.

Si le résident quitte l'établissement pendant le préavis, la facturation se poursuit jusqu'à l'échéance. Cette facturation sera basée sur un tarif journalier spécifique dit « tarif préavis » voté en Conseil d'administration.

6.6 Facturation jusqu'à libération de la chambre

En cas de décès, l'établissement poursuivra la facturation des frais d'hébergement (déduction faite du forfait journalier) et des frais de dépendance (déduction faite du tarif correspondant au GIR 5-6 et du ticket modérateur) au-delà du jour de décès du résident jusqu'à la libération complète de la chambre qu'il occupait (retrait définitif des objets personnels) y compris pour la chambre mortuaire.

VII. DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

VII. 1 Délai de rétractation

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

VII. 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.

VII. 3 Résiliation volontaire à l'initiative de la personne hébergée

Passé le délai de rétractation susmentionné, la personne hébergée 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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

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 de 8 jours de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement si la demande intervient dans les 6 premiers mois du contrat
- d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement si la demande intervient au-delà.

La chambre est libérée au plus tard à la date prévue pour le départ.

VII. 4 Résiliation à l'initiative de l'établissement

a) Motifs généraux de résiliation

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

- En cas d'inexécution par la personne hébergée 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 hébergée ;
- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- Dans le cas où la personne hébergée 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.

Le gestionnaire 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.

b) 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 du résident 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, et ce, en lien avec la famille de la personne hébergée.

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 du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, la personne hébergée et/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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

- *Résiliation pour défaut de paiement*

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant à la personne hébergée 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 60 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur et la personne intéressée 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 au résident 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.

VII. 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 (cf. paragraphe...).

Le représentant légal et la personne de confiance éventuellement désignée par la personne hébergée 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 3 jours la Direction peut procéder à la libération de la chambre. Les effets personnels qui ne sont pas récupérés dans un délai d'un an et un jour sont considérés comme la propriété de l'établissement.

VIII - REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DEPART OU DE DECES

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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

VIII. 1 Régime de sûreté des biens

Dans la mesure du possible, les personnes hébergées n'apportent pas de biens de valeur au sein de l'établissement. Si toutefois cela s'avérait nécessaire, la personne est invitée à effectuer le dépôt de ces choses mobilières de valeur entre les mains du comptable public (aux horaires d'ouverture du Trésor Public de Bourg d'Oisans).

Pour les autres objets, ils peuvent être déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par la direction de l'établissement.

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

Par ailleurs, les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par la personne hébergée dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par la personne hébergée restent placés sous sa responsabilité.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par la personne hébergée 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 hébergée 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.

VIII. 2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès

La personne hébergée 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. La procédure varie en fonction du statut d'admission de la personne hébergée.

a) Décès ou départ définitif de la personne hébergée 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 des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public par le personnel de l'établissement.

Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de 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.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

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 et un jour 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 deviennent alors la propriété de l'établissement.

b) Décès ou départ définitif de la personne hébergée au titre de l'aide sociale légale

Lorsqu'il existe une régie au sein de l'établissement, un inventaire est établi, dans les meilleurs délais après le décès, par deux agents de l'établissement dont un doit être si possible un agent de la régie.

Le numéraire et les valeurs inactives, objets de valeur sont placés sous la responsabilité du régisseur de l'EHPAD, dès la fin de l'inventaire. Le régisseur en délivre quittance.

Les autres objets peuvent être déménagés et entreposés dans un autre local en 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.

VIII. 3 Certification de la délivrance d'informations sur le régime des biens

La personne hébergée et/ou son représentant légal, certifient avoir reçu une information écrite et orale des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement et des principes gouvernant la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements.

Cette information figure aussi, le cas échéant, dans le règlement de fonctionnement de l'établissement.

IX - ASSURANCES

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlementations en vigueur. Ces assurances n'exonèrent pas la personne hébergée des dommages dont elle pourrait être la cause. Elle a donc été informée de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance Responsabilité Civile individuelle et a présenté une police d'assurance signée de la société.....valide jusqu'au et s'engage à la renouveler chaque année. L'attestation est à fournir à l'établissement et à renouveler chaque année.

La personne hébergée certifie être informée de la recommandation qui lui a été faite de souscrire une assurance de ses biens et objets personnels contre le vol.

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

X - REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

La signature du présent contrat par la personne hébergée 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.

XI - ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

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.

Etabli conformément :

- À la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- À la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, à l'article L 311-4 du Code de l'action sociale et des familles,
- À la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation,
- Au décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Au décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles,
- Au décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD,
- Au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- Aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale le cas échéant,
- Aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle,
- Aux délibérations du Conseil d'Administration.

Pièces jointes au contrat :

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal :

- Un livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et libertés de la personne hébergée; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ;
- Le règlement de fonctionnement tel que défini à l'article L. 311-7 dont la personne hébergée et/ou son représentant légal déclarent avoir pris connaissance,
- Une annexe indicative relative aux tarifs

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

Et également en annexe :

- Formulaire d'attestation d'information par l'établissement de la possibilité de désigner une personne de confiance
- Formulaire de désignation de la personne de confiance pour les personnes qui souhaitent en désigner une
- Le formulaire de déclaration du choix du médecin traitant
- Le formulaire de conduite à tenir en cas de décès
- Le formulaire relatif aux directives anticipées
- Liste du trousseau de vêtements et produits d'hygiène corporelle conseillé lors d'une admission
- Formulaire d'engagement de payer
- Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le formulaire d'engagement à constituer une provision en attente de la décision d'aide sociale
- Attestation d'absence de location de matériel médical
- Formulaire d'autorisation de droit à l'image
- Document relatif à la restriction de la liberté d'aller et venir du résident, le cas échéant
- Etat des lieux contradictoire d'entrée et de sortie
- Inventaire des biens de la personne hébergée (hors linge)
- La procédures relative aux plaintes et réclamations.

Fait à, le

Signature de la personne hébergée

Ou de son représentant légal

(*Date et lieu précédés de la mention lu et approuvé*)

Signature du directeur d'EHPAD

Avis favorable CVS du 11/04/2019

Délibération CA du 29/10/2019

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2020

ATTESTATION

Je soussigné, Mr /Mme atteste avoir bien été informé(e) par l'EHPAD de la possibilité de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

J'ai bien noté le rôle de cette personne de confiance :

- elle pourra être consulté(e) par l'équipe médicale et soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire.
dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches et pourra m'assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au Médecin ne lui seront pas communiquées.
- je peux lui faire part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de l'exprimer.

Fait à le

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Résident(e)
domicilié(e) l'EHPAD Résidence ABEL MAURICE de Bourg d'Oisans

Né(e) le A

Désigne comme **personne de confiance** mon (préciser la nature des relations : épouse, époux, enfant, ami, ... etc.) :

Nom – Prénom

Né(e) le A

Domicile

.....

Tél personnel :

Tél professionnel :

E-mail :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour à l'EHPAD Résidence ABEL MAURICE de Bourg d'Oisans, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

J'ai bien noté que M, Mme, Melle

- Pourra être consulté(e) par l'équipe médicale et soignante 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 d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches et pourra m'assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au Médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Que je peux lui faire part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de l'exprimer oui non
- Qu'elle possède un exemplaire de mes directives anticipées oui non

Date et signature du Résident :

.....

Date et signature de la personne désignée

.....

Référence : Loi du 04.04.2002 relative aux droits du malade – Art L.1111-6 du code de la santé publique
Loi N°2016-87 du 2 Février 2016 (article L1111-6 modifié par art.9) PECDIP-P004



N°12485*03

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
{ inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

L'assuré(e)

Nom de famille (*de naissance*)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

Prénom

N° de sécurité sociale

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Le bénéficiaire des soins

Nom de famille (*de naissance*)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

Prénom

Date de naissance

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse de l'assuré(e)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)
Nom et prénom du médecin traitant

Nom

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Prénom

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Identifiant

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire des soins
(et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)

Médecin traitant

Je soussigné(e), M., Mme,

Je soussigné(e), Docteur

déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant

déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus

Signature(s)

Signature

Déclaration signée le

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704b

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).



DISPOSITIONS EN CAS DE DECES

PERSONNE A AVISER PAR TELEPHONE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

A toutes heures

Entre 8 heures et 20 heures

Le résident souhaite :

Être enterré/e

Être incinéré/e

Pacemaker : oui / non

INHUMATION :

Vœux particuliers concernant les vêtements :

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

A déposer dans l'armoire de la chambre du résident.

Le/la résident(e) veut- il/elle être inhumé(e) avec ses bijoux :

Oui

Non

Le/la résident(e) possède un contrat d'obsèques :

Oui

Avec l'organisme :

.....
 Non

Date ://

Nom : Prénom :

FORMULAIRE RELATIF AUX DIRECTIVES ANTICIPEES

①

Mon identité

Nom et prénoms :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil :

J'ai l'autorisation du juge oui non

J'ai l'autorisation du conseil de famille oui non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation

②

INFORMATIONS OU SOUHAITS

Que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ci-après

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

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

Je les écris ici :

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

Fait le à

Signature

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

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

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

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

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

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

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
.....
- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
.....
- Alimentation et hydratation artificielles :
.....
- Une hospitalisation
.....
- Autre :
.....

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

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

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

.....

.....

4° J'indique toute autre directive que je souhaite voir respecter :

.....

.....

.....

.....

Fait le à

Signature

DIRECTIVES ANTICIPEES

④ **CAS PARTICULIER**

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

Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait le à

Signature

Témoin 2 : je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait le à

Signature

⑤

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

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

● Ou : déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait le à

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au ④

Trousseau

Avant l'arrivée dans le service, le linge sera marqué au nom et prénom du résident (avant l'entrée ou pour les vêtements apportés en court de séjour, avant leur utilisation)

Cette prestation peut être réalisée par la blanchisserie de l'établissement les conditions tarifaires en cours à la date de votre entrée.

Si vous faites le choix de réaliser par vous-même le marquage, veillez à choisir une méthode qui permette un marquage solide et durable dans le temps (lavage dans des machines semi-industrielles)

Vêtements

| | | | |
|--|-----------------|---------------------------|----------------|
| Chemises ou chemisiers | 10 | Pantalon, robes, ou jupes | 7 |
| Polos ou Tee-shirts | | | |
| Pull-over | 5 | Gilets | 4 |
| Maillots de corps | 7 | Slips, culottes, caleçons | 7 |
| Chaussettes, collants, bas (y compris bas de contention) | 7 paires | Pyjamas, chemise de nuit | 5 |
| Soutien-gorge | 5 | Robe de chambre | 1 |
| Manteau/veste | 2 | Chaussures hiver | 1 paire |
| Chausson | 2 paires | Chaussures été | 1 paire |
| Eventuellement | | | |
| Chapeaux/casquette | 1 | Pantalon de jogging | 3 |
| Mouchoirs tissus | 10 | | |

Cette liste est donnée à titre indicatif et au correspond au minimum attendu : respecter les habitudes vestimentaires de chaque personne et privilégier des articles larges et confortables.

L'équipe de soin se réserve le droit d'adapter le contenu du trousseau selon l'état de santé du résident

Le trousseau est à renouveler et à adapter à chaque changement de saison, lors des changements de taille du résident ou lorsque les vêtements sont usagés.

Les textiles délicats sont déconseillés, ils pourraient être abimés au lavage professionnel. Ils seront dans tous les cas entretenus par la famille. L'établissement décline toute responsabilité en cas de dégradation de ce type de vêtements.

Divers (à marquer au nom du résident)

| | | | |
|--|----------|------------------------|---|
| Serviettes de table | 8 | Brosse à dent | |
| Petite valise ou sac de sport (en cas d'hospitalisation) | | Dentifrice | |
| Trousse de toilette | 1 | Savon gel douche | |
| Verre à dents | 1 | Eau de Cologne | |
| Rasoir | 1 | Coton tige | |
| Peigne/brosse | 1 | Pastilles pour dentier | |
| Coupe-ongles | 1 | Pousse à raser | |
| | | | 1 puis à renouveler autant que nécessaire |

L'équipe de lingerie se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. La lingerie est ouverte aux résidents et familles du lundi au vendredi de 8h à 17h. Vous pouvez également joindre les lingères par téléphone au 04 76 80 00 12 ou par mail lingerie@oisans-retraite.com



Engagement de payer

Article L314-12-1 du CASF

Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales.

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Téléphone :

Adresse mail :

=> Je reconnais être informé(e) de l'entrée de :

M. / Mme / Melle

Prénom

au sein de l'Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes « Résidence Abel Maurice »

=> À ce titre, en tant que ☐ fils / fille ☐ autre, préciser :

=> Je reconnais être informé(e) :

- du prix de journée d'hébergement s'élevant à : 61.48 €

(Tarif en vigueur à la date de signature de l'engagement)

- du montant de la participation au tarif dépendance s'élevant à 6,43 €

=> à défaut de capacité financière suffisante du résident, je m'engage, au titre de l'obligation alimentaire telle que régie par le Code Civil (articles 205, 206, 207 et 212) et le



Code de l'Action Sociale et des Familles (article L314-12-1) à assurer mensuellement le règlement de ces frais

=> m'engage en cas de rejet d'aide sociale, à assurer le paiement du montant non couvert par les revenus

De : M. /Mme :

=> m'engage à renoncer, en autre, au bénéfice de la discussion prévu par l'article 2021 du code civil¹

Lieu :

Date :

SIGNATURE (Suivi de la mention manuscrite «*lu et approuvé, bon pour engagement de paiement de xx,xx euros par jour » au titre de l'hébergement* (somme en chiffres puis en toutes lettres). *et xx,xx € au titre de la participation au tarif dépendance* (somme en chiffres puis en toutes lettres)).

¹ article 2021 du code civil :

La caution n'est obligée envers le créancier à le payer qu'à défaut du débiteur, qui doit être préalablement discuté dans ses biens, à moins que la caution n'ait renoncé au bénéfice de discussion, ou à moins qu'elle ne se soit obligée solidairement avec le débiteur ; auquel cas l'effet de son engagement se règle par les principes qui ont été établis pour les dettes solidaires.

ENGAGEMENT A PROVISIONNER

En application de l'article L.132-4 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 3.2.1.2/3 du Règlement Départemental d'aide sociale, je soussigné(e) _____

Demeurant à _____ déclare demander le bénéfice de l'aide sociale.

Dans l'attente de la décision de la Commission de l'aide sociale, je m'engage à payer tous les mois à l'établissement une provision égale à 90% de mes revenus s'élevant à _____.
Cette somme est à verser au Trésor Public de Vizille.

Fait à _____ Le _____

SIGNATURE (Suivi de la mention manuscrite «lu et approuvé, bon pour engagement de provisionner de xx,xx euros par mois (somme en chiffres puis en toutes lettres).

Modalités de calcul :

| Ressources mensuelles prises en compte | Montant mensuel |
|--|-----------------|
| Retraite | |
| Revenu des capitaux | |
| Dépenses déductibles : | |
| Mutuelle | |
| Responsabilité civile | |
| Emolument de tutelle | |
| Impôt sur le revenu | |
| SOLDE DISPONIBLE | |
| 90 % DU SOLDE DISPONIBLE | |

L'aide au logement est reversée en intégralité au Trésor Public



A Mme Tixier Marie,
Directrice Adjointe de la Résidence ABEL
MAURICE

Je soussigné(e)

M/Mme.....

admis(e) à l'EHPAD – RESIDENCE ABEL MAURICE, 16 Avenue Jean Baptiste GAUTIER 38520
BOURG D'OISANS depuis le

déclare sur l'honneur n'avoir aucun matériel médical en cours de location au moment de l'entrée
à la résidence Abel Maurice, et, je m'engage à ne pas acheter ou louer de matériel médical ou
de dispositifs médicaux sans avoir concerté l'équipe soignante de l'EHPAD auparavant.

Fait en deux exemplaires, dont un remis à chaque partie (résident ou son représentant légal et
EHPAD Abel Maurice).

A Bourg d'Oisans,

Le.....

Le résident ou son représentant légal,

La Directrice Déléguée

Mme TIXIER Marie

La Directrice

Mme COLOVRAY-ROUQUET Sylviane



Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

.....

- Résident(e) à l'EHPAD de Bourg d'Oisans, 16 avenue Jean Baptiste GAUTIER.
- Bénévole pour l'EHPAD de Bourg d'Oisans.
- Professionnel de l'EHPAD de Bourg d'Oisans.

- 1- Autorise l'EHPAD de Bourg d'Oisans à diffuser mon image au travers de publications internes, dans les journaux, bulletins, ouvrages, expositions, sites internet et tout support de communication audiovisuel dans le respect et la dignité des personnes.
- 2- Cette autorisation est donnée par le résident, le bénévole ou le professionnel, sans limitation de durée. Toutefois, ce document peut être révoqué à tout moment sur simple demande auprès de la direction de l'EHPAD.

Fait à Bourg d'Oisans, le

Signature

MESURES INDIVIDUELLES
PERMETTANT D'ASSURER L'INTEGRITE PHYSIQUE ET LA SECURITE DU RESIDENT
ET
DE SOUTENIR L'EXERCICE DE SA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Entre l'EHPAD Abel Maurice, représenté par Mme COLOVRAY, directrice et Mme TIXIER, directrice déléguée

Mr/Mme (résident)/représentant légal/personne de confiance

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnelle, qui reconnaît à tout individu (y compris un individu sous curatelle ou sous tutelle) le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre, librement, là où il souhaite. Parfois, il est nécessaire d'instaurer des modalités de mise en œuvre de cette liberté, adaptées aux nécessités de respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne.

Ce document à portée individuelle est mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert. Les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires. Celles-ci seront décrites et expliquées lors d'un entretien avec la direction et/ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Une évaluation continue sera réalisée pour adapter ces mesures si nécessaire.

Le contenu de cette annexe peut-être révisé à tout moment soit à l'initiative du médecin, soit à l'initiative du résident (ou représentant légal ou personne de confiance) par demande écrite.

- 1) Evaluation du résident M ou Mme..... le ... par Dr ... et validé par l'équipe médico-sociale et la direction le...
- 2) Mesures mis en œuvre :

Remis par ... à M/Mme... (et représentant légal, et personne de confiance le cas échéant)

Observations émises :

Lu et approuvé :

A Le.....

Signature :

Etat des lieux

D'ENTREE / DE SORTIE
(Rayer la mention inutile)

ETABLISSEMENT

- EHPAD Abel Maurice Bourg d'Oisans
- EHPAD Résidence les Ecrins Vizille

LOGEMENT

Chambre n° :
Etage :

RESIDENT

Nom/prénom :
Date d'entrée :
Date de sortie :

Clé remise : oui non

CHAMBRE

| | TB état | Correct | Défraichi | Observations |
|----------|---------|---------|-----------|--------------|
| Murs | | | | |
| Plafond | | | | |
| Sol | | | | |
| Portes | | | | |
| Plinthes | | | | |

SALLE DE BAINS

| | TB état | Correct | Défraichi | Observations |
|---------|---------|---------|-----------|--------------|
| Murs | | | | |
| Plafond | | | | |
| Sol | | | | |

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| Lavabo | | | | |
| Robinetterie | | | | |
| Douche | | | | |
| WC /abattant | | | | |
| Armoire toilette | | | | |
| Miroir | | | | |

EQUIPEMENT

| | TB état | Correct | Défraichi | Observations |
|-----------------|--------------------|----------------|------------------|---------------------|
| Prise TV tél | | | | |
| Interrupteurs | | | | |
| Radiateurs | | | | |
| Support TVmural | | | | |
| Eclairage | | | | |
| Volet | | | | |
| Rideaux | | | | |
| Fenêtre | | | | |
| Autre | | | | |

MOBILIER MIS A DISPOSITION

| | TB état | Correct | Défraichi | Observations |
|------------------|--------------------|----------------|------------------|---------------------|
| 1 table | | | | |
| 1 ou 2 chaise(s) | | | | |
| 1 fauteuil | | | | |
| 1 lit médicalisé | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|
| 1 adaptable | | | | |
| 1 meuble de chevet | | | | |
| 1 meuble penderie | | | | |
| Etat des portes | | | | |
| Etat montants | | | | |
| Etat intérieur | | | | |

Observations :

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

Le/la résident(e) répond des dégradations et pertes qui arrivent pendant la durée de son séjour et qui proviennent d'un usage anormal et donc fautif de sa part, (sauf cas de force majeure, faute de l'établissement, faute d'un tiers non invité par le résident).

Cet état des lieux a été établi contradictoirement entre :

M_____ résident(e)

Et/ou M_____ représentant(e) légal(e) de M_____ résident(e)

Et M_____ représentant l'EHPAD.

Fait à , le / /

Le/la résident(e) et/ou son représentant Le représentant de l'EHPAD
 « Lu et approuvé »



INVENTAIRES DES EFFETS PERSONNELS DES RESIDENTS

NOM :

PRENOM :

DATE D'ENTREE :

* Pour les prothèses dentaires, la description doit être précise (haut, bas, complet, incomplet)

A BOURG D'OISANS, LE

**NOM, PRENOM ET
SIGNATURE DU RESIDENT OU REPRESENTANT**

**NOM, PRENOM ET
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL**

NOTE D'INFORMATION

Destinée à l'ensemble des résidents et à leurs familles

Objet : nouvelle procédure de déclaration des plaintes et réclamations des EHPAD de Bourg d'Oisans et de Vizille à compter du 28/05/2018

Mesdames, Messieurs,

Lorsque vous souhaitez effectuer une plainte ou une réclamation (une réclamation étant une demande pouvant par la suite engendrer une plainte si aucun accord n'est trouvé entre le résident et/ou sa famille et l'établissement) auprès de la direction concernant l'EHPAD Abel Maurice de Bourg d'Oisans ou l'EHPAD les Ecrins de Vizille, je vous remercie de la faire :

- Soit par courriel aux adresses : accueil@oisans-retraite.com ; accueil@ehpad-vizille.fr
- Soit par courrier à l'adresse postale de l'établissement concerné
- Soit par oral (uniquement pour les réclamations et non pour les plaintes qui doivent être obligatoirement écrites) : à la Cadre de santé, l'Attaché d'Administration Hospitalière, la secrétaire médicale ou un Directeur.

A sa réception, votre courrier, courriel ou réclamation orale sera enregistré puis analysé par la direction de l'établissement.

Dans un premier temps, un courriel ou courrier d'accusé de réception de votre plainte ou réclamation vous sera envoyé dès réception (excepté pour les réclamations orales pour lesquelles l'accusé de réception se fait au moment de la réclamation elle-même).

Dans un second temps, un courriel ou courrier réponse vous sera adressé ou un rendez-vous avec la direction de l'établissement vous sera proposé, en fonction de ce qui nous paraîtra le plus adapté à la situation. Suite à l'entretien, un courrier récapitulatif vous sera adressé.

Ces plaintes et réclamations sont ensuite présentées au Conseil de Vie Sociale de l'établissement (sans être nominatives), l'objectif étant d'en tirer tous les enseignements possibles et de mettre en place des actions d'amélioration si nécessaire.

En vous remerciant de votre attention

Veuillez recevoir, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sincères salutations.

La Directrice Déléguée
Marie TIXIER