



Les Résidences du Val d'Oudon  
Siège Social  
1 allée des Tilleuls  
Sainte Gemmes d'Andigné  
49500 SEGRÉ EN ANJOU BLEU  
02.41.92.88.60  
[www.residencesvaloudon.fr](http://www.residencesvaloudon.fr)

## CONTRAT DE SEJOUR A DUREE INDETERMINEE

### Entre les soussignés :

M. ....

Le représentant l'établissement  
Les Résidences du Val d'Oudon  
1 allée des Tilleuls  
Sainte Gemmes d'Andigné.  
49500 SEGRÉ EN ANJOU BLEU  
**Site d'hébergement : La Résidence FÉLICITÉ**  
**2 route de Segré - MARANS 49500 SEGRÉ EN ANJOU BLEU**  
Tel : 02 41 94 56 00

### Et :

M. ....,

Désigné ci-après « le résident »

Ou

Son représentant légal

M.....,

*Il a été expressément rappelé au résident que conformément aux dispositions légales et réglementaires pour la signature du présent contrat il pouvait en sa qualité de personne accueillie ou de représentant légal, être accompagné de la personne de son choix. (\*)*

## SOMMAIRE

Exposé Préalable		Page 3
Article 1	Durée	Page 4
Article 2	Les prestations – le logement	Pages 4 à 7
Article 3	Responsabilité	Page 8
Article 4	Droits et Libertés du résident	Page 8
Article 5	Dispositions Financières	Page 9
Article 6	Conditions particulières de facturation	Page 10
Article 7	Travaux dans l'établissement	Page 10
Article 8	Conditions de résiliation du contrat	Pages 11 à 12
Article 9	Dispositions particulières	Page 13
Annexes :		
1.	Formulaire pour nommer une personne de confiance	Page 14
2.	Contrat de caution solidaire à durée indéterminée	Page 15
3.	Etat des lieux contradictoire	Page 16
4.	Dépôt de garantie	Page 17
5.	Droit à l'image	Page 18
6.	Convention Mandataire postal	Page 19
7.	Formulaire « Directives anticipées »	Page 20
8.	Conduite à tenir en cas de décès	Pages 21/22
9.	Demande de prestation pharmaceutique pour le résident	Pages 23/24
10.	Attestation sur l'honneur de restitution du matériel médical	Pages 25/26

## **IL EST PREALABLEMENT RAPPELE CE QUI SUIT :**

Les Résidences du Val d'Oudon, est un établissement public médico-social autonome régi par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Il a pour mission d'accueillir et d'héberger des personnes âgées, quels que soient leurs niveaux de dépendance et de ressources. Le contrat de séjour est la formalisation des engagements réciproques que les parties contractent ensemble à l'occasion de l'entrée d'un résident à la Résidence :.....

Or, conformément à la législation applicable et notamment :

- Vu la loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.
- Vu la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative aux responsabilités des établissements,
- Vu le décret du 28 avril 1997 portant sur la définition des niveaux de dépendance,
- Vu le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001,
- Vu la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie,
- Vu la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades,
- Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015
- Vu le décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Vu le décret n°2011-47 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au 1 de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles et du décret n°210-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD.
- Vu l'Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code
- Vu les articles L 311-4 et L 311-4-1 et D 311 du Code de l'action sociale et des familles et L 1111-6 du Code de la Santé publique, précisant la personne de confiance.
- Vu la lettre circulaire DGAS/5B du 3 mai 2002 de la Directrice Générale de l'action sociale relative à la tarification dépendance
- Vu les dispositions contenues dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale de Maine et Loire
- Vu les recommandations n° 85-03 BOSC du 4/11/1985

Il doit être établi entre l'établissement et le résident un contrat de séjour.

Il a pour objet de définir la nature et le contenu de l'accompagnement des personnes accueillies, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que du projet

d'établissement. Il précise les droits et obligations des résidents et de l'établissement. Il est remis accompagné du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil.

Ce document a valeur contractuelle ; il y sera fait référence en cas de litige et M..... est donc invité(e) à en prendre connaissance avec attention.

Le personnel est lié à l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et le cas échéant le représentant légal, a accès sur demande formulée par écrit à son dossier médical et d'accompagnement, conformément à législation.

Selon les modalités règlementaires en vigueur, le résident peut, s'il le souhaite, désigner une personne de confiance. Dans ce cas il remet à l'établissement le nom, prénom et coordonnées de la personne désignée.

C'est dans ce contexte qu'il a été établi ce qui suit, conformément aux dispositions légales et dans le respect des valeurs humaines, sociales et/ou associatives de l'établissement.

**CECI PREALABLEMENT RAPPELE,  
IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIV:**

**ARTICLE 1 - DUREE**

Le présent contrat est conclu à durée indéterminée à compter du ....., date de départ de la facturation, même si le résident n'entre qu'ultérieurement à la résidence.

La date d'entrée est fixée au (jour/mois/année) :.....

**ARTICLE 2 - LES PRESTATIONS – LE LOGEMENT**

Il est rappelé que conformément à l'Arrêté du 26 avril 1999, l'espace privé du résident est considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident.

L'accompagnement des personnes accueillies se décline en trois secteurs : l'hébergement, la dépendance et les soins.

En fonction de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'allocation logement social (ALS) ou de l'Aide Personnalisée au Logement (APL) dont la demande doit être faite auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole du département de Maine et Loire.

En cas de ressources insuffisantes, les résidents peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement dont la demande doit être déposée auprès du service gérontologique du Conseil Général du département d'origine du résident.

Le cas échéant, le secrétariat de l'établissement est disponible pour aider les résidents dans leurs démarches.

## **1. Les prestations hôtelières**

### **• Le logement**

L'établissement met un logement, espace privé, à la disposition de :

M. ....

Il correspond à la chambre n° ....., unité..... étage.....

Toutefois, lorsque l'exécution de travaux ou des raisons d'organisation interne nécessitent un changement de chambre, la Direction en informe le résident qui ne pourra s'y opposer.

La Direction se réserve le droit d'affecter les chambres au mieux des intérêts communs : c'est ainsi qu'en cas de besoins impérieux, des changements peuvent être opérés.

La chambre est le domicile privé du résident qui a la possibilité d'y installer des meubles et objets personnels (à l'exception du lit médicalisé fourni par l'établissement). La réparation du mobilier personnel lui incombe.

La description du logement, du mobilier et des équipements mis à disposition fait l'objet d'un état des lieux écrit et contradictoire, dressé à l'entrée et joint au présent contrat (annexe 3).

Au moment de l'entrée, une clé de la chambre peut être remise au résident.

### **• Les charges**

Chauffage, eau, gaz et électricité sont compris dans le tarif hébergement.

### **• La télévision**

Une prise de T.V. est à la disposition du résident dans sa chambre.

### **• Le téléphone**

Chaque chambre est équipée d'une ligne privative. Le branchement téléphonique est une démarche individuelle, à la charge du résident.

### **• L'entretien**

L'entretien de la chambre est assuré par le personnel de l'établissement.

### **• La restauration**

L'établissement assure le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter et le dîner; cette prestation est comprise dans le tarif hébergement.

Les régimes prescrits sur ordonnance médicale sont pris en compte.

Le repas peut être servi dans la chambre en cas d'incapacité physique temporaire. Ce service reste occasionnel et ne donne pas lieu à facturation supplémentaire

Le résident peut inviter les personnes de son choix à déjeuner. Cette prestation est facturée au prix « repas invité » fixé chaque année par le Conseil d'administration et est affichée à l'accueil de chaque établissement.

- **L'entretien du linge**

Le linge de maison est fourni, blanchi et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel est entretenu par l'établissement selon les modalités précisées dans le règlement de fonctionnement.

- **La vie sociale**

Des animations sont régulièrement organisées dans l'établissement et ne donnent pas lieu à facturation supplémentaire.

Le cas échéant : les sorties proposées par l'établissement pourront faire l'objet d'une facturation supplémentaire.

- **Les autres prestations**

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes, d'autres prestations comme le coiffeur, pédicure ou autre, sont proposées, mais restent à la charge du résident qui règlera directement les frais au prestataire.

Les modalités et les conditions de fonctionnement des prestations hôtelières sont définies dans le règlement de fonctionnement remis au résident avec le présent contrat.

## **2. La prestation dépendance**

Les aides concernant la prise des repas, la toilette, l'habillage/déshabillage, les déplacements internes et l'incontinence sont incluses dans le tarif dépendance fixé chaque année par le Conseil Général du Maine et Loire.

- **Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)**

Une évaluation de l'autonomie du résident (GIR : Groupe-Iso-Ressources) est effectuée chaque année.

### Résidents du Département de Maine & Loire et Loire-Atlantique :

Tous les résidents doivent s'acquitter du tarif dépendance G.I.R 5/6, quel que soit leur G.I.R.

### Résidents des autres départements :

Les résidents doivent s'acquitter du tarif dépendance correspondant à leur G.I.R. Il appartiendra à chacun d'établir une demande d'A.P.A.

Tout comme le tarif hébergement, le tarif dépendance (GIR 5/6) sera financé par le résident ou, si ses revenus ne le lui permettent pas et s'il remplit certaines conditions, par l'aide sociale départementale.

### 3. La prestation soins

Le personnel soignant de l'établissement assure une permanence 24h/24 et 7jours/7 (appel malade, veille de nuit) et veille à la sécurité des résidents.

L'équipe soignante assure le suivi des résidents, sans conséquence financière pour eux, cette prestation étant prise en charge par un forfait alloué à l'établissement par la Sécurité sociale qui inclut également les dispositifs médicaux, selon la législation en vigueur.

En cas de besoin et/ou en cas d'urgence, il sera procédé, sur avis médical du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur, voire sur avis du médecin régulateur du centre 15, à l'hospitalisation du résident.

*En cas d'hospitalisation, M.....*  
*souhaite être hospitalisé(e) en priorité à : .....*  
*Deuxième choix : .....*  
*Troisième choix : .....*

Forfait global : les frais relatifs aux interventions des médecins généralistes et autres professionnels para-médicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) de même que les frais de laboratoires et de radiologies de base, sont pris en charge et payés par l'établissement, sans facturation supplémentaire au résident.

Les autres frais tels que les soins de pédicuries ne sont pris en charge que sur prescription médicale.

La législation oblige les médecins traitants et les kinésithérapeutes à signer un contrat avec l'établissement pour intervenir dans l'enceinte de ce dernier auprès de leur(s) patient(s) accueilli(s).

Conformément à l'Arrêté du 30 décembre 2010, ainsi qu'à la position des Ministères du Travail, de l'Emploi et de la Santé et de la Solidarité et de la Cohésion Sociale du 14 mars 2011, il est rappelé au résident qu'il conserve le libre choix de son médecin traitant et de son masseur kinésithérapeute.

A ce titre, M./Mme ..... a précisé que son médecin traitant était le Docteur ..... et son masseur kinésithérapeute M.....

Si ce n'est déjà fait, il va leur être proposé immédiatement par écrit de signer le contrat de coordination d'établissement établi sur la base des documents réglementaires en vigueur. Dès signature, ils seront ajoutés sur la liste des signataires remise avec le contrat de séjour.

OU

M./Mme .....a précisé qu'il ne souhaitait pas désigner de médecin traitant et/ou de kinésithérapeute mais préférerait désigner l'un et/ou l'autre dans la liste des médecins généralistes et kinésithérapeutes. A cet effet, cette liste est jointe pour information au contrat de séjour.

## **ARTICLE 3 - RESPONSABILITE**

- **Responsabilité civile**

L'assurance est incluse dans le tarif « hébergement » mais selon le principe du libre choix, le résident peut opter pour une autre compagnie d'assurance. Dans ce cas, il doit en avvertir l'établissement par écrit. Aucune déduction ne sera effectuée sur sa facturation.

Cependant cette assurance ne couvre pas les déplacements à titre personnel des résidents. Il est dans ce cas fortement recommandé de s'assurer en responsabilité civile individuelle y compris pour les biens immobiliers dont ils seraient propriétaires.

- **Responsabilité en cas de vols**

En cas de vol, de cambriolage, de tout acte délictueux ou trouble de fait, la responsabilité de droit commun s'applique.

Il est fortement recommandé de ne pas conserver d'objets précieux ou d'argent dans les chambres.

*Le résident ou son représentant légal a la possibilité de mettre en dépôt des objets de valeur à la Trésorerie de Segré, 22 rue Charles de Gaulle 49500 Segré.*

## **ARTICLE 4 – DROITS ET LIBERTES DU RESIDENT**

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L311-4 du CASF est mise en application dans l'établissement.

- **Respect de la vie privée**

Conformément à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, le résident a le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant

- **Désignation de la personne de confiance (Annexe 1).**

Conformément à l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance. Celle-ci sera consultée au cas où le résident serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance peut également accompagner le résident dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance ne peut être désignée que par le résident. Cette désignation peut être revue à tout moment à la demande du résident

- **Elaboration de directives anticipées**

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.



## **ARTICLE 5 - DISPOSITIONS FINANCIERES**

La facturation est effectuée à terme échu.

- **Le tarif « hébergement »**

Le prix de journée relatif à l'hébergement et à la dépendance est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Général de Maine et Loire sur proposition du Conseil d'Administration des Résidences du Val d'Oudon.

Les contestations éventuelles doivent être exercées auprès de la Commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale de Nantes dans un délai d'un mois à compter de la date de publication.

Les tarifs sont affichés à l'accueil de chaque établissement.

La nouvelle tarification s'applique à partir du 1er janvier de chaque année.

En cas de retard dans la fixation de la tarification par le Conseil général (ou dans la publication de l'arrêté), un prix de journée moyen tenant compte du différentiel sera effectué dès le premier jour du mois civil suivant l'arrêté fixant le nouveau tarif.

- **Dépôt de garantie**

Conformément à la législation en vigueur, un dépôt de garantie correspondant à 30 jours du tarif hébergement + dépendance GIR 5/6 est demandé à l'entrée dans l'établissement (art. R 314-149 du CASF).

Le résident verse, au moment de son entrée à la résidence, une somme, correspondant à un mois de tarif hébergement + dépendance G.I.R. 5/6 sur une base de 30 jours (Annexe 4).

Cette somme est déposée auprès de la personne responsable de la gestion des résidents, puis encaissée par la Trésorerie de Segré.

La restitution des fonds dont aucun intérêt ne pourra être réclamée, s'il y a lieu, intervient au plus tard deux mois après la résiliation du présent contrat.

- **Caution solidaire:**

En signant le présent contrat, le résident s'engage à acquitter mensuellement le montant de ses frais d'hébergement.

Cependant, en cas de difficultés, voire d'impossibilité de paiement, une ou plusieurs personnes, obligée(s) alimentaire(s), doivent s'engager à acquitter les frais d'hébergement du résident.

Il est donc nécessaire de remplir l'annexe 2 jointe au présent contrat.

## **ARTICLE 6 - CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

### **• Hospitalisation**

Pour les absences de moins de 72 heures, le tarif journalier hébergement est facturé intégralement par l'établissement.

Pour les absences de plus de 72 heures et dans la limite de 30 jours maximum consécutifs, le tarif journalier est minoré du forfait hospitalier.

Au-delà de 30 jours, si le résident souhaite garder son logement, il en acquitte la tarification intégrale.

Si au terme de 90 jours le résident est toujours hospitalisé, il est réputé sortant de l'établissement.

Si, à l'issue de son hospitalisation, un retour est envisageable, il sera prioritairement ré-accueilli.

Les tarifs sont annexés chaque année au règlement de fonctionnement.

### **Absence pour convenance personnelle**

Quelle qu'en soit la durée, le résident, ou son représentant légal (éventuellement sa famille), doit en informer l'établissement 48 heures à l'avance.

Absence de moins de 72 heures : le tarif journalier hébergement est facturé intégralement par l'établissement.

A partir de 72 heures: le tarif hébergement est dû, minoré du minimum garanti dès le premier jour d'absence, pour une durée maximale de 30 nuitées par année civile.

Au-delà de 30 nuitées: le tarif hébergement est appliqué sans aucune minoration.

### **• Réservation de chambre**

Lorsque le résident a réservé sa chambre avant son entrée effective, le tarif qui lui est facturé est celui s'appliquant aux résidents classés en GIR 5/6 minoré du forfait hospitalier.

### **• Facturation dans l'attente d'une habilitation au titre de l'aide sociale**

Compte tenu des délais et de l'incertitude quant à la décision prise par les services du Conseil général, le résident continuera à être facturé en intégralité pendant la période d'instruction de son dossier de demande d'aide sociale.

Dans l'hypothèse où le résident n'est pas en mesure d'assurer la prise en charge de l'intégralité de cette facturation, il contribue à ses frais d'hébergements à hauteur de 90% de ses retraites et 100% de sa prestation d'allocation logement. Le résident devra conserver 10% du montant de ses retraites qui ne pourra être inférieure au minimum légal correspondant à l'argent de poche.

En cas de non admission à l'aide sociale, les éventuelles régularisations nécessaires seront effectuées.

## **ARTICLE 7 - TRAVAUX DANS L'ETABLISSEMENT**

Lorsque l'établissement doit faire l'objet de travaux d'amélioration, l'établissement s'engage à informer les résidents individuellement et par voie d'affichage quinze jours avant le début de ceux-ci et à préciser leur importance et leur durée estimées. Lorsque l'exécution des travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, l'établissement s'engage à tout mettre en œuvre pour mettre à la disposition des occupants un lieu de vie correspondant à des conditions d'habitation en adéquation avec leurs besoins.

En cas de situation exceptionnelle (travaux, canicule, etc.) l'établissement se réserve le droit de proposer, en son sein, un logement à titre provisoire ou permanent sans que le résident ne puisse s'y opposer.

## **ARTICLE 8 - CONDITIONS DE RESILIATION DU CONTRAT**

Le présent contrat peut être résilié, tant par l'établissement que par le résident.

- **Délai de rétractation**

Le résident ou, le cas échéant son représentant légal, peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les 15 jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif. Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre 1<sup>er</sup> du Code Civil.

- **Résiliation à l'initiative du résident**

Le résident peut mettre fin à son séjour. Il devra néanmoins en informer la Direction au moins 15 jours à l'avance, par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai n'est pas respecté, les prix de journée hébergement + dépendance seront facturés dans la limite de 15 jours tant que la chambre reste inoccupée.

- **Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accompagnement de l'établissement**

La vocation de l'établissement est d'accompagner la perte d'autonomie dans la limite des moyens dont il dispose. En cas de problèmes de santé aggravés ou récurrents, l'établissement proposera la recherche d'autres solutions d'accompagnement dans un autre type de structure mieux adapté.

En cas d'urgence, après avis du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur, le directeur est habilité pour prendre toutes mesures appropriées, dans l'intérêt du résident. Celui-ci et/ou son représentant légal sont avertis, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

- **Résiliation pour incompatibilité avec la vie au sein de l'établissement**

Les faits incriminés sont portés à la connaissance du résident et/ou de son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

Si le comportement ne se modifie pas après cette notification, le directeur entend le résident et/ou son représentant légal pour essayer de trouver une solution.

Si cela reste sans effet, une décision motivée est prise par le directeur après consultation du Conseil de la Vie Sociale et notifiée, dans les plus brefs délais, au résident et/ou son représentant légal par la lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

En cas de résiliation du contrat à l'initiative de l'établissement, la chambre ou le logement sera libéré(e) au plus tard dans les 3 mois qui suivent la réception de la lettre recommandée ou la remise de la lettre en mains propres. Les tarifs hébergement et dépendance seront entièrement dus jusqu'au terme du délai.

En cas d'urgence, après avis du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur et consultation du représentant légal, s'il existe, le directeur est habilité pour prendre toutes mesures appropriées.

- **Résiliation pour défaut de paiement**

Tout retard de paiement est notifié au résident et/ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

A défaut de paiement régularisé dans les 30 jours après la réception de la lettre recommandée ou de la remise de la lettre en mains propres, la chambre devra être libérée. Les tarifs hébergement et dépendance seront entièrement dus jusqu'à la date de libération des locaux privatifs.

L'établissement se réserve la possibilité de faire recouvrer les sommes qui lui sont dues par toute voie légale.

- **Résiliation pour décès**

En cas de décès le prix de journée est dû jusqu'au jour du décès inclus. Au-delà du décès il est facturé le prix de l'hébergement minoré du minimum garanti (CF R.F Annexe Tarifs) jusqu'à la libération de la chambre dans la limite de 8 jours (Hors Règlement Départemental d'Aide Sociale).

Les effets personnels du résident sont tenus à la disposition de la famille pour une durée maximum d'un mois, à l'issue de laquelle ils sont considérés comme abandonnés.

Les articles L1113-6 à 8 du Code de la santé publique indiquent que :

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs dans un établissement sont « déposés » entre les mains d'un comptable public, pour les établissements publics.

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès du résident, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des Domaines aux fins d'être mis en vente.

L'administration chargée des Domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur.

La saisie des Domaines ou de la Caisse des dépôts et consignation par le directeur est portée à la connaissance du résident, et/ou s'il existe, de son représentant légal ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement à l'administration chargée des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

## **ARTICLE 9 - DISPOSITIONS PARTICULIERES**

Sauf ordre contraire, notifié au bas du présent contrat, la signature de celui-ci vaut :

Autorisation d'accès au personnel dans la chambre (logement) du résident afin de faire le ménage, retirer le linge sale ou déposer le linge propre en son absence. Le personnel peut être amené à pénétrer dans l'espace privé dans d'autres circonstances, notamment en cas d'urgence et/ou pour porter assistance à la personne.

L'établissement dispose d'un système informatique destiné à gérer le fichier des résidents dans le strict respect du secret médical. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).

Ce contrat de séjour a été adopté par le Conseil d'Administration des Résidences du Val d'Oudon dans sa séance du 03/04/2015, après avis émis par le Conseil de la Vie Sociale du 30/03/2015 et du Comité Technique d'Etablissement du 02/04/2015.

Tout changement du présent contrat fera l'objet d'un avenant signé.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement dont un original m'a été remis.

Fait à .....

le .....

Signature précédée de « Lu et approuvé »

**Le Directeur**

**Le résident M.**

Ou son représentant

Ou le représentant légal (précisez le nom et la qualité de la personne signataire)

En 3 exemplaires :

- 1 original pour l'Etablissement,
- 1 copie paraphée pour le Résident ou son représentant légal,
- 1 copie pour la Trésorerie de : Segré

**Annexe 1 : Formulaire de désignation de la personne de confiance  
mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

**Désigne**

Nom et prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

Adresse : .....

Téléphone privé : ..... professionnel : ..... portable :

E-mail : .....

comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

**Ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

Fait à ..... , le .....

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

## Annexe 2: Contrat de caution solidaire à durée indéterminée

Je soussigné(e), M....., né(e) le.....  
à....., exerçant la profession de..... à .....  
et demeurant .....

Déclare, en ma qualité de débiteur d'aliments au sens de l'article 205 du Code civil, me porter caution solidaire, sans limitation de durée et sans pouvoir exiger la poursuite préalable du résident, du règlement de toutes les sommes que pourrait devoir M..... à l'EHPAD....., sis ....., géré par M..... résultant du contrat de séjour signé le ..... pour une chambre (un logement) située dans cet établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du contrat de séjour, que j'ai moi même émargé, et avoir pris connaissance de ses clauses et conditions spécialement du montant du tarif hébergement qui s'élève à la somme de.....(en toutes lettres) par jour et du ticket modérateur du tarif dépendance qui s'élève à la somme de ..... (en toutes lettres) par jour. Je reconnais, en outre être informé de la situation financière du résident.

Le présent cautionnement garanti, au profit de l'établissement sus mentionné, le paiement de tout ce que le résident peut devoir à l'EHPAD et en particulier : les tarifs hébergement et dépendance ainsi que les éventuelles réparations mises à la charge du résident.

*Reproduction manuscrite :*

*Je, soussigné, M....., en me portant caution solidaire de M....., résident, m'engage à rembourser sur mes revenus et sur mes biens personnels les sommes dues par le résident en cas de défaillance de ce dernier. Je mesure donc l'importance et la portée de mon engagement.*

*Je reconnais être en possession d'une copie du contrat de séjour aux termes duquel le montant du tarif hébergement journalier est de ..... (en toutes lettres) et le montant du ticket modérateur du tarif dépendance journalier de..... (en toutes lettres). Ces montants sont révisés chaque année par décision du Conseil général.*

Fait à ....., le.....

Signature

En 3 exemplaires :

- 1 original pour l'Etablissement,
- 1 copie paraphée pour le Résident ou son représentant légal,
- 1 copie pour la Trésorerie de : Segré

## Annexe 3 : Etat des lieux contradictoire

A la date du.....(jour, mois, année), le logement n°.....

Unité :.....

attribué à Madame, Mademoiselle ou Monsieur.....

se trouve dans l'état suivant :

➤ **SOL** :.....

➤ **MURS** :.....

➤ **SANITAIRES** :.....

➤ **AMEUBLEMENT** (éventuellement) :

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

Remarques éventuelles :

.....  
.....

**Libération complète avec remise des clefs : oui  non**

Fait à .....,

Le.....

LE RESIDENT,

L'AGENT AYANT EFFECTUE  
L'ETAT DES LIEUX,

En 2 exemplaires :

- 1 original pour l'Etablissement,
- 1 copie paraphée pour le Résident ou son représentant légal,



## Annexe 4 : Dépôt de Garantie

A tire d'avance pour risque de non-paiement des frais de séjour ou de détérioration du matériel appartenant à la Résidence .....

Madame, Mademoiselle ou Monsieur .....

Né(e) le .....

Hébergé(e) à la Résidence ..... depuis le.....

Verse la somme de.....

Correspondant à 30 jours de tarif hébergement+dépendance G.I.R.5/6,

Soit 30 X.....=.....Euros.

Par chèque, déposé à l'accueil de la Résidence, **à l'ordre du TRESOR PUBLIC**

Fait à .....,

Le.....

LE RESIDENT,

LE DIRECTEUR

En 3 exemplaires :

- 1 original pour l'Etablissement,
- 1 copie paraphée pour le Résident ou son représentant légal,
- 1 copie pour la Trésorerie de : Segré

## Annexe 5 : Droit à l'image

Je soussigné (e) .....

Résident des Résidences du Val d'Oudon

ou agissant en qualité de représentant de M .....

Autorise

N'autorise pas

La prise et la diffusion de photos prise

Au sein de l'établissement

A l'extérieur de l'établissement  
(Presse, plaquettes d'information...)

Date .....

Signature :

## Annexe 6 : Convention Mandataire Postal

Je soussigné (e) .....

Résident des Résidences du Val d'Oudon, site .....

ou agissant en qualité de représentant de M .....

-Reconnais être informé(e) de l'organisation de la distribution postale au sein des Résidences du Val d'Oudon, et notamment sur le fait que l'établissement a signé une convention de distribution du courrier avec la Société Anonyme « La Poste » et qui donne mandat à un des ses agents pour assurer les fonctions de mandataire postal.

-Donne mandat aux mandataires de l'établissement « Les Résidences du Val d'Oudon », pour recevoir, en mon nom et place, l'ensemble des envois postaux nécessitant une remise contre signature, et de me remettre ces envois.

Fait à ..... Le.....

Signature

(joindre une copie de la carte d'identité)



## Annexe 7 : formulaire « directives anticipées »

Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

**Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur.**

Rédiger ses directives anticipées n'est pas une obligation, c'est un droit.

Un document expliquant pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées ainsi qu'un modèle de formulaire vous sont remis lors de l'admission.

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Certifie avoir été informé(e) de mon droit de rédiger des directives anticipées,

Et,

Déclare l'existence de directives anticipées qui sont conservées :

dans mon dossier médical partagé (confiées à l'Assurance Maladie)

dans mon dossier médical (confiées à mon médecin traitant)

chez ma personne de confiance ou un proche :

Nom et prénom : .....

avec moi

Ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

Fait à : .....

Le : .....

Signature



## Annexe 8 : conduite à tenir en cas de décès

Nom et prénom du résident : .....

### Personne à contacter en priorité

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

Heures d'appel : .....

### Personnes relais à contacter

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

Heures d'appel : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

Heures d'appel : .....

### Mesures prises - Souhaits

Transport de corps :  Oui  Non

Si oui  Retour au domicile

Chambre funéraire ou funérarium (lieu : .....

Si non  Reposeur de l'établissement ou chambre

Société de transport :  Oui  Non

Contact : ..... ☎ : .....

(\*) Paraphe du contractant sur chaque page et à côté de chaque étoile

---

Contrat Obsèques :       Oui       Non

Contact : ..... ☎ : .....

Numéro de contrat : .....

---

Incinération :       Oui       Non

Contact : ..... ☎ : .....

---

Don du corps :       Oui       Non

Contact : ..... ☎ : .....

Numéro de carte : .....

---

Don d'organes :       Oui       Non

Contact : ..... ☎ : .....

Numéro de carte : .....

---

Concession       Caveau       Jardin du souvenir

Où et à quel nom : .....

---

Remarques particulières (tenue vestimentaire, bijoux, objets, pratiques religieuses...) :

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

Fait à .....

Le .....

LE RESIDENT,



## Annexe 9 : Demande de prestation pharmaceutique pour le résident

### INFORMATION

Toute personne a le libre choix de son pharmacien. C'est un droit fondamental et important, puisque le pharmacien est notamment responsable de la dispensation des traitements, des conseils de bon usage au patient et de son suivi personnalisé, ainsi le cas échéant de la préparation des doses à administrer

Dans le cadre de sa recherche de sécurité et de qualité de prise en charge médicamenteuse, l'établissement a passé une convention avec plusieurs officines de pharmacie dont la répartition vous est précisée ci-dessous :

Pharmacies	Résidences	Unités
<b>GALIEN</b>	<b>Tilleuls</b>	Allée de la Chapelle
	<b>Félicité</b>	Premier étage
	<b>Félicité</b>	Deuxième étage
<b>GICQUEL</b>	<b>Tilleuls</b>	Allée des Genêts
	<b>Parc</b>	Clé des sens
	<b>Parc</b>	Vergers
<b>CAMUT</b>	<b>Tilleuls</b>	Allée des Saules Pleureurs
	<b>Parc</b>	Hortensias
		Tournesols
<b>SAUVAGET</b>	<b>Tilleuls</b>	Allée des Chèvrefeuilles
		Allée du Moulin
		Allée du jardin
		Allée des Lavandières
		Allée des Nénuphars
		Allée des Roseaux
<b>DESPREZ</b>	<b>Charmes</b>	Edith Piaf
		Jean Gabin
		Salvador Dali

Cette convention, déposée au Conseil de l'Ordre des pharmaciens, a pour but d'assurer la sécurité optimale des traitements ainsi que la traçabilité totale des médicaments, de leur dispensation et préparation éventuelle jusqu'à l'administration, selon au minimum le standard de qualité et traçabilité « praticima ».

Si vous souhaitez bénéficier de cette prestation, vous devez compléter le formulaire « Demande de prestation pharmaceutique du résident ». Le résident qui ne désire pas bénéficier de ce service peut librement faire appel au pharmacien de son choix, auquel il pourra le cas échéant demander la préparation de son pilulier personnel.

# **DEMANDE DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....  
résident dans l'établissement « Les résidences du Val d'Oudon »  
site .....  
Unité.....  
Chambre n° .....

Ou son représentant légal,

- Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EHPAD dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité totale du circuit du médicament selon le standard avancé « Praticima»,
- Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par pharmacien d'Officine engagé par convention à ces objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité totale de sa prestation,
- Demande la dispensation, la préparation éventuelle, la conservation et la gestion nominative sous traçabilité totale de mes médicaments à préparer par et au sein de cette Officine,
- Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé à usage unique afin d'en faciliter l'administration (cette demande, pour être valide, suppose une prescription médicale),
- Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisés selon les procédures assurant la traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement,
- Accepte que le traitement de mes données soit administré au plan technique par « Praticima » et hébergées par un prestataire d'hébergement tiers agréé à cet effet en application des dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique et du décret du 4 Janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Mes données sont accessibles uniquement par le pharmacien d'Officine engagé par convention ainsi que par le personnel de l'EHPAD en charge du bon usage du médicament.

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

Fait à .....

Le .....

Signature du résident ou de son représentant :





## **Annexe 10 : Attestation sur l'honneur de restitution de matériel médical**

Je soussigné(e).....

Certifie sur l'honneur m'engager à rendre tout matériel de location (lits médicalisés, lève malade, ....), détenu à mon domicile avant mon entrée en hébergement permanent ou temporaire à l'EHPAD « Les Résidences du Val d'Oudon » le .....Site .....

Les charges locatives de dispositifs médicaux, engagées à mon domicile, ne pourront être opposables à l'établissement.

L'établissement se réserve la possibilité de transmettre le présent document à la Caisse d'Assurance Maladie le cas échéant.

Fait à .....

Le.....

Signature de la personne accueillie

Ou de son représentant légal

Ou de la personne de confiance

**Objet : Prise en charge des locations de matériel médical**

Madame, Monsieur,

Vous venez d'entrer dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En vue de permettre à l'EHPAD dans lequel vous séjournez d'assurer la prise en charge complète de votre situation, vous devez informer la direction de cet établissement, des locations de matériel médical dont vous bénéficiez actuellement.

Certaines dépenses de soins et de matériel médical sont couvertes par un forfait versé par l'Assurance Maladie à votre EHPAD. Ce forfait peut notamment couvrir les frais relatifs à la mise à disposition d'un lit médicalisé, d'un fauteuil roulant manuel, d'un déambulateur, d'un soulève-malade, d'un verticalisateur, etc..

Toute prise en charge d'une location de matériel médical par l'Assurance Maladie à votre ancienne adresse devient, de ce fait, caduque.

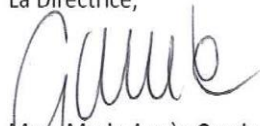
**Par conséquent, il vous appartient de mettre fin à cette location, en contactant le fournisseur d'appareillage concerné.**

Pour ce faire, vous voudrez bien compléter le document qui vous est remis avec ce courrier.

**Nous attirons votre attention sur le fait qu'à défaut de procéder à cette démarche, les sommes engagées pourront être réclamées.**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées

La Directrice,

  
Mme Marie Agnès Garcia